

MARIA MONIKA CHUCHRA

CZAS TRWANIA PSYCHOZY A POCZUCIE ZMIANY SIEBIE CHORYCH NA SCHIZOFRENIĘ PARANOIDALNĄ

Zakres zmian zachodzących w osobowości chorego można rozpatrywać na różnych płaszczyznach: procesów poznawczych, emocji, charakteru, temperamentu, obrazu siebie, postaw wobec ludzi, sposobu radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Fitts, 1972; Jucha, 1973; Płużek, 1974; Steuden, 1982). U chorego na schizofrenię, oprócz tych zmian, jakie zachodzą u każdego zdrowego człowieka z wiekiem (pogłębienie się introwersji, obniżenie się sprawności fizycznej i psychicznej) oraz zmian psychicznych mogących wystąpić u każdego chorego człowieka (postawa wobec choroby, reakcja na hospitalizację), dołączają się zmiany patologiczne, wynikające z istoty choroby (zrywanie kontaktów z ludźmi, izolacja, utrata zainteresowań i więzi emocjonalnych, spadek sprawności intelektualnej). Niektóre z tych zmian są odwracalne, inne zaś utrwalają się. Bilans obserwowanych przez otoczenie zmian osobowości zachodzących u chorych na schizofrenię jest zazwyczaj negatywny (Mazurkiewicz, 1958; Kaczyński, 1967; Bilikiewicz, 1969), choć nie brak doniesień podkreślających możliwość rozwoju osobowościowego pewnej grupy chorych (Gerard, Pałyska, 1975; Sulestrowska, 1968; Szykiewicz, 1977; Perzyński, 1985), a także mówiących o zmianach, które mogą mieć charakter społecznie pozytywny (Kępiński, 1981; Sujak, 1984). W wielu jednak przypadkach schizofrenia niweczy plany i zamierzenia człowieka. Niejednokrotnie zmusza go do zmiany dotychczasowego sposobu istnienia i działania. Jest „wyzwaniem i egzaminem” (Wardaszko-Łyskowska, 1988). Zmienia funkcjonowanie człowieka, gdyż zazwyczaj jest on zmuszony do przerwania dotychczasowej aktywności społecznej i zawodowej, co powoduje

DR MARIA MONIKA CHUCHRA, Katedra i Klinika Psychiatrii AM, ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin.

ograniczenie kontaktów interpersonalnych. Mimo tych zmian ludzie chorzy na schizofrenię żyją wśród nas, lepiej lub gorzej funkcjonując w społeczeństwie, dlatego też analiza ich funkcjonowania jest przedmiotem wielu badań, zmierzających do udzielenia odpowiedzi na wiele nie rozstrzygniętych dotychczas kwestii i poprawy ich przystosowania społecznego (zob. Perzyński, 1985; Hunca-Bednarska, 1991). Wśród tych analiz nie można pominąć wpływu posiadanego obrazu siebie na aktywność osoby (Chuchra, 1996; Steuden, 1997).

I. PROBLEM, CEL I HIPOTEZY

Rezultaty badań klinicznych, stanowiące ocenę obiektywną zmian zachodzących w osobowości chorych na schizofrenię (na podstawie badań testowych i obserwacji), wskazują bezspornie, że chory na schizofrenię jest inny niż był przed zachorowaniem. Zmiany w osobowości i zachowaniu chorego spostrzega rodzina, przyjaciele i znajomi. Analizując natomiast wypowiedzi chorych na schizofrenię dotyczące percepcji zmian zachodzących w ich osobowości zauważa się, że nie stanowią oni grupy jednolitej (Steuden, 1997). Niektórzy z nich mają świadomość, że się zmienili po zachorowaniu, inni zaś nie. Co więcej, nie zawsze subiektywna percepcja zmiany siebie jest zbieżna z oceną otoczenia, często wręcz jest sprzeczna. Fakt ten jest przesłanką poszukiwania zmiennych, które wpływają na percepcję siebie i ocenę poczucia zmiany osobowości chorych na schizofrenię. W dotychczasowych badaniach zweryfikowano, jak poziom niepokoju, inteligencji, płeć i struktura patologicznych cech osobowości wpływają na percepcję siebie w badanych grupach chorych na schizofrenię, głównie paranoidalną (Chuchra, 1996a; 1998; Steuden, 1997). W niniejszym artykule, stanowiącym kontynuację powyższych badań, postanowiono zweryfikować, jak czas trwania psychozy wpływa na subiektywną ocenę zmian osobowości chorych na schizofrenię paranoidalną. Badaniem objęto pacjentów w fazie schizofrenii wczesnej, podprzewlekłej i przewlekłej.

Celem pracy jest analiza poczucia zmiany siebie chorych na schizofrenię paranoidalną w zależności od czasu trwania psychozy. Miarą poczucia zmiany siebie jest różnica, jaka zachodzi pomiędzy retrospektywnym a aktualnym obrazem siebie. Otrzymane wyniki, oprócz aspektu poznawczego, mogą mieć wartość praktyczną, stanowiąc pomoc w ustalaniu programu psychoterapeutycznego, zmierzającego do poprawy funkcjonowania społecznego chorych.

Na podstawie badań empirycznych i opracowań statystycznych postanowiono zweryfikować następującą hipotezę:

Poczucie zmiany siebie chorych na schizofrenię paranoidalną uwarunkowane jest czasem trwania psychozy. Im dłuższy czas trwania choroby, tym mniejsze poczucie zmiany siebie.

II. KRYTERIA DOBORU PACJENTÓW, METODY, PROCEDURA BADAWCZA

Badaną grupę stanowiło 180 chorych (90 M i 90 K) dobranych według następujących kryteriów: rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej według DSM III i ICD IX; uzyskanie remisji w trakcie leczenia; poziom intelektualny w normie; brak wyraźnych zmian w c.u.n.; brak ciężkich schorzeń somatycznych i kalectwa; brak uzależniania od alkoholu i narkotyków.

Pacjentów badano indywidualnie w czasie ich hospitalizacji, w ostatnim tygodniu przed wypisaniem z oddziału. Aby uniknąć tendencji do pokazania się w lepszym świetle, badani byli informowani, że wyniki badań służyć będą celom naukowym i nie będą miały wpływu na wypis. Badano tylko tych, którzy wyrazili zgodę na przystąpienie do badań. W pierwszej kolejności określano poziom intelektualny badanego za pomocą Skali Inteligencji Wechslera Bellevue. Kolejnym krokiem było wypełnienie Testu Przymiotnikowego ACL (1983) Gougha i Heilbruna (w wersji 37 skal) w kolejności: „jaki jesteś obecnie”, „jaki byłeś przed zachorowaniem”. Zastosowane metody są dobrze znane i często używane w badaniach, dlatego też pominięto ich opis (zob. Juros, Oleś, 1993). Ocena przedchorobowego obrazu siebie wymagała dodatkowych wyjaśnień, zwłaszcza u osób dłużej chorujących. Zasadniczo badani wypełniali samodzielnie testy, ale w kilku przypadkach, na prośbę pacjenta (brak okularów, niechęć do czytania, wysiłku), badający czytał przymiotniki i zaznaczał odpowiedzi badanego na arkuszu.

Podstawową zmienną był czas trwania choroby, dlatego też w badanej grupie wyodrębniono trzy podgrupy. Pierwszą podgrupę stanowiło 60 osób chorujących do dwóch lat, drugą – 60 osób chorujących od dwóch do pięciu lat i trzecią – 60 osób chorujących więcej niż pięć lat. Uwzględniając sposób przeżywania choroby w zależności od częstości nawrotów, zaobserwowano u pacjentów fazy przeżywania choroby, które można by nazwać: a) faza nadziei; b) faza zwątpienia; c) faza pogodzenia się i przystosowania.

