

Rola nadziei w zmaganiach ze schizofrenią

The importance of hope in coping with schizophrenia

Małgorzata Libman-Sokołowska, Tadeusz Nasierowski

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

Summary

Hope is an important dimension of psychological functioning, the source of strength in existential challenges both in health and illness. It is already known that hope is connected with the subjective well-being in people suffering from schizophrenia. Therefore, increasing hope is a promising goal of therapeutic interventions. On the other hand, multiple definitions of hope and methodological differences in the approach to the subject do not lead to determining therapeutic indications, useful in clinical practice. Most scientific projects about hope in people with schizophrenia concentrate on description of mechanisms influencing the patients welfare or determining the relationships between hope intensification and other factors. The paper reviews the concepts of hope and related psychometric techniques and presents the results of research on hope in people with schizophrenia. The presented studies are focused mainly on relationships between hope and psychopathology, the recovery and well-being of the patients. Continuing the research in this topic and analysis of current data may contribute to beneficial changes in the treatment of schizophrenia

Słowa kluczowe: schizofrenia, nadzieja

Key words: schizophrenia, hope

Wstęp

Nadzieja jest jednym z wymiarów funkcjonowania psychicznego człowieka, a zarazem elementem integrującym jego życie psychiczne, źródłem siły w egzystencjalnych zmaganiach w stanach zdrowia i choroby.

Opisując zaburzenia psychiczne, wyodrębniamy czynniki psychologiczne sprzyjające zachorowaniu oraz wyleczeniu, predyktory przebiegu choroby i współpracy terapeutycznej, a także zjawiska towarzyszące powrotowi do zdrowia. Nie zawsze jednak pamiętamy o nadziei jako ważnym elemencie stanu psychicznego, który wpływa na efekty podejmowanych działań terapeutycznych. Zapoznając się z najnowszą literaturą naukową dotyczącą nadziei u osób z diagnozą schizofrenii, można odnieść wrażenie, że ten aspekt funkcjonowania chorych pozostaje poza obszarem zainteresowania większości psychiatrów [1]. Sytuacja ta jest zastanawiająca, ponieważ wpływ

nadziei na kondycję przewlekle chorego człowieka i wzajemne ich oddziaływanie są powszechnie dostrzegane. Co więcej, stanowią one obiecujący cel interwencji terapeutycznych, również u chorych na schizofrenię.

Nadzieja była do niedawna zaniebdywana także przez psychologów. Zaistniała ona w pracach badawczych dzięki psychologii pozytywnej. Za datę powstania tego nurtu współczesnej psychologii uznaje się rok 1998, kiedy to Martin Seligman wezwał członków Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego do uprawiania psychologii zorientowanej na ludzką siłę, a nie słabość [2]. Psychologia pozytywna powstała w opozycji do postrzegania człowieka poprzez pryzmat opisu psychopatologicznego. Przedmiotem jej zainteresowania są te elementy psychicznego wyposażenia człowieka, które pomagają mu w poprawie jakości jego życia. Nadzieja niewątpliwie należy do tego wyposażenia. Duży wkład w rozwój wiedzy na temat roli nadziei w zmaganiach ze schizofrenią mają pielęgniarze i psychoedukatorzy. Ich zaangażowanie w poświęcone temu zagadnieniu badania naukowe jest naturalną konsekwencją ich znaczącego udziału w opiece nad chorymi.

Definiowanie nadziei na potrzeby badań

Według „Nowego słownika języka polskiego” [3] nadzieja to „oczekiwanie spełnienia się czegoś pożądanego, ufność, że się to spełni, urzeczywistni”. Powyższa definicja odpowiada potocznemu rozumieniu tego pojęcia. Autorzy publikacji naukowych pod pojęciem nadziei rozumieją cechę, stan lub mechanizm psychiczny. Zapoznając się z wynikami badań dotyczących nadziei u osób z diagnozą schizofrenii, musimy każdorazowo odpowiedzieć sobie na następujące pytania: co było mierzone, za pomocą jakich narzędzi i w oparciu o jaką teorię. Dzięki temu, analizując i porównując rezultaty, unikniemy błędów wynikających z fałszywego przekonania, że wszystkie prace naukowe mówiące o nadziei opisują dokładnie to samo zjawisko.

Większość projektów badawczych poświęconych nadziei u osób chorych na schizofrenię koncentruje się na dwóch podstawowych zagadnieniach: 1) opisanie mechanizmów wpływających na poczucie dobrostanu u chorych oraz 2) określeniu zależności pomiędzy nasileniem nadziei a innymi zmiennymi. Osiągnięcie pierwszego celu wymaga zaprojektowania badania o charakterze eksploracyjnym, w którym opis nadziei przeżywanej przez pacjentów może być jednym z rezultatów. Dążenie do drugiego celu wiąże się z koniecznością dobrania przez badacza narzędzia do pomiaru nadziei, a tym samym posłużenia się określoną koncepcją nadziei, która doprowadziła do powstania tego narzędzia.