Analizując motywację i zaangażowanie badanych zauważono, że najbardziej chętni i zaangażowani byli pacjenci z podgrupy I i III. Dla badanych

z grupy I ważne były wyniki badań i chcieli się z nimi zapoznać, zaś dla osób z podgrupy III, ważny był sam kontakt, a wyniki testów interesowały ich mniej. Najtrudniejszy był kontakt z pacjentami podgrupy II.

Dane dotyczące czasu trwania choroby i liczby hospitalizacji uzyskano od rodziny badanych oraz korzystając z historii choroby.

III. CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY

Przyjęcie kryterium określonego czasu trwania psychozy determinuje różnice wiekowe. Wiek pacjentów w czasie przeprowadzania badań przedstawia tab. 1.

Tab. 1. Wiek w czasie badania

Wiek	Podgrupa I		Podgrupa II		Podgrupa III	
	N	%	N	%	N	%
>19-25	39	65	23	38,3	11	18,3
26-34	18	30	30	50	26	43,3
35-46	3	5	7	11,7	19	31,7
<47					4	6,7
Razem	60	100	60	100	60	100

W grupie badanej znaleźli się pacjenci w przedziale wiekowym 19-46 lat.

Jak wynika z tab. 2, podgrupę I stanowią przeważnie pacjenci po raz pierwszy hospitalizowani (90,0%), zaś dla podgrupy II był to przeważnie pierwszy lub drugi pobyt w szpitalu (81,7%). W podgrupie III najwięcej było pacjentów z okresu II i III hospitalizacji, zaś 18,3% badanych miało za sobą ponad 10 pobytów w szpitalu.

Wszyscy badani pacjenci ukończyli szkołę podstawową, zaś przebieg dalszego kształcenia przedstawia tab. 3.

Wykształcenie niepełne ponadpodstawowe oznacza, że badani rozpoczęli naukę w szkole zawodowej lub średniej i ją kontynuują. Wśród osób z niepełnym wyższym wykształceniem 18 studiowało w czasie badania, zaś pozostali byli zmuszeni przerwać naukę z powodu choroby. Większość badanych (72,0%) stanowili pacjenci o przeciętnym poziomie intelektualnym.

Tab. 2. Liczba hospitalizacji

Hospitalizacje	Podgrupa I		Podgrupa II		Podgrupa III	
	N	%	N	%	N	%
I	54	90,0	24	40,0	5	8,3
II	5	8,3	25	41,7	9	15,0
III	1	1,7	8	13,3	18	30,0
IV			3	5,0	3	5,0
V					3	5,0
VI					5	10,0
VII					3	5,0
VIII					1	1,6
IX					1	1,6
X					1	1,6
<X					11	18,3
	60	100	60	100	60	100

Tab. 3. Wykształcenie pacjentów

Wykształcenie	Podgrupa I		Podgrupa II		Podgrupa III	
	N	%	N	%	N	%
Niepełne ponadpodstawowe	20	33,3	9	15,0	3	5,0
Zawodowe	15	25,0	14	23,3	5	8,3
Średnie	8	13,3	19	31,7	21	35,0
Niepełne wyższe	12	20,0	6	10,0	10	16,7
Wyższe	5	8,4	12	20,0	21	35,0
Razem	60	100	60	100	60	100

Stan cywilny chorych w chwili badania przedstawiał się następująco: w związkach małżeńskich było 17,2% pacjentów, rozwiedzionych – 2,2%, zaś 80,6% badanej grupy stanowiły osoby stanu wolnego (kawaler, panna).

Charakteryzując badanych pod względem źródeł utrzymania stwierdzono, że 38,9% badanych utrzymuje się z własnej pracy, 25,6% z renty, zaś 32,7% to przeważnie uczniowie, dla których źródłem utrzymania są stypendia i pomoc rodziny. W przypadku 2,8% badanych nie zdołano ustalić źródeł utrzymania.

IV. WYNIKI BADAŃ

Poczucie zmiany siebie w niniejszej pracy wyrażają różnice w poszczególnych skalach testu ACL, otrzymane w wyniku porównania aktualnego (realnego) i przedchorobowego (retrospektywnego) obrazu siebie chorych na schizofrenię paranoidalną. Przeanalizowano poczucie zmiany siebie w trzech podgrupach, wydzielonych na podstawie czasu trwania choroby (tab. 4).

Porównując średnie wyniki w aktualnym i przedchorobowym obrazie siebie chorych podgrupy I (chorującej do dwóch lat), otrzymano 15 różnic istotnych na poziomie statystycznym. W 10 skalach istotnie wyższy wynik otrzymali badani w obrazie aktualnym, zaś w 5 – w obrazie przedchorobowym, co ilustruje rys. 1. W grupie skal określających siebie i sposób funkcjonowania wystąpiły trzy różnice istotne statystycznie. W skali NoCkd ($p < 0,02$) niższy wynik wystąpił w realnym obrazie siebie, co świadczy o tym, że do aktualnego opisu siebie badani wybrali znacznie mniej przymiotników. Wynik w skali Fav ($p < 0,05$) wskazuje, że aktualnie badani użyli znacząco więcej przymiotników pozytywnych do opisu siebie, a mniej negatywnych. Znacząco wyższy wynik wystąpił w skali typowości (Com, $p < 0,05$) w aktualnym obrazie siebie. Choć obydwa wyniki są poniżej średniej i świadczą o trudnościach w przystosowaniu się zarówno obecnie, jak i przed chorobą, to teraz trudności te są znacznie słabiej nasilone.

W skalach potrzeb wystąpiło sześć istotnych różnic pomiędzy obrazem aktualnym a przedchorobowym. Istotnie wyższy wynik w skali porządku (Ord, $p < 0,005$) w obrazie aktualnym świadczy o tym, że teraz badani są bardziej zdolni do kontrolowania impulsów oraz mają większą zdolność do planowania i osiągnięcia celów, zaś przed zachorowaniem byli mniej zahamowani i bardziej ekspresyjni. W podgrupie potrzeb związanych z kontaktem interpersonalnym istotnie wyższy wynik wystąpił w obrazie aktualnym w potrzebie rozumienia siebie i innych (Int, $p < 0,01$), zaś w skali ujawniania się (Exh, $p < 0,001$) istotnie wyższy wynik jest w obrazie retrospektywnym. Wszystkie wyniki mieszczą się poniżej średniej i świadczą o tym, że aktualnie badani są ostrożniejsi, bardziej zahamowani i ulegli niż przed zachorowaniem, ale jednocześnie mniej przesądni i bardziej zdolni do przewycięzania stresu. Trzy skale – Aut ($p < 0,02$), Agg ($p < 0,005$) i Def ($p < 0,005$) – różnicują aktualne i przedchorobowe potrzeby związane z ustosunkowaniem się do życia. Zarówno w obrazie aktualnym, jak i retrospektywnym w potrzebie autonomii i agresji wyniki mieszczą się poniżej średniej, jednak znacząco niższe

Tab. 4. Różnice pomiędzy aktualnym i retrospektywnym obrazem siebie w poszczególnych podgrupach