Koncepcje nadziei i techniki jej pomiaru

Beate Schrank, Victoria Bird, Abraham Rudnick i Mike Slade, autorzy pracy przeglądowej opublikowanej w 2012 roku dotyczącej nadziei u osób z zaburzeniami psychicznymi, stwierdzili, że naukowcy prowadzący badania w tym zakresie najczęściej wykorzystują jedno z trzech narzędzi służących do oceny nadziei: Snyder Hope Scale (SHS), Herth Hope Index/Scale (HHI/HHS) oraz Miller Hope Scale (MHS)

[4]. Każde z nich jest kwestionariuszem typu „papier-ołówek” wymagającym od badanego autorefleksji, a następnie zaznaczenia odpowiedzi, która najlepiej opisuje jego doświadczenie.

Według twórcy Snyder Hope Scale nadzieja to pozytywny stan motywacyjny oparty na powiązanych przekonaniach dotyczących skutecznego działania (energii zorientowanej na cel) i dróg prowadzących do celu (planów realizacji celu) [5]. W myśl tej koncepcji u podstaw nadziei leżą procesy poznawcze, a pozytywny afekt jest wobec nich wtórny. Ponadto tak rozumiana nadzieja jest względnie trwałą predyspozycją ujawnianą w różnych sytuacjach [6, 7]. Człowiek o wysokim poziomie nadziei jest przekonany o możliwości zrealizowania powziętego planu, ponieważ jest zdeterminowany, wytrwały i potrafi rozważać wiele rozwiązań – jest w swoich dążeniach elastyczny. Ta charakterystyka przekłada się na trzy istotne obszary: 1) nadzieja sprzyja budowaniu pozytywnego obrazu siebie i koncentracji na sukcesach, 2) zwiększa możliwości adaptacyjne w trudnych sytuacjach życiowych, 3) pozwala wyznaczać ambitne cele i realizować je we wszystkich ważnych dziedzinach życia [8]. Natomiast wiara w sprzyjające okoliczności zewnętrzne czy też w znalezienie jakiegoś wyjścia z trudnej sytuacji nie są przejawami nadziei definiowanej przez Charlesa Snydera. Ta wymaga bowiem nie wiary, lecz przekonania o własnej kompetencji oraz aktywności w nadawaniu kierunku własnym działaniom.

Skala Snydera doczekała się polskiej adaptacji i w kraju jest znana jako Kwestionariusz Nadziei na Sukces (KNS). W obecnym kształcie składa się z 12 stwierdzeń, które badani oceniają w czterostopniowej lub ośmiostopniowej (w polskiej wersji) skali. Umożliwia ona pomiar dwóch komponentów nadziei: przekonania o posiadaniu silnej woli oraz przekonania o umiejętności znajdowania rozwiązań [7].

Pierwotna wersja Herth Hope Scale powstała w oparciu o transakcyjną teorię stresu Richarda Lazarusa i Susan Folkman oraz teorię nadziei Ezry Stotlanda [9, 10]. W tym przypadku nadzieja definiowana jest jako stan pobudzenia umysłu związany z ukierunkowanym na działanie, pozytywnym oczekiwaniem, że cele lub potrzeby dotyczące „ja” albo przyszłości są możliwe do osiągnięcia, a obecny stan lub sytuacja są tymczasowe.

Kolejna wersja kwestionariusza została skonstruowana na podstawie teorii Karin Dufault i Benity Martocchio. Opisały one nadzieję jako proces, a nie cechę lub stan. Wyodrębniły 2 sfery nadziei i 6 wymiarów wspólnych dla obu sfer. Zewnętrzną sferę stanowi nadzieja uogólniona, która chroni przed załamaniem w trudnych sytuacjach i pozwala zachować bądź przywrócić poczucie sensu życia. Wewnątrz znajduje się sfera nadziei ukierunkowanej, która koncentruje się na konkretnym obiekcie i motywuje do pokonywania przeszkód w dążeniu do celu [11]. W obu sferach wyróżniono następujące wymiary nadziei:

- afektywny, na który składają się emocje i doznania odczuwane w trakcie przeżywania nadziei, jak niepewność rezultatu lub poczucie jego istotności;
- poznawczy, obejmujący procesy poznawcze, takie jak np. myślenie, uczenie się, wyobrażanie sobie czy wydawanie sądów powiązane z nadzieją;

- behawioralny, złożony z działań podejmowanych w związku z nadzieją, ukierunkowanych bezpośrednio na osiągnięcie celu lub doń przybliżających, jak np. uczestnictwo w praktykach religijnych;
- afiliacyjny, będący poczuciem więzi między osobą przeżywającą nadzieję a innymi ludźmi lub Bogiem, wyrażający się również poprzez gotowość na przyjęcie pomocy;
- czasowy, związany z postrzeganiem czasu przez osobę przeżywającą nadzieję; nadzieja jest ukierunkowana przede wszystkim na przyszłe dobro, ale wiąże się także z przeszłymi i teraźniejszymi zdarzeniami kształtującymi przebieg procesu nadziei u danej osoby;
- kontekstualny, złożony z sytuacji i okoliczności życiowych, które towarzyszą nadziei, wzbudzają ją bądź są jej częścią [11–13].