Skale	Podgrupa I		Podgrupa II		Podgrupa III	
	<i>t</i>	<i>p</i> <	<i>t</i>	<i>p</i> <	<i>t</i>	<i>p</i> <
No Ckd	-2,36	0,02	-0,34		-0,95	
Fav	2,02	0,05	-0,14		-1,52	
Unfav	-1,91		-0,63		1,08	
Com	2,01	0,05	0,20		-0,99	
Ach	0,12		-2,33	0,02	-2,83	0,01
Dom	-0,42		-2,18	0,05	-1,76	
End	1,77		0,21		-1,27	
Ord	2,92	0,005	0,21		-0,50	
Int	2,74	0,01	1,70		1,19	
Nur	1,92		2,55	0,01	0,63	
Aff	1,06		1,13		-0,89	
Het	-0,87		-0,98		-2,97	0,005
Exh	-3,44	0,001	-2,71	0,01	-2,47	0,02
Aut	-2,42	0,02	-3,27	0,005	-0,48	
Agg	-2,94	0,005	-3,74	0,0005	-2,57	0,01
Cha	-1,68		-1,76		-2,04	0,05
Suc	0,76		1,04		-0,41	
Aba	1,81		2,49	0,02	1,63	
Def	3,25	0,005	4,22	0,0005	1,89	
Crs	1,14		0,13		1,96	0,05
S-Cn	3,18	0,005	2,09	0,05	1,96	0,05
S-Cfd	0,09		-2,36	0,02	-2,77	0,01
P-Adj	2,09	0,05	0,90		-0,02	
Iss	0,54		-1,49		-3,08	0,005
Cps	-0,53		-3,07	0,005	-3,23	0,005
Mls	2,13	0,05	0,28		-0,62	
Mas	0,56		-1,13		-1,92	
Fem	0,84		0,28		-0,59	
CP	-1,69		-1,29		-0,18	
NP	1,79		0,72		-0,75	
A	2,75	0,01	0,66		-0,15	
FC	-1,18		-1,73		-2,68	0,01
AC	-2,35	0,02	0,62		0,68	
A-1	-0,89		0,50		-2,38	0,02
A-2	-0,37		-1,74		0,44	
A-3	0,80		-0,31		-1,94	
A-4	3,06	0,005	0,88		0,03	

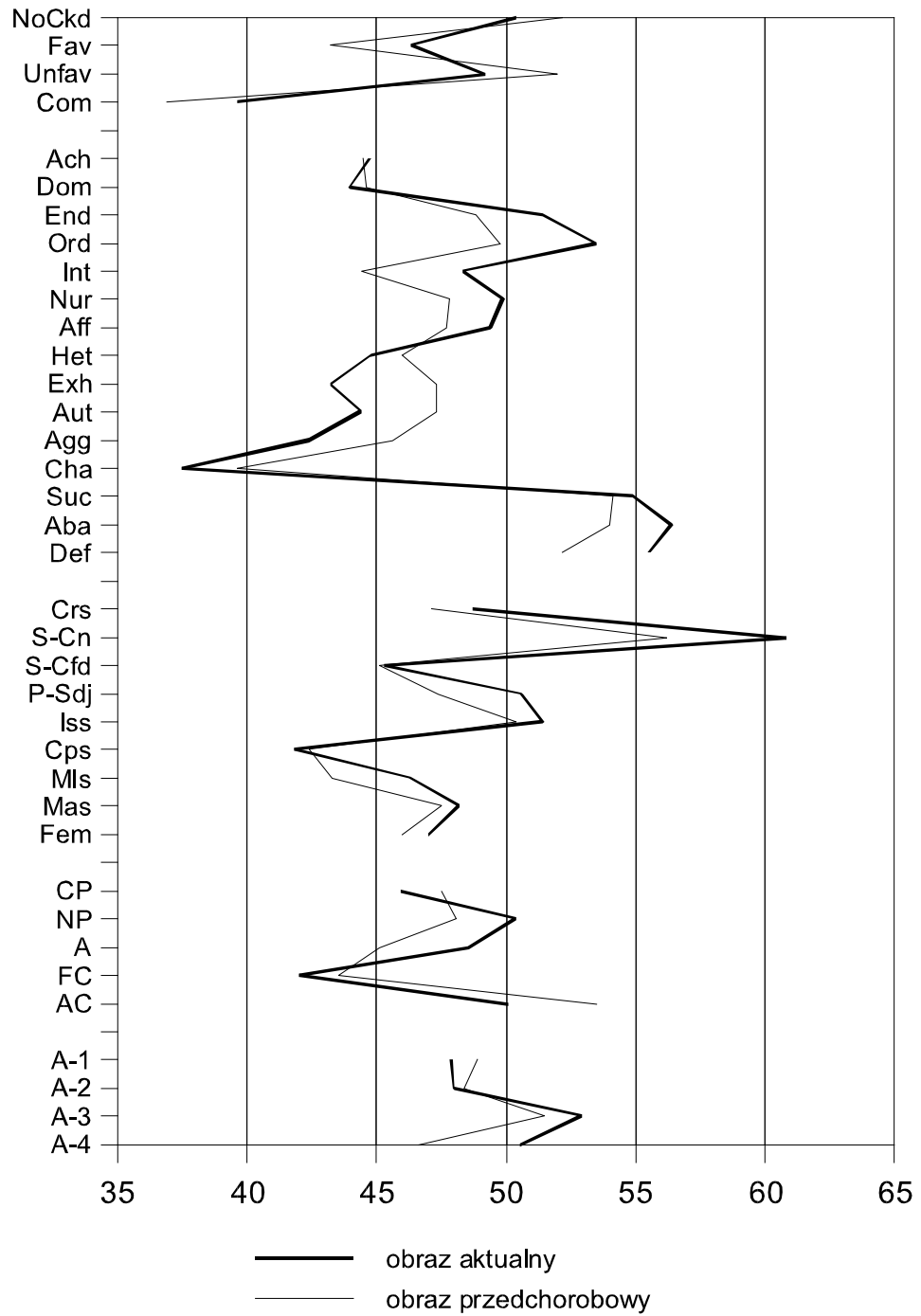
są w obrazie aktualnym potrzeb. Wynika z tego, że po przebyciu epizodu chorobowego i leczenia badani są mniej pewni siebie, unikają ryzyka, są cierpliwi i bardziej pojednawczo nastawieni do innych. Znacząco wyższy wynik w obrazie aktualnym w potrzebie podporządkowania się (Def) wskazuje, że ulegają oni innym bez utraty poczucia własnej godności.

Porównując i analizując skale określające sposoby odnoszenia się do siebie i realizowania siebie, otrzymano istotnie wyższe wyniki w dwóch skalach: S-Cn ($p < 0,005$) i P-Adj ($p < 0,05$) w aktualnych obrazach siebie. Wyniki w skali samokontroli (S-Cn) zarówno w obrazie aktualnym, jak i przedchorobowym są najwyższe wśród wszystkich wyników obu profili, a w obrazie aktualnym wynik ten jest już zaliczany do wysokich. Oznacza to, że już przed zachorowaniem potencjalni pacjenci należeli do osób nadmiernie kontrolujących się, a aktualnie cecha ta w sposób istotny nasiliła się.

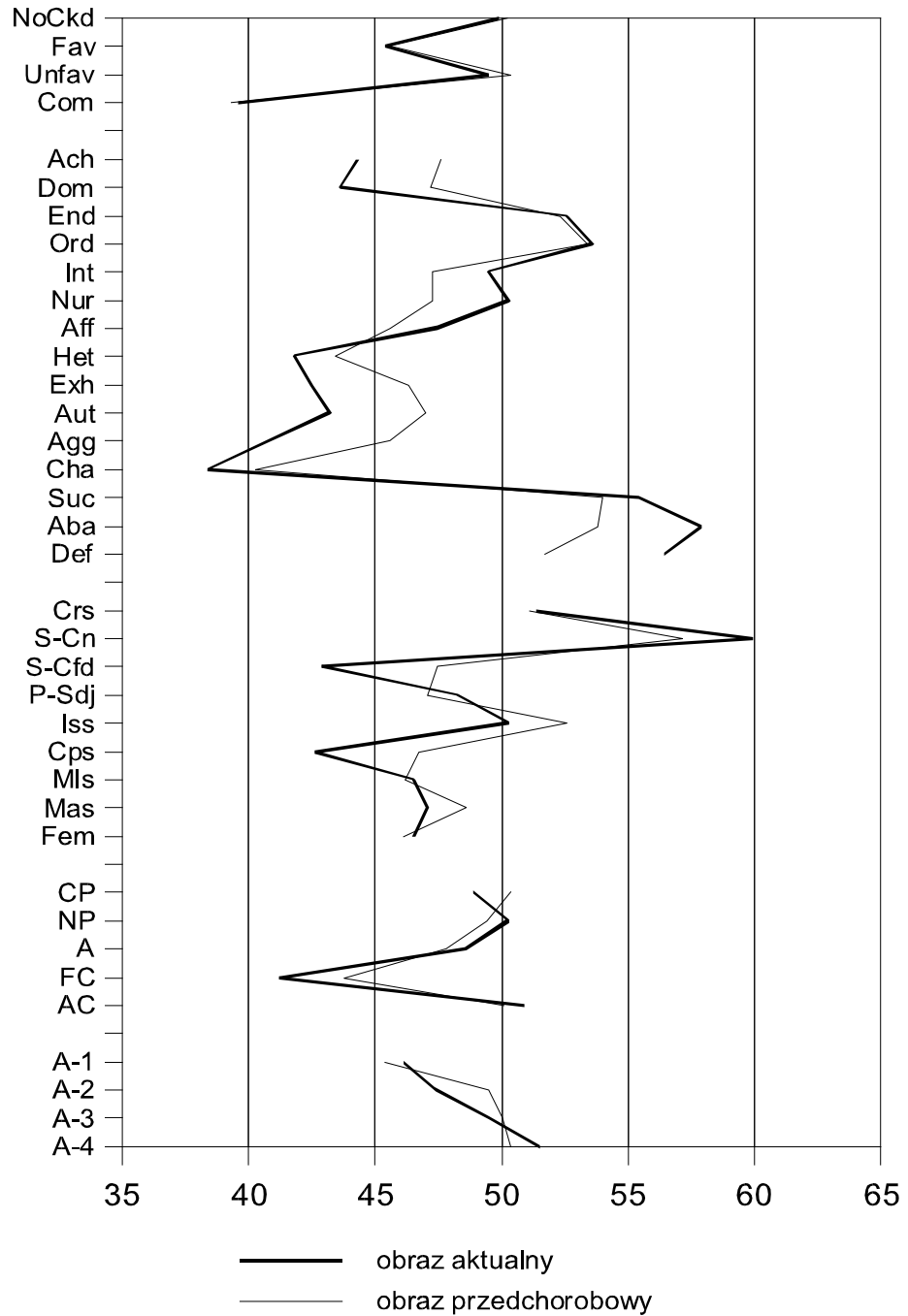
W obrębie skal pomiaru osobowości kreatywnej w obrazie aktualnym istotnie wzrosły zdolności przywódcze w porównaniu z okresem przed zachorowaniem, choć są one nadal poniżej średniej (MIs, $p < 0,05$).

Dwie różnice istotne w aktualnym i przedchorobowym obrazie siebie wystąpiły w obrębie pięciu skal analizy transakcyjnej. Istotnie wyższy wynik – choć nadal poniżej średniej – wystąpił w obrazie aktualnym dorosłego (A, $p < 0,01$), zaś istotnie niższy – w skali adaptowanego dziecka (AC, $p < 0,02$). Po leczeniu pacjenci mają poczucie, że wzrósł ich realizm i zdolność do samodzielnego rozwiązywania problemów. Uważają, że stali się nieco pewniejsi i nie ulegają tak łatwo dezorganizacji pod wpływem stresów jak przed zachorowaniem.

Porównując średnie wyniki aktualnych i retrospektywnych obrazów siebie pacjentów podgrupy II (chorujących 2-5 lat), stwierdzono 11 różnic istotnych na poziomie statystycznym, co ilustruje rys. 2. W czterech skalach znacząco wyższy wynik otrzymali badani w obrazie aktualnym, zaś w siedmiu – w obrazie przedchorobowym. Różnice te wystąpiły głównie w skalach potrzeb. W grupie skal związanych z osiągnięciem celów i realizowaniem dążeń znacząco uległy obniżeniu potrzeby osiągnięć (Ach, $p < 0,02$) i dominacji (Dom, $p < 0,05$), co oznacza, że badani aktualnie są mniej wytrwali, mniej pewni siebie, mniej aktywni i rywalizujący. Wśród potrzeb związanych z kontaktami interpersonalnymi obniżyła się potrzeba ujawniania się (Exh, $p < 0,01$), zaś wzrosła potrzeba opiekowania się (Nur, $p < 0,01$). Tak też badani unikają eksponowania siebie, ale pragną nieść pomoc innym. Dwie zaś spośród potrzeb związanych z ustosunkowaniem się do życia uległy aktualnie obniżeniu. Są to: potrzeba autonomii (Aut, $p < 0,005$) i agresji (Agg, $p < 0,0005$). Również



Rys. 1. Wykresy aktualnych i przedchorobowych obrazów siebie podgrupy I



Rys. 2. Wykresy aktualnych i przedchorobowych obrazów siebie podgrupy II

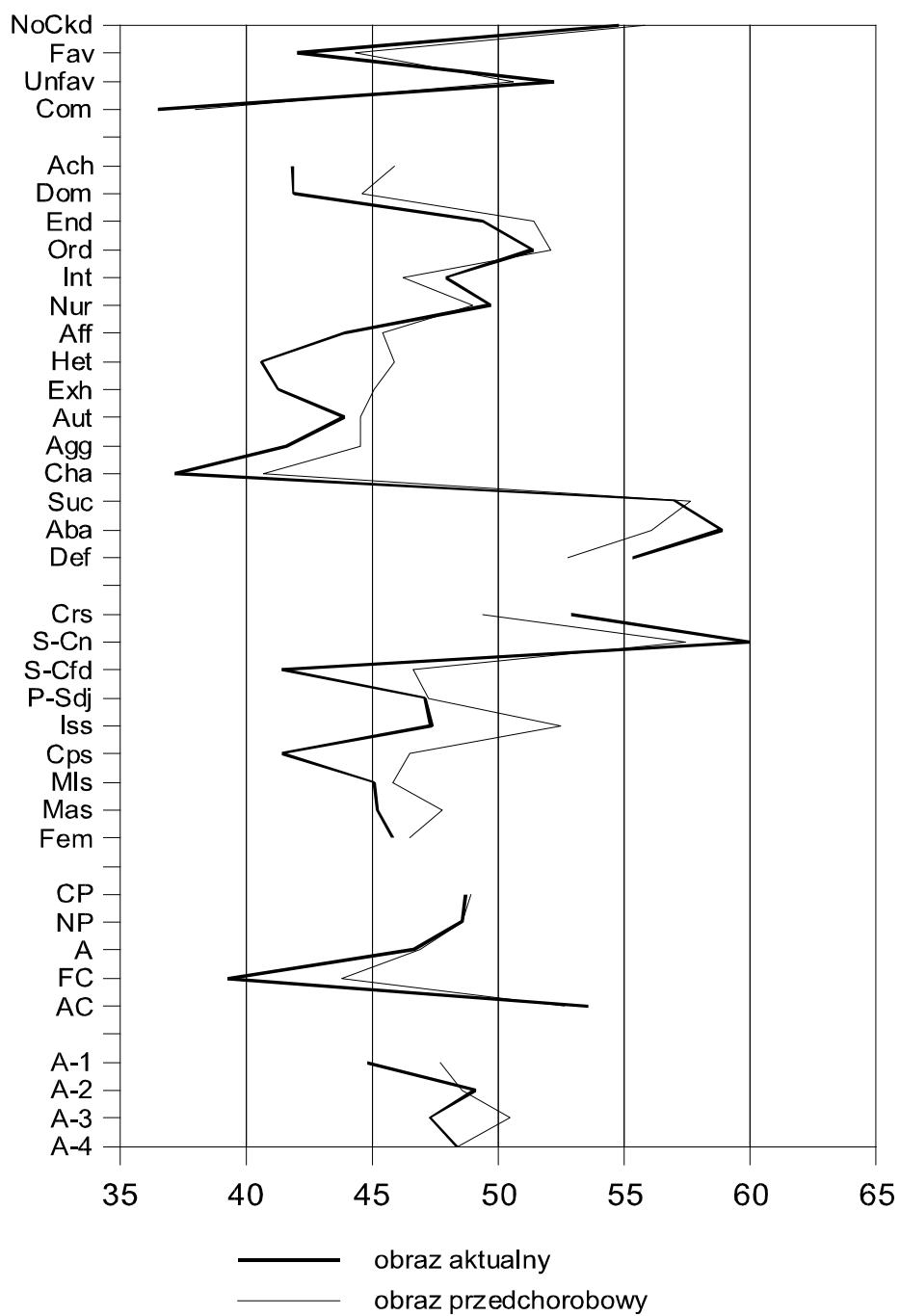
w dwóch otrzymano w obrazie realnym znacząco wyższe wyniki. Do nich należą: potrzeba poniżania się (Aba, $p < 0,02$) i podporządkowania (Def, $p < 0,0005$). Oznacza to, że aktualnie badani w większym stopniu podporządkowują się wymaganiom innych, za wszelką cenę unikając konfliktów, nie mając przy tym poczucia utraty własnej godności. Unikając ryzyka, szukają bezpieczeństwa w tym, co wypróbowane i pewne.