Konstruując HHS, autorka skali zredukowała liczbę wymiarów do trzech, łącząc sześć pierwotnych w pary. Tak powstały wymiary: poznawczo-czasowy, afektywno-behawioralny i afiliacyjno-kontekstualny, a każdemu z nich przyporządkowano 10 pozycji kwestionariuszowych ocenianych w czterostopniowej skali. Skrócona wersja narzędzia Kaye Herth (HHI) składa się z 12 pozycji. Stworzona została do badań naukowych i zastosowań klinicznych w grupie osób dorosłych, u których nastąpiły zmiany w stanie zdrowia.

Autorka Miller Hope Scale zdefiniowała nadzieję jako stan, w którym antycypuje się podtrzymanie dobrostanu, poprawę sytuacji lub uwolnienie się od ograniczenia. Wyróżniła trzy poziomy nadziei. Pierwszy odnosi się do mało istotnych życzeń, których niespełnienie nie prowadzi do rozpacz, charakteryzuje się płytkim optymizmem dającym się łatwo podtrzymać. Drugi poziom dotyczy istotnych życiowych spraw, takich jak nadzieja na bliski związek czy samorealizację. Angażuje on znacznie więcej psychicznej energii niż pierwszy. Niespełnienie na tym poziomie wywołuje lęk. Trzeci poziom to pragnienie uwolnienia się od cierpienia, wydostania się z pułapki, przejścia przez trudne życiowe doświadczenie. Wymaga zaangażowania wszystkich zasobów energii. Jeśli wyjście z tego rodzaju sytuacji wydaje się nierealne, człowiek popada w głęboką rozpacz i porzuca dalsze wysiłki [12]. Oprócz trzech poziomów nadziei, J. Fitzgerald Miller wyróżniła również 11 jej składników: 1) wzajemne powiązania z ludźmi, 2) poczucie możliwości, 3) unikanie nadmiernych uogólnień, 4) antycypacja, 5) osiąganie celów, 6) dobrostan psychiczny i radzenie sobie, 7) cel i sens życia, 8) wolność, 9) obserwowanie rzeczywistości, 10) optymizm i 11) umysłową i fizyczną aktywność.

MHS składa się z 40 stwierdzeń, których trafność badani oceniają, posługując się pięciostopniową skalą. Analiza czynnikowa wykazała, że treść kwestionariusza odpowiada nie dziesięciu, a trzem kategoriom, a są to: 1) zadowolenie z siebie, innych ludzi i życia, 2) unikanie zagrożeń dla nadziei oraz 3) antycypowanie przyszłości [14].

Warto odnotować, że w 2011 roku opublikowano pracę poświęconą nowemu narzędziu do pomiaru nadziei – Integrative Hope Scale. Powstało ono poprzez połączenie trzech wspomnianych powyżej kwestionariuszy – SHS, HHI i MHS – a następnie, po zbadaniu reprezentatywnej próby populacji austriackiej, zredukowanie liczby pozycji

na drodze analizy czynnikowej. W rezultacie wyróżniono 4 obszary nadziei: 1) zaufanie i pewność, 2) brak perspektyw, 3) pozytywne ukierunkowanie na przyszłość oraz 4) relacje międzyludzkie i poczucie własnej wartości [15].

Ciekawą koncepcją nadziei jest koncepcja nadziei podstawowej, której dotychczas nie stosowano w badaniach nad schizofrenią, choć wydaje się w tego rodzaju badaniach użyteczna. Pojęcie nadziei podstawowej wywodzi się z koncepcji cyklu życia Erika Eriksona. W Polsce zostało ono rozwinięte przez Jerzego Trzebińskiego i Mariusza Ziębę [2, 16]. Jest ono definiowane jako przekonanie jednostki o tym, że świat jest uporządkowany i sensowny oraz ogólnie przychylny ludziom. Stanowi zatem istotny element wizji świata, a zarazem dość trwałą strukturę osobowości. Jak napisali polscy autorzy, „adaptacyjna rola nadziei podstawowej jest szczególnie znacząca w sytuacji nieodwracalnej straty stawiającej jednostkę przed wyborem nowych alternatyw życiowych”. Stygmatyzująca diagnoza schizofrenii i możliwe konsekwencje choroby, jak np. utrata więzi z najbliższymi, często są postrzegane przez pacjentów jako strata tego właśnie rodzaju. Dlatego też można przypuszczać, że w ich przypadku poziom nadziei podstawowej wpływa na radzenie sobie z konsekwencjami psychozy. Ciekawym spostrzeżeniem jest, że poziom eriksonowskiej nadziei koreluje pozytywnie z poziomem nadziei na sukces (według Snydera), choć jest przekonaniem o świecie zewnętrznym i nie dotyczy kompetencji jednostki. Poza tym stwierdzono także pozytywny związek obu rodzajów nadziei z poziomem inteligencji emocjonalnej [17].

Narzędziem do pomiaru nadziei podstawowej jest kwestionariusz Basic Hope Inventory-12 (BHI-12). Składa się z 12 stwierdzeń, które badani oceniają w pięciostopniowej skali [16].

Nadzieja jako brak poczucia beznadziejności

Niektórzy autorzy prac dotyczących funkcjonowania osób z diagnozą schizofrenii przyjęli, że wysoki poziom nadziei jest tożsamy z niskim poczuciem beznadziejności. Często nie wyrażali tego poglądu wprost. Jednak do takiego wniosku upoważnia fakt, że posłużyli się przy ocenie poziomu nadziei skalą poczucia beznadziejności Aarona Becka – The Hopelessness Scale (BHS) [18–20]. Tymczasem nie ma zgodności co do tego, czy nadzieja i poczucie beznadziejności znajdują się na tym samym kontinuum, czy też występują u tej samej osoby jako względnie niezależne konstrukty psychiczne [12].

BHS, w przeciwieństwie do opisanych wcześniej kwestionariuszy, jest narzędziem skonstruowanym empirycznie. Składa się z twierdzeń zaczerpniętych z testu postaw dotyczących przyszłości autorstwa Richarda Heimberga oraz pesymistycznych twierdzeń wypowiedzianych przez pacjentów, którzy według oceny klinicystów utracili nadzieję [21]. Analiza wykazała, że narzędzie ma trójczynnikową strukturę, zgodnie z którą na poczucie beznadziejności składają się uczucia dotyczące przyszłości, utrata motywacji i oczekiwania dotyczące przyszłości. Jeśli przyjąć, że brak poczucia beznadziejności jest tożsamy z nadzieją, na nadzieję składają się zatem uczucia i oczekiwania dotyczące przyszłości oraz motywacja do podjęcia wysiłku, by wpływać na swoje życie.

Według zespołu badawczego Holgera Hoffmanna propozycja Becka nie wyczerpuje zagadnienia beznadziejności [22]. Pomija bowiem ich zdaniem istotne właściwości

psychiczne człowieka, blisko związane z beznadziejnością w ujęciu poznawczo-afektywnym, przydatne w badaniach osób z diagnozą schizofrenii. Hoffmann i wsp. w obszarze beznadziejności ulokowali umiejscowienie kontroli, koncepcje siebie, oczekiwania wobec wyników rehabilitacji i strategie radzenia sobie ze stresem. Na podstawie danych empirycznych stworzyli oni interesujący model zależności między tymi zmiennymi, objawami choroby i rezultatami rehabilitacji zawodowej.

Nadzieja u osób z diagnozą schizofrenii – wyniki badań eksploracyjnych

W Korei Południowej przeprowadzono badanie, którego efektem jest wyczerpujący opis nadziei z perspektywy osób ze zdiagnozowaną schizofrenią [23]. Dwudziestu pięciu osobom w trakcie leczenia ambulatoryjnego, z wglądem w chorobę i zachowaną zdolnością myślenia abstrakcyjnego, zadano 3 pytania: „co oznacza dla Ciebie nadzieja?”, „na co masz nadzieję?”, „skąd czerpiesz nadzieję?”. Badani określili nadzieję jako sens życia, radość, przewidywanie lepszej przyszłości, energię niezbędną do życia. Ich nadzieja dotyczyła życia bez problemów (jako normalny członek społeczeństwa), przywrócenia więzi rodzinnych, bliskich relacji z ludźmi, bycia zdrowym, bycia wolnym (od pułapki obecnej sytuacji życiowej), posiadania dóbr materialnych, duchowego spełnienia. Nadzieję czerpali ze źródeł wewnętrznych: poczucia godności i młodości oraz zewnętrznych: miłości, związków z innymi ludźmi, relacji z Bogiem, piękna przyrody, porównań z ludźmi w gorszej sytuacji. Wyniki te pokazują, że sposób przeżywania nadziei przez chorych na schizofrenię nie różni się zasadniczo od tego, który jest doświadczeniem innych ludzi, natomiast wskazywane przez pacjentów cele są związane z sytuacją choroby. Można wnioskować, że najdotkliwsze dla badanych konsekwencje schizofrenii występują w obszarze relacji międzyludzkich – z najbliższymi osobami i w strukturach społecznych. Co istotne, autorzy pracy podkreślili pozytywny wpływ nadziei na subiektywne poczucie poprawy stanu zdrowia. Jest to obserwacja zgodna z wnioskami Sylvie Noiseux i Nicole Ricard [24], które w swoich badaniach zastosowały metodologię teorii ugruntowanej. Podejście to wymaga formułowania teorii na podstawie prawidłowości odnalezionych w materiale badawczym, zbieranym w oderwaniu od wcześniejszych założeń i opracowanych modeli. Autorki stwierdziły, że jednym z istotnych elementów procesu zdrowienia (pojmowanego subiektywnie) jest „wykrzesanie iskry nadziei”. Iskra ta pojawia się, gdy u osoby, której życie zostało zdominowane przerażającymi objawami choroby, dochodzi do głosu coś, co autorzy – za badanymi – nazwali instynktem przetrwania. Również analiza danych pochodzących z obszernego badania kwestionariuszowego przeprowadzonego na licznej grupie pacjentów potwierdziła, że jednym z elementów składających się na subiektywny powrót do zdrowia są nadzieja i optymizm, obok satysfakcji z różnych sfer życia i poczucia sprawczości w procesie leczenia, czyli odczuwania możliwości wpływania na jego przebieg [25].