W grupie skal określających sposoby odnoszenia się do siebie znacząco wzrósł wynik w aktualnym obrazie w skali samokontroli (S-Cn, $p < 0,05$), zaś obniżył się w skali zaufania do siebie (S-Cfd, $p < 0,02$). Wskazuje to, że badani mają trudności w mobilizowaniu się do bycia aktywnym i ukazywania swoich możliwości, zaś nadmiernie kontrolują się. Na to, że badani są bardziej przytłumieni i mniej ekspresyjni niż przed zachorowaniem, wskazuje także obniżony w obrazie aktualnym wynik w skali osobowości twórczej (Cps, $p < 0,005$) w grupie skal osobowości kreatywnej.

Porównanie średnich wyników aktualnych i przedchorobowych obrazów siebie pacjentów podgrupy III (chorujących więcej niż 5 lat) ujawniło 12 różnic istotnych na poziomie statystycznym (rys. 3). W dziesięciu skalach wyniki w realnym obrazie siebie znacząco się obniżyły (Ach, Het, Exh, Agg, Cha, S-Cfd, Iss, Cps, FC i A-1), zaś w dwóch (S-Cn i Crs) znacząco wzrosły w porównaniu z obrazem przedchorobowym.

W grupie czterech skal związanych z osiągnięciem celów i realizowaniem dążeń znacząco obniżyła się u badanych potrzeba osiągnięć (Ach, $p < 0,01$). Wśród skal związanych z kontaktem interpersonalnym obniżeniu uległy: potrzeba kontaktów z płcią odmienną (Het, $p < 0,005$) i potrzeba ujawniania się (Exh, $p < 0,02$). Spośród potrzeb związanych z ustosunkowaniem się do życia istotnie niższe wyniki stwierdzono w skali agresji (Agg, $p < 0,01$), w skali potrzeby zmiany (Cha, $p < 0,05$), zaś znacząco wyższe w skali gotowości na poradę i pomoc innych (Crs, $p < 0,05$). Oznacza to, że aktualnie badani – w porównaniu z okresem przed zachorowaniem – zachowują większy dystans wobec ludzi, są spokojniejsi, wycofujący się, unikający „bycia na widoku” i dążący do stabilnego życia. Czując się niepewnie, oczekują wsparcia i pomocy ze strony innych, których spostrzegają jako silniejszych.

Wśród skal określających sposoby odnoszenia się do siebie i realizowania siebie znacznemu obniżeniu uległ wynik w skali mierzącej zaufanie do siebie (S-Cfd, $p < 0,01$), zaś istotnie wzrósł w skali samokontroli (S-Cn, $p < 0,05$). Tak też badani aktualnie nadmiernie kontrolują się oraz mają trudności w mobilizowaniu siebie do aktywności.



Rys. 3. Wykresy aktualnych i przedchorobowych obrazów siebie podgrupy III

W dwóch skalach – Iss ($p < 0,005$) i Cps ($p < 0,005$) – należących do grupy skal pomiaru osobowości kreatywnej wyniki w obrazie aktualnym są istotnie niższe od wyników w obrazie przedchorobowym. Wskazuje to, iż badani czują się pokonani przez życie i dużą trudność sprawia im podejmowanie działań i osiągnięcie celów. Znacząco niższy wynik w obrazie realnym w skali wolnego dziecka (FC, $p < 0,01$) potwierdza obniżenie ogólnej aktywności psychicznej.

Podsumowując powyższe wyniki można stwierdzić, że:

1. Pacjenci ze wszystkich trzech podgrup przeżywają poczucie zmiany siebie.

2. Badani z I podgrupy mają największe poczucie, że się zmienili i jest to jedyna podgrupa, która ogólnie spostrzega u siebie zmiany w kierunku pozytywnym.

3. Badani z podgrupy II i III mają podobny zakres zmian ocenianych jako negatywny, jednak w podgrupie III nasilenie tych zmian jest głębsze. Pacjenci z podgrupy II mają nieco lepsze relacje z innymi i kontakt z otoczeniem, jeszcze starają się zrozumieć siebie i innych, czasem angażować się w opiekę nad innymi, zaś badani z podgrupy III są najbardziej zrezygnowani i apatyczni. Jedynie w tej podgrupie wystąpiły istotne zmiany w skali Iss, mówiące m.in. o tym, że czują się pokonani przez życie.

4. Poczucie zmiany siebie badanych trzech podgrup pacjentów jest wyrażone istotnymi zmianami wyników w obrębie różnych skal. Jednak na szczególną uwagę zasługuje fakt, że w trzech skalach konsekwentnie we wszystkich podgrupach wystąpiły zmiany istotne (Exh, Agg, S-Cn). Pacjenci ze wszystkich trzech podgrup uważają, że aktualnie mają mniejszą potrzebę agresji i ujawniania się niż przed zachorowaniem, a większą potrzebę samokontroli.

V. OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Różnice ujawnione w wyniku porównania aktualnych i przedchorobowych obrazów siebie wskazują na zmianę percepcji własnej osoby przez chorych należących do trzech analizowanych podgrup. W odniesieniu do pacjentów z I podgrupy, a więc chorujących najkrócej, wyraża się ona różnicami istotnymi w wynikach piętnastu skal. Pacjenci z tej podgrupy mają największe poczucie zmiany siebie i jest to jedyna podgrupa, która ogólnie spostrzega u siebie zmiany w kierunku pozytywnym. W porównaniu z okresem przed zachorowaniem pacjenci wybrali dla określenia siebie aktualnie znacznie

więcej przymiotników pozytywnych, a mniej negatywnych. Uważają, że obecnie są bardziej zdolni do kontrolowania impulsów oraz mają większą zdolność do planowania i osiągania celów, są mniej przesądni i bardziej zdolni do przezwycięzania stresu niż przed zachorowaniem. Oceniają, że wzrosły ich zdolności przywódcze, realizm oraz zdolność do samodzielnego rozwiązywania problemów, że są pewniejsi siebie i lepiej przystosowani. Natomiast z konfiguracji innych skal wynika, że teraz są bardziej zahamowani, ostrożniejsi, ulegli, unikający konfliktów i ryzyka, nadmiernie kontrolujący się. Poczucie zmiany u pacjentów tej podgrupy jest znacznie zróżnicowane w stosunku do dwu pozostałych.