Związki nadziei z innymi zmiennymi u osób z diagnozą schizofrenii

Jedną z ważniejszych dla klinicystów kwestii jest relacja między nadzieją a nasileniem objawów schizofrenii. Najnowsze wyniki badań w różnym stopniu potwierdzają

związek między tymi zmiennymi, ale, co ważniejsze, pokazują, że powrót do zdrowia tylko częściowo można przewidzieć na podstawie nasilenia objawów psychopatologicznych. W równym stopniu należy brać pod uwagę nadzieję. Dotyczy to zarówno obiektywnych przejawów zdrowienia (wynik rehabilitacji zawodowej), jak i subiektywnych (postrzeganie jakości własnego życia) [19, 22, 26]. Stwierdzono, że wyniki skali poczucia beznadziejności Becka nie korelują z objawami pozytywnymi i negatywnymi schizofrenii ocenianymi za pomocą skali PANSS. Jedynie wyodrębniony w PANSS czynnik dyskomfortu emocjonalnego wiązał się z nasilonym poczuciem beznadziejności [18]. Ujęcie beznadziejności jako złożonego zjawiska poznawczo-afektywnego pozwoliło autorom jednej z prac na opisanie licznych korelacji pomiędzy jego elementami, a także pomiędzy nimi a grupami objawów psychopatologicznych. Stwierdzili oni, że po wyeliminowaniu wpływu innych zmiennych w analizie statystycznej, zewnętrzne umiejscowienie kontroli (jeden z przejawów beznadziejności) najsilniej spośród badanych czynników poznawczych negatywnie wpływało na osiągnięcia zawodowe pacjentów – w takim samym stopniu, co psychopatologiczne objawy negatywne [22].

Paul Lysaker i wsp. badali związek między osobistymi narracjami osób z diagnozą schizofrenii a zdrowieniem i poziomem nadziei. Ich zdaniem w procesie zdrowienia ważna jest zmiana sposobu doświadczania siebie, ponowne zidentyfikowanie siebie jako osoby uczestniczącej w życiu w znaczący sposób, zaś osobiste narracje pokazują, w jaki sposób człowiek nadaje sens swojemu życiu [19]. Schizofrenia powoduje zubożenie narracji w większym stopniu niż depresja [27]. Wykazano, że u osób chorych na schizofrenię bogate narracje pozytywnie korelują z jakością życia, a negatywnie – z poziomem beznadziejności mierzonym za pomocą skali BHS [19, 20]. Prawdopodobnie tę próbę wyjaśnić tym, że dla pełnego doświadczania siebie kluczowe zdają się dwa czynniki: kontakty społeczne i nadzieja. W innych badaniach stwierdzono pozytywny wpływ nadziei mierzonej za pomocą SHS na jakość życia osób cierpiących na poważne choroby psychiczne [26].

W przebiegu schizofrenii odsetek dokonanych samobójstw, według różnych danych, wynosi 8–15%, a ryzyko samobójstwa wzrasta z każdą podjętą próbą [28, 29]. Według Becka samobójstwo jest efektem postrzegania swojej sytuacji jako beznadziejnej. Próbom samobójczym sprzyjają negatywne przewidywania co do przyszłości i brak widocznych rozwiązań problemów w sytuacji trudnej do zniesienia. Wielu autorów podkreśla wpływ depresji na podejmowanie zachowań samobójczych, jednak badania przeprowadzone przez Becka i wsp. pokazało, że ważniejszym predyktorem jest tu poczucie beznadziejności [30]. W ponad 300-osobowej grupie uczestników tego badania osoby ze zdiagnozowaną schizofrenią stanowiły ok. 25%.

Rolę nadziei jako czynnika chroniącego przed podjęciem próby samobójczej wykazano przy okazji badania wpływu religijności na zachowania samobójcze pacjentów psychotycznych [31]. Okazało się, że religia może być zarówno czynnikiem ochronnym (u 1/4 osób), jak i sprzyjającym (u 1/10 osób) podjęciu próby. Pacjenci psychotyczni, którzy nie mieli w historii zachowań samobójczych, twierdzili, że religijność zapobiega próbom odebrania sobie życia m.in. poprzez budowanie nadziei. W tym kontekście pojawia się problem powiązania religijności i duchowości z nadzieją u osób z rozpoznaniem schizofrenii. W jednej z prac autorzy stwierdzili, że pozytyw-

na relacja z własną religijnością/duchowością ma znaczenie dla redukcji objawów psychopatologicznych. Efekt ten przypisali m.in. zwiększeniu nadziei u religijnych pacjentów [32]. W innej pracy badano wpływ duchowości na jakość życia u pacjentów ze schizofrenią rezydualną. Jednym z aspektów duchowości uwzględnionych w kwestionariuszu była domena „nadzieja i optymizm”. Jednak w tym przypadku nie stwierdzono związku ani z jakością życia, ani z nasileniem objawów. Na jakość życia, ale nie na objawy, wpływały aspekty duchowości zawarte w domenach „duchowość” i „spokój wewnętrzny” [33].

Część badań pokazuje, że wysoki poziom nadziei może być związany z niekorzystnymi zjawiskami w przebiegu choroby, a niski – z pozytywnymi. Lysaker i wsp. zaobserwowali, potwierdzając wyniki wcześniejszych badań, że lepsze funkcjonowanie poznawcze widoczne w wynikach testów neuropsychologicznych sprzyja pesymizmowi osób z diagnozą schizofrenii [18]. Rodzi to ważne pytanie: czy działanie na rzecz poprawy funkcji poznawczych może być dla pacjentów niekorzystne, zmniejszając u nich poziom nadziei?

Interwencje terapeutyczne często zmierzają do zwiększenia wglądu u osób z objawami psychozy. Tymczasem wgląd może pogarszać jakość życia, ponieważ – jak pokazały badania Ilanit Hasson-Ohayon i wsp. – negatywnie koreluje z nadzieją na sukces. Jeżeli jednak człowiek potrafi oddzielić chorobę od obrazu siebie, nadzieja pozwala używać wglądu jako narzędzia użytecznego w procesie pokonywania ograniczeń wynikających ze schizofrenii [34]. Zwrócili na to uwagę autorzy pracy przeglądowej dotyczącej zachowań samobójczych u osób z zaburzeniami z kręgu schizofrenii [28]. Zauważyli oni, że osoby, które dobrze funkcjonowały społecznie przed zachorowaniem, mogą przeżywać większą stratę i doświadczać silniejszego poczucia beznadziejności w związku ze schizofrenią niż osoby, które funkcjonowały gorzej. Z drugiej strony umiejętności społeczne są zasobami, które sprzyjają poprawie jakości życia i prawdopodobnie pozwalają lepiej radzić sobie z chorobą.

Wnioski

Aktualny stan wiedzy na temat nadziei u osób z diagnozą schizofrenii jest wystarczający do tego, by uznać nadzieję za bardzo ważny aspekt życia psychicznego, który odgrywa niebagatelną rolę w działaniach zmierzających do poprawy funkcjonowania pacjentów. Zależności między nadzieją a innymi zmiennymi są bardzo skomplikowane, a budowanie spójnej wiedzy w tym zakresie jest dodatkowo utrudnione ze względu na brak jednolitej definicji nadziei. Choć potrzeba wzmocnienia nadziei u pacjentów jest powszechnie dostrzegana, brakuje opracowań naukowych dotyczących interwencji terapeutycznych podejmowanych w tym celu. W tej sytuacji konieczne jest kontynuowanie badań nad tym zagadnieniem, a przede wszystkim usystematyzowanie dotychczas zgromadzonych danych. Może to zaowocować korzystnymi dla pacjentów zmianami w praktyce klinicznej.