Różnice w percepcji siebie pacjentów chorujących od 2 do 5 lat zaznaczyły się w jedenastu skalach. Przed zachorowaniem mieli oni większą potrzebę osiągnięć, dominacji, ujawniania się, autonomii, agresji, twórczości oraz większe zaufanie do siebie. Obecnie potrzeby te znacząco obniżyły się, a wzrosły: potrzeba ponizania się, wsparcia, samokontroli, opiekowania się. Większość wyników mieści się poniżej średniej zarówno w realnych, jak i retrospektywnych obrazach, co oznacza, że zaszły tu zmiany raczej ilościowe i cechy, którymi badani charakteryzowali się przed chorobą, uległy nasileniu bądź osłabieniu. Oznacza to, że aktualnie badani są mniej aktywni, mniej wytrwali, niepewni, unikają ryzyka i szukają bezpieczeństwa w tym, co wypróbowane i pewne. Mają trudności w mobilizowaniu się, są przytłumieni i mniej ekspresyjni oraz nadmiernie kontrolują się.

Poczucie zmiany siebie osób chorujących najdłużej wyrażają różnice istotne statystycznie w dwunastu skalach. Podobnie jak u pacjentów z podgrupy II różnice mają charakter ilościowy, a nie jakościowy. Pacjenci chorujący najdłużej uważają, że w porównaniu z okresem zdrowia aktualnie mają znacznie mniejszą potrzebę osiągnięć, kontaktów heteroseksualnych, ujawniania się, agresji i ogólnej aktywności. Natomiast zwiększyła się u nich potrzeba samokontroli, są bardziej otwarci na pomoc i poradę innych, a także w większym stopniu dążą do stabilizacji.

Biorąc pod uwagę kierunek i zakres zmian, pacjenci podgrupy z II i III zauważają u siebie podobne, niekorzystne zmiany zachodzące w ich osobowości. Sześć skal (Ach, Exh, Agg, S-Cn, S-Cfd, Cps) mówi o niemalże takich samych zmianach w obu podgrupach. Kolejne zaś skale sugerują, że w podgrupie III proces tych zmian jest bardziej niekorzystny i głębszy. U tych pacjentów także najistotniej obniża się ogólna aktywność psychiczna (FC), spada zainteresowanie płcią przeciwną (Het), ujawnia się największe dążenie do stabilizacji. Analizując profile badanych z podgrupy II w zakresie skal

potrzeb można zauważyć, że wystąpiła u nich tendencja do „przejścia” od potrzeb psychicznych do społecznych. Retrospektywny obraz siebie świadczył o większym nasileniu potrzeby ekspresji własnego „ja”, motywacji do pokonywania przeszkód i autonomicznego działania. Aktualnie pacjenci czują się mniej pewni siebie, mniej autonomiczni, co powoduje u nich potrzebę wsparcia społecznego. Wzrost potrzeby wycofywania się, poniżania i podporządkowania się przy obniżeniu potrzeby autonomii przemawia za tym, że czują się oni mniej pewnie, co prowadzi do wzrostu potrzeb społecznych.

U pacjentów z podgrupy III nastąpiło również obniżenie potrzeb psychicznych, ale i w nieco mniejszym stopniu wydają się nasilone potrzeby społeczne. Test nie mierzy potrzeb biologicznych, na nasilenie których wskazują obserwacje kliniczne pacjentów chorujących najdłużej. Pośrednio może je sugerować wynik w skali Cha wskazujący na najsilniejsze dążenie do stabilizacji wśród wszystkich podgrup. Trudno jednak jednoznacznie stwierdzić, czy dążność ta wynika z choroby, czy też z faktu, że w tej podgrupie znajdują się ludzie najstarsi, którzy na ogół nie lubią zmian.

W podgrupie tej najwyraźniej ujawniły się również problemy związane z identyfikacją płciową. Świadczy o tym obniżenie potrzeb, które są określane jako męskie (osiągnięć, dominacji, wytrwałości), znaczące obniżenie zainteresowania płcią przeciwną oraz obniżenie wyniku w skali męskości. Potwierdza to wyniki innych autorów (Hunca-Bednarska, 1997; Peretti, Carberry, 1974). W praktyce terapeutycznej problem ten szczególnie wyraźnie jest widoczny u mężczyzn i dotyczy spadku lub zaniku aktywności seksualnej, co rzutuje na ich obraz siebie jako mężczyzn. Dlatego też coraz częściej pojawiają się programy terapeutyczne dotyczące edukacji seksualnej chorych na schizofrenię (Jacobs, Bobek, 1991).

Konfiguracja skal analizy transakcyjnej trzech podgrup wydaje się również interesująca. Analizując dynamikę zmian osobowości w przebiegu schizofrenii u wszystkich badanych chorych, można stwierdzić wyraźną tendencję do spadku aktywności wolnego dziecka, która nasila się z biegiem lat trwania choroby i uzyskuje poziom istotności w podgrupie III. Obniżeniu ulega więc spontaniczność reagowania, zdolność do przewycięzania emocji związanych ze zmysłowym kontaktem ze światem, rozrywkami i relaksem. Obniżenie wolnego dziecka zwykle wiąże się ze spadkiem ogólnej aktywności psychicznej, wolne dziecko jest bowiem podstawowym nośnikiem energii psychicznej człowieka. Można by zastanawiać się, czy te postępujące w czasie trwania choroby zmiany dziecka wolnego są wyrazem przekształceń osobowościowych w przebiegu schizofrenii, czy też ograniczeń środowiskowych szczególnie

odnoszących się do przewlekle chorych, a także wieloletniego leczenia farmakologicznego. Być może ma tu miejsce interakcja wszystkich tych czynników. Wydaje się, że ten postępujący spadek aktywności wolnego dziecka, mimo że nabiera on istotności statystycznej dopiero na poziomie III podgrupy, jest najistotniejszym przejawem wspomnianych zmian osobowości chorych na schizofrenię. Inne zmiany w mniejszym czy większym stopniu mogą być następstwem tej zmiany. Koresponduje to z wynikami badań Masiaka (1970), który twierdzi, że przyjęcie postawy biernej u chorych jest następstwem niedomogi w zakresie inicjatywy i aktywności.

Efektom leczenia pierwszej podgrupy chorych był wzrost realizmu, zdolność do samodzielnego rozwiązywania problemów i obiektywizmu, co wiąże się ze znamienym statystycznie wzrostem dorosłego, choć nie uzyskuje on dominującej pozycji w konfiguracji skal. Jednocześnie istotnemu obniżeniu ulega aktywność psychiczna wiążąca się z subiektywnością, konformizmem, a także akumulacją uczuć negatywnych, łącząca się z obniżeniem pozycji adaptowanego dziecka, które po leczeniu równoważone jest przez rodzica opiekuńczego.

Inaczej wygląda dynamika przekształceń w podgrupie III, która charakteryzuje się jedynie niewielkim wzrostem submisyjności przy znamienym obniżeniu dziecka wolnego i wszystkich pozostałych skal analizy. Jest to jakby negatywny bilans zmian osobowościowych, spostrzeganych przez chorych w ciągu pięciu lub więcej lat trwania procesu chorobowego. Tak więc można stwierdzić, iż stosowane metody leczenia nie uchroniły pacjentów od postępującego zubożenia osobowościowego, wzrostu zależności od otoczenia i związanej z tym samooceny o zabarwieniu negatywnym (Masiak, Chuchra, 1993).

Wyniki badań II i III podgrupy nie nastrożają większych trudności interpretacyjnych, czego nie można powiedzieć o pacjentach chorujących najkrócej. Analizując realne i retrospektywne obrazy tej ostatniej podgrupy, można zauważyć pewne sprzeczności. Pacjenci np. uważają, że aktualnie są mniej agresywni, lepiej przystosowani, ale jednocześnie wzrosła znacząco u nich samokontrola hamująca ich spontaniczność. Uważają, że po leczeniu wzrosły ich zdolności przywódcze, ale w większym stopniu podporządkowują się innym. Obraz siebie tej podgrupy nie wydaje się być strukturą dobrze zorganizowaną i wewnętrznie spójną. W odniesieniu do tej podgrupy pacjentów można zgodzić się z tymi autorami, którzy twierdzą, że obraz siebie chorych na schizofrenię jest zaburzony (Epstein, 1955; Fitts, 1972), mało stabilny (Kępiński, 1981), że chorzy wykazują deficyty w integracji obrazu siebie (Lida i in., 1992), który zawiera więcej sprzecznych i niezgodnych elementów

niż u ludzi zdrowych (Gruba, Johnson, 1974). Nasuwa się pytanie, dlaczego ta podgrupa ma taki właśnie obraz siebie? Próba odpowiedzi na to pytanie nie jest łatwa i ma raczej charakter hipotetyczny. Podgrupę tę stanowią ludzie młodzi, w większości hospitalizowani po raz pierwszy. Objawy chorobowe i pobyt w szpitalu psychiatrycznym był dla nich niewątpliwie szokiem. Jeśli zaburzenia nie wystąpiły nagle, często nie mogą określić granic zdrowia i początku choroby, trudno więc ocenić im obraz siebie w okresie zdrowia. Będąc pod wrażeniem silnych negatywnych przeżyć, po ich ustąpieniu mogą przeceniać swoje aktualne samopoczucie, a obraz retrospektywny wydaje się po części obrazem z okresu choroby. Ich dopiero co rozbite „ja” jeszcze się ponownie nie zintegrowało. Trudno im określić jeszcze, jakimi naprawdę są. Pacjentom podgrupy II i III, którzy przeżyli kilkakrotne rzuty choroby, być może łatwiej sprecyzować „ja w chorobie” i „ja gdy jestem zdrowy”. Pacjentom leczonym po raz pierwszy trudno jeszcze wyznaczyć te granice. Trudność ta dotyczy głównie mężczyzn, gdyż analiza poczucia zmiany tej podgrupy uwzględniająca płeć wykazała, że u kobiet aktualny i przedchorobowy obraz siebie różni się w zakresie jednej skali, a u mężczyzn – w obszarze czterenas-tu (Chuchra, 1996). Należy także wziąć pod uwagę możliwość istnienia objawów wyzwoleniowych, obniżenia krytycyzmu i zahamowań charakteryzujących niektórych pacjentów tej podgrupy przed zachorowaniem. Tego typu zmiany osobowości w przebiegu schizofrenii określane były przez Brzezickiego terminem *schizofrenia socialiter fausta* (Brzezicki, 1961).

Mając na uwadze całość badań, należałoby jeszcze zwrócić uwagę na wyniki dwóch skal, które najczęściej pojawiały się w profilach i niemalże we wszystkich są skalami dominującymi, a mianowicie: potrzeba wsparcia ze strony innych (Suc) i samokontrola (S-Cn).

Potrzeba wsparcia oznacza tu ubieganie się o sympatię, uczucie lub wsparcie emocjonalne od innych. Nie czując się wystarczająco mocnymi, by zmagać się ze stresem i kryzysami, uważając innych za silniejszych i bardziej skutecznych, pacjenci zabiegają o ich wsparcie. Analizując realne obrazy siebie ze względu na czas trwania psychozy okazuje się, że im dłuższy okres choroby, tym bardziej nasila się potrzeba wsparcia. Jest ona również większa u osób lękowych. W praktyce klinicznej jest na ogół odwrotnie. Najwięcej wsparcia zarówno ze strony rodziny, jak i personelu otrzymują pacjenci na początku choroby, zaś chorującym najdłużej poświęca się najmniej czasu. Dotychczasowe wyniki badań wskazują, że pacjenci chorzy psychicznie w porównaniu z pacjentami neurotycznymi lub chorymi somatycznie mają najmniej relacji wspierających (Tolsdorf, 1976; Pattison, 1975 – za: Pommersbach,

1988). Garrison donosi, że najbardziej zaburzeni chorzy na schizofrenię polegali na osobach spoza rodziny, w przeciwieństwie do najlepiej adaptujących się pacjentów, którzy opierali się głównie na rodzinie. Turner dowiódł, że niskiej satysfakcji ze wsparcia towarzyszy wzrost symptomów choroby (za: Pommersbach, 1988). Z badań Płużek (1975) wynika, że gdy pacjenci osiągnęli większy wgląd i gdy mieli większe możliwości kontaktów z innymi poza szpitalem, stawali się wówczas bardziej krytyczni wobec siebie, nieakceptujący i bardziej agresywni. Wówczas też nasilały się tendencje samobójcze; jest to czas, w którym pacjenci najbardziej oczekują pomocy i wsparcia. Dlatego też bardzo ważną rzeczą jest tworzenie różnych grup samopomocy, aby pacjenci po wypisaniu się ze szpitala nie czuli się pozbawieni opieki i wsparcia.

Drugą skalą zwracającą uwagę jest skala samokontroli. Wyniki, jakie uzyskują badani, wskazują na nadmierną kontrolę, która hamuje ich spontaniczność i ekspresję „ja”. Nadmierne kontrolowanie się może wynikać co najmniej z dwóch źródeł. Jedno – jak się wydaje – jest związane z psychopatologią, drugie – z sytuacją psychologiczną pacjenta. W ostrych postaciach schizofrenii, gdy struktura własnego „ja” i świata ulega gwałtownej dezintegracji, zanika samokontrola, chory czuje się owładnięty niezwykleymi zdarzeniami w sobie i w otoczeniu (Chlewiński, Grzywa, 1992). Melges i Freeman (1975) wysunęli hipotezę, że dezorganizacja poczucia czasu jest podstawą zagrożenia utraty kontroli nad sobą i zjawiskami. W okresie remisji lęk przed ponowną utratą panowania nad sobą i otoczeniem może być przyczyną wzrostu samokontroli. Również świadomość „bycia chorym psychicznie” w środowisku ludzi, którzy o tym wiedzą, nie jest rzeczą łatwą. Ciągła koncentracja, aby zachowywać się w oczach innych „normalnie”, może być przyczyną utraty spontaniczności i wzrostu samokontroli. Istnieją jednak badania wykazujące, że poczucie kontroli u chorych na schizofrenię paranoidalną nie różni się od poczucia kontroli w populacji osób zdrowych (Jakubik i in., 1990).

Omawiając poczucie zmiany siebie pacjentów należy stwierdzić, że szczególną uwagę zwracają wyniki w trzech skalach. U wszystkich pacjentów mających poczucie zmiany siebie, po leczeniu obniżyła się potrzeba agresji i ujawniania się, wzrosła zaś samokontrola. Wyniki w skali samokontroli zostały już zinterpretowane w innym kontekście. Potrzeba agresji zarówno w obrazach aktualnych, jak i przedchorobowych jest na poziomie przeciętnym, w granicach odchylenia, w dolnym jego obszarze. Takie wyniki są zgodne z wynikami Wysockiej (1987). Na ogół przyjmuje się, że agresja w fazie ostrej psychozy u niektórych wynika z przeżyć chorobowych, czasem jest uwarunkowana sytuacją, a w większości przypadków „współdziałają” ze

sobą obydwie te czynniki. Po leczeniu, gdy ustąpią objawy chorobowe i poprawi się kontakt pacjenta z otoczeniem, poziom agresji obniża się. Pacjenci czują się spokojniejsi, mniej drażliwi i cierpliwi. Interesujące – jak się wydaje – byłoby retrospektywne ocenienie agresji w ostrej fazie psychozy. Umożliwiłoby to pełniejszą interpretację wyników. Ponieważ zarówno retrospektywna, jak i aktualna potrzeba agresji jest na poziomie przeciętnym, różnica ta prawdopodobnie spowodowana jest przyjmowaniem leków uspokajających. Po leczeniu zmniejsza się agresja w stosunku do innych, ale przynajmniej u niektórych chorych wydaje się wzrastać autoagresja. W badaniach Wysokiej (1987) autoagresję obserwowano u prawie 1/4 pacjentów. Większość czynów samobójczych popełniana jest po wypisaniu ze szpitala, w okresie remisji, co przemawia za wpływem sytuacji na występowanie autoagresji. Płużek (1975) pisze, że autoagresja wzrasta, gdy poprawia się wgląd pacjentów i gdy stają się bardziej krytyczni. Kryzysy te częściej spotyka się u osób, które funkcjonowały zawodowo, i u osób z wyższym wykształceniem, zwłaszcza wówczas, gdy chcą powrócić do poprzedniej pracy i pozycji społecznej, a powrót ten nie jest możliwy.