Роль надежды в преодолении шизофрении

Содержание

Надежда составляет существенный фактор психического функционирования человека, источником силы в экзистенциальной борьбе здоровых и больных людей. У пациентов,

больных шизофренией надежда связана с субъективным чувством выздоровления, поэтому ее утверждение является обещающим фактором в терапевтических занятиях. С другой стороны, разнородные дефиниции надежды и методологические различия между, посвященными ей немногочисленными исследованиями, затрудняют сделать выводы. Они бы позволили на формирование конкретных терапевтических показаний, пригодных для использования их в практике клиницистов. Большинство исследовательских проектов, посвященных надежде у больных шизофренией, концентрируется на описании механизмов, влияющих на чувство доброго состояния здоровья больного или же на определении зависимости между верой в надежду и иными изменчивыми. В настоящей работе представлены концепции надежды вместе с отвечающими им психометрическими пособиями, а кроме того – результаты исследований, относящихся к понятию надежды у больных шизофренией. К таким относятся вопросы о связях надежды с утяжелением психопатологических симптомов, процессов выздоровления и хорошим общим самочувствием. Продолжение исследований над этой проблемой, а прежде всего систематика до сего времени собранных данных могут причиниться положительными, для пациентов изменениями в процессе лечения.

Ключевые слова: шизофрения, надежда

Rolle der Hoffnung in Coping mit Schizophrenie

Zusammenfassung

Die Hoffnung bildet ein signifikantes Ausmaß der psychischen Funktionsweise des Menschen, eine Quelle in Coping – Strategien der gesunden und kranken Personen. Bei den Patienten mit der Diagnose Schizophrenie ist die Hoffnung mit dem subjektiven Gefühl der Heilung eng verbunden, deshalb ist ihre Verstärkung ein vielversprechendes Ziel der therapeutischen Interventionen. Andererseits erschweren die Unterschiedlichkeit der Definitionen und methodologische Unterschiede zwischen ihr gewidmeten wenigen wissenschaftlichen Studien, Schlussfolgerungen zu ziehen, die erlauben, eindeutig konkrete therapeutische Anweisungen zu formulieren, die man in der klinischen Praxis anwenden kann. Die meisten Forschungsprojekte, die der Hoffnung bei Kranken an Schizophrenie gewidmet wurden, fokussieren auf die Beschreibung der Mechanismen, die das Wohlfühl bei den Kranken beeinflussen oder die die Abhängigkeiten zwischen der Intensität der Hoffnung und anderen Variablen bestimmen. In der vorliegenden Arbeit wurden die Konzepte der Hoffnung mit den ihr entsprechenden psychometrischen Instrumenten beschrieben. Hier wurden auch die Ergebnisse der Studien an der Hoffnung bei den Personen mit der diagnostizierten Schizophrenie besprochen, u.a. die sich auf die Zusammenhänge der Hoffnung mit der Intensität der psychopathologischen Symptome, Heilung und Wohlfühl der Patienten beziehen. Die Fortsetzung der Studie zu diesem Thema, vor allem das Systematisieren der bisher erworbenen Angaben, kann mit der für den Patienten günstigen Veränderungen verbunden sein.

Schlüsselwörter: Schizophrenie, Hoffnung

L'importance de l'espoir dans la lutte contre la schizophrénie

Résumé

L'espoir constitue une dimension importante du fonctionnement psychique de l'homme, elle est une source de force dans les luttes existentielles des personnes saines et malades. Chez les patients souffrant de la schizophrénie l'espoir se lie fortement avec leur subjectif sentiment de guérir donc le renforcement de l'espoir est objectif de plusieurs interventions thérapeutiques. D'autre part la multitude de définitions de l'espoir et les différences méthodologiques des recherches peu nombreuses en question rendent plus difficile les conclusions pratiques pour les thérapies. La plupart de recherches s'occupant de l'espoir chez les schizophrènes se concentrent aux descriptions des mécanismes influant sur le bien-être des malades ou bien aux présentations des relations de l'espoir et d'autres facteurs. Ce travail donne une revue des conceptions de l'espoir et des techniques psychométriques respectives ainsi que les résultats des recherches en question, touchant par ex. les corrélations de l'espoir et de

l'intensité des symptômes psychopathologiques, du processus de quérir et du bien-être des patients. La continuation des recherches en question, l'analyse systémique des données actuelles peuvent contribuer aux changements favorables pour les thérapies de schizophrénie.