Obniżona potrzeba ujawniania się prawdopodobnie jest związana ze zmniejszoną ogólną potrzebą kontaktów, co wydaje się wynikać z ogólnej niedomogi aktywności spowodowanej chorobą (Masiak, 1970).

BIBLIOGRAFIA

- Bilikiewicz T. (1969). *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL.
- Brzezicki E. (1961). Kilka uwag o nowym syndromie. Schizofrenia paradoksalna społecznie korzystna. *Przegląd Lekarski*, 8, 290-291.
- Chlewiński Z., Grzywa A. (1992). *Urojeniowa wizja świata*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Chuchra M. (1996). *Obraz siebie w przebiegu schizofrenii* (mps pracy doktorskiej, Biblioteka AM, Lublin).
- Chuchra M. (1996a). Poziom inteligencji a obraz siebie chorych na schizofrenię paranoidalną. *Roczniki Filozoficzne*, 44, 4, 153-170.
- Chuchra M. (1998). Poziom niepokoju i lęku a obraz siebie chorych na schizofrenię paranoidalną. W: P. Francuz, P. Oleś, W. Otrębski (red.), *Studia z psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim*, t. 9. Lublin: RW KUL, s. 318-341.
- Epstein S. (1973). The self-concept revisited. Or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28, 404-416.

- Fitts W. H. (1972). *The self concept and psychopathology*. Dede Wallace Center Monograph Nashville, Tennessee.
- Gerard K., Pałyska M. (1975). Osiągnięcia w studiach osób hospitalizowanych z powodu schizofrenii. *Psychiatria Polska*, 4, 407-416.
- Gough H. G., Heilbrun A. B. (1980). *The Adjective Check List. Manual* (rev. eds.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Gruba F. P., Johnson J. E. (1974). Contradictions within the self-concepts of schizophrenics. *Journal Clinical Psychology*, 30, 253-254.
- Hunca-Bednarska A. (1997). *Skojarzenia werbalne u osób chorych na schizofrenię oraz u osób zdrowych (badania porównawcze)*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Jacobs Ph., Bobek S. C. (1991). Sexual needs of the schizophrenic client. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1, 15-20.
- Jakubik A., Budna A., Gapińska E., Lepianka I. (1990). Struktura „ja” w schizofrenii paranoidalnej. *Psychiatria Polska*, 4, 30-34.
- Jucha Z. (1973). *Analiza syndromu defektu w schizofrenii* (mps pracy doktorskiej, Biblioteka KUL).
- Juros A., Oleś P. (1993). Struktura czynnikowa i skupieniowa Testu Przymiotnikowego ACL H. G. Gougha i A. B. Heilbruna. W: J. Brzeziński, E. Hornowska (red.), *Z psychometrycznych problemów diagnostyki psychologicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, s. 171-201.
- Kaczyński M. (1967). O dyssolucyjnej psychice elementarnej w przebiegu przewlekłej schizofrenii. *Psychiatria Polska*, 1, 532-536.
- Kępiński A. (1981). *Schizofrenia*. Warszawa: PZWL.
- Lamot G., Grzywa A. (1997). Wgląd a choroba psychiczna. *Psychiatria Polska*, 1, 97-110.
- Lida H., de Bonis M., Feline A. (1992). Structure of self-concept and schizophrenia. *European Review of Applied Psychology Revue*, 2, 151-160.
- Masiak M. (1970). Z badań nad przewlekłą prostą schizofrenią. *Psychiatria Polska*, 3, 119-124.
- Masiak M., Chuchra M. (1993). *Egogramy chorych na schizofrenię paranoidalną a dynamika procesu chorobowego. Pamiętnik III Lubelskich Spotkań Naukowych*. Lublin, s. 176-180.
- Mazurkiewicz J. (1958). *Wstęp do psychofizjologii normalnej*. T. II. Warszawa: PZWL.
- Melges F. T., Freeman A. M. (1975). Persecutory delusions: A cybernetic model. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1038-1044.
- Peretti P. O., Carberry J. (1974). Sex-role identification, conflict, and psychopathology in adult males. *Acta Psychiatrica Belgica*, 4, 357-364.
- Perzyński J. (1985). *Badania nad strukturą i dynamiką schizofrenii rozpoczynającej się zespołami rzekomonerwicowymi* (mps pracy habilitacyjnej, Biblioteka AM, Lublin).
- Perzyński J. (1993). *Schizofrenia paradoksalna społecznie korzystna wg E. Brzezickiego a zmiany charakterologiczne ubytkowo-wyzwoleniowe wg M. Kaczyńskiego. Pamiętnik III Lubelskich Spotkań Naukowych*. Lublin, s. 181-182.
- Płużek Z. (1974). *Człowiek w poszukiwaniu siebie samego*. Kraków: Wydawnictwo Apostolstwa Modlitwy, s. 9-26.
- Płużek Z. (1975). *An investigation on the influence of rehabilitation upon chronic schizophrenics. Final report VRA-POI-5-65*. Warszawa.
- Pommersbach J. (1988). Wsparcie społeczne a choroba. *Przegląd Psychologiczny*, 2, 503-525.

- Steuden S. (1982). *Psychologiczna analiza dynamiki syndromu poczucia zmian osobowości u chorych na schizofrenię wczesną* (mps pracy doktorskiej, Biblioteka KUL).
- Steuden S. (1997). *Dynamika zmian osobowości u osób z rozpoznaną schizofrenią*. Lublin: RW KUL.
- Sujak E. (1984). *Przebieg schizofrenii a rozwój osobowy*. Lublin: RW KUL.
- Sulestrowska H. (1968). Spostrzeżenia nad 120 przypadkami schizofrenii w okresie pokwitania. *Psychiatria Polska*, 2, 143-148.
- Szłykiewicz J.K. (1977). Zmiana osobowości po pierwszej hospitalizacji u chorych na schizofrenię przewlekłą. *Psychiatria Polska*, 1, 43-49.
- Wardaszko-Łyskowska H. (1988). Sposoby zmagania się z chorobą i śmiercią. W: J. Rudniański, K. Murawski (red.), *Sposoby istnienia. Działanie wobec siebie i innych*. Warszawa: PIW, s. 67-74.
- Wysocka A. (1987). *Agresja w schizofrenii paranoidalnej* (mps pracy doktorskiej, Biblioteka AM, Lublin).

THE DURATION OF A PSYCHOSIS VERSUS THE SENSE OF SELF-CHANGE IN PARANOID SCHIZOPHRENIA

S u m m a r y

180 paranoid schizophrenics have been examined by means of the adjective check list ACL. The group has been divided into three subgroups in relation to the duration of the psychosis, and then the current and pre-psychotic self-images have been compared. This allowed to state that:

- the patients from all the three subgroups experience self-changes,
- the respondents of subgroup I manifest the greatest sense of change, and this is the only subgroup which, on the whole, perceives some positive self-changes,
- the respondents of subgroups II and III have similar self-changes, yet in subgroup III it is noted as being more negative. The patients from subgroup II have somewhat better relationships with others and a better contact with their milieu; they seek to understand themselves and others, at times they take care about them, whereas the subjects of subgroup III are most resigned and apathetic,
- the sense of self-change in the subjects from the three subgroups is expressed by some essential changes in the results within various scales. It is particularly noteworthy that in all the three scales there were essential changes (Exh, Agg, S-Cn). The patients from all the three subgroups claim that presently they have a lesser need to show aggression and manifestation than they had before they fell ill. Therefore they have a greater need for self-control.

Translated by Jan Kłos