Mots clés : schizophrénie, espoir

Piśmiennictwo

1. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. *Schizophrenia*. Washington/London: The American Psychiatric Publishing; 2006.
2. Trzebińska E. *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2008.
3. Sobol E. red. *Nowy słownik języka polskiego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2002.
4. Schrank B, Bird V, Rudnick A, Slade M. *Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review*. Soc. Sci. Med. 2012; 74: 554–564.
5. Snyder CR, Irving L, Anderson JR. *Hope and health: measuring the will and the ways*. W: Snyder CR, Forsyth DR. red. *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*. Elmsford, New York: Pergamon Press; 1991. s. 285–305.
6. Snyder CR, Rand KL, Sigmond DR. *Hope theory*. W: Snyder CR. *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press; 2002. s. 257–276.
7. Łaguna M, Trzebiński J, Zięba M. *Kwestionariusz Nadziei na Sukces. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2005.
8. Kwiatek P. *Znaczenie i rozwój psychologii nadziei w ujęciu Charlesa Richarda Snydera*. Seminar 2012; 31: 157–170.
9. Herth K. *Development and refinement of an instrument to measure hope*. Sch. Inq. Nurs. Pract. 1991; 5: 39–51.
10. Stoner MH. *Measuring hope*. W: Frank-Stromborg M, Olsen SJ. red. *Instruments for clinical health-care research*. Jones and Bartlett Publishers; Sudbury, Mass, 2004. s. 215–228.
11. Dufault K, Martocchio BC. *Hope: its spheres and dimensions*. Nurs. Clin. North Am. 1985; 20 (2): 379–391.
12. Hunt Raleigh ED. *Hope and hopelessness*. W: Rice VH. red. *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice*. SAGE; London, 2000. s. 437–461.
13. Sułek K, Piusińska-Macoch RA. *Struktura i budowanie nadziei*. Acta Haematol. Pol. 2010; 41: 209–217.
14. Miller JF, Powers MJ. *Development of an instrument to measure hope*. Nurs. Res. 1988; 37: 6–10.
15. Schrank B, Woppmann A, Sibitz I, Lauber C. *Development and validation of an integrative scale to assess hope*. Health Expect. 2011; 14: 417–428.
16. Trzebiński J, Zięba M. *Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2003.
17. Matczak A, Salata E. *Inteligencja emocjonalna a nadzieja*. Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio 2010; 2: 19–24.
18. Lysaker PH, Davis LW, Hunter NL. *Neurocognitive, social and clinical correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia*. Schizophr. Res. 2004; 70: 277–285.
19. Lysaker PH, Buck KD, Hammoud K, Taylor AC, Roe D. *Associations of symptoms, psychosocial functioning and hope with qualities of self-experience in schizophrenia: Comparisons of objective and subjective indicators of health*. Schizophr. Res. 2006; 82: 241–249.

20. Lysaker PH, Ringer J, Maxwell C, McGuire A, Lecomte T. *Personal narratives and recovery from schizophrenia*. Schizophr. Res. 2010; 121: 271–276.
21. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. *The measurement of pessimism. The hopelessness scale*. J. Consul. Clin. Psych. 1974; 1974: 861–865.
22. Hoffman H, Kupper Z, Kunz B. *Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia – an exploratory study*. Schizophr. Res. 2000; 43: 147–158.
23. Noh C, Choe K, Yang B. *Hope from the perspective of people with schizophrenia (Korea)*. Arch. Psychiat. Nurs. 2008; 22: 69–77.
24. Noiseux S, Ricard N. *Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: a grounded theory*. Int. J. Nurs. Stud. 2008; 45: 1148–1162.
25. Resnick SG, Fontana A, Lehman AF, Rosenheck RA. *An empirical conceptualization of the recovery orientation*. Schizophr. Res. 2005; 75: 119–128.
26. Werner S. *Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness*. Psychiatry Res. 2012; 196: 214–219.
27. Lysaker PH, Wickett AM, Davis LW. *Narrative qualities in schizophrenia: associations with impairments in neurocognition and negative symptoms*. J. Nerv. Ment. Dis. 2005; 193: 244–249.
28. Harkavy-Friedman JM, Nelson EA, Venarde DF. *Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder*. Clin. Neurosci. Res. 2001; 1: 345–350.
29. Caldwell CB, Gottesman II. *Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide*. Schizophr. Bull. 1990; 16: 571–589.
30. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. *Hopelessness and suicidal behavior. An overview*. J. Am. Med. Assoc. 1975; 234: 1146–1149.
31. Huguelet P, Mohr S, Jung V, Gillieron C, Brandt PY, Borrás L. *Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders*. Eur. Psychiatry 2007; 22: 188–194.
32. Mohr S, Perroud N, Gillieron C, Brandt PY, Rieben I, Borrás L, Huguelet P. *Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders*. Psychiatry Res. 2011; 186: 177–182.
33. Shah R, Kulhara P, Grover S, Kumar S, Malhotra R, Tyagi S. *Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia*. Psychiatry Res. 2011; 190: 200–205.
34. Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T, Rozenzweig S. *Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders*. Psychiatry Res. 2009; 167: 231–238.

Adres: Małgorzata Libman-Sokołowska
Katedra i Klinika Psychiatryczna
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
00-665 Warszawa, ul. Nowowiejska 27

Otrzymano: 6.06.2013
Zrecenzowano: 30.06.2013
Otrzymano po poprawie: 30.06.2013
Przyjęto do druku: 9.08.2013

PODZIĘKOWANIA: Autorzy pragną podziękować doktor Annie Żylińskiej z Uniwersytetu Warszawskiego za przetłumaczenie tekstu na język angielski.