

Poczucie humoru w schizofrenii – zdolność do odbioru komizmu i możliwości jego wykorzystania w oddziaływaniach terapeutycznych

Sense of humour in schizophrenia – ability of humour reception and possibilities of its application in therapeutic interventions

Dorota Parnowska¹, Anna Braniecka², Anna Radomska³

¹Institut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, III Klinika Psychiatryczna
Kierownik: prof. dr hab. med. M. Jarema

²Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Psychologii, Katedra Psychologii Pozytywnej
Kierownik: dr hab. E. Trzebińska

³Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii, Zakład Psychologii Rozwoju Człowieka
Kierownik: dr hab. M. Czerwińska-Jasiewicz

Summary

The existing research on sense of humour in schizophrenia is focused on two main areas, mainly, assessment of patients' abilities to understand and appreciate humour and denoting the possibilities of its application in therapeutic programs concentrating on the improvement of patients' functionality and preventing illness relapses. The vast majority of the conclusions from the above mentioned research corroborate the opinion on the usefulness of developing and reinforcing sense of humour in schizophrenia, emphasizing its beneficial effect on the patients' quality of life, above all, in terms of reducing aggression, anxiety and depression as well as improving general life satisfaction and social functioning. At the same time numerous research indicate low reception of humour in schizophrenia which can negatively influence its effective usage in therapeutic interventions. Further constraint with regard to the therapy can constitute an intensified fear for being laughed at, which has been confirmed in numerous empirical reports. Therefore, it seems that addressing humorous therapeutic interventions to the above mentioned group of patients requires especially careful planning taking into consideration its cognitive and affective limitations in the perception of humour and intensified fear for being laughed at.

Słowa kluczowe: schizofrenia, poczucie humoru, psychoterapia

Key words: schizophrenia, sense of humor, psychotherapy

Wstęp

Przez wiele lat badania nad pacjentami ze schizofrenią dotyczyły przede wszystkim lokalizacji oraz analizy deficytów obserwowanych u tych osób w sferze poznawczej,

emocjonalnej i społecznej [1]. Podejmowane ostatnio poszukiwania efektywnych metod terapeutycznych, które wspomagają funkcjonowanie osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi, koncentrują się na wykorzystywaniu i wzmacnianiu ich wewnętrznych zasobów pozwalających skuteczniej radzić sobie z trudnościami i zagrożeniami związanymi z chorobą oraz wzmacniających subiektywny dobrostan. Jednym z tak rozumianych zasobów jest poczucie humoru uważane za kompetencję psychiczną wywierającą korzystny wpływ na funkcjonowanie jednostki w różnych obszarach jej życia [2]. Poczucie humoru jest konstruktem wielowymiarowym i ujmowanym na wiele sposobów [2–4]. Wykorzystywanie wspomnianej kompetencji wiąże się z koniecznością zaangażowania zarówno procesów poznawczych niezbędnych do rozpoznania i zrozumienia komicznych treści, procesów afektywnych związanych z doświadczaniem rozbawienia, jak i behawioralnych, odnoszących się do ekspresji emocji – najczęściej w formie (u) śmiechu [2]. Poczucie humoru może odnosić się do różnic indywidualnych w percepcji komizmu, ekspresji wzbudzanych przez niego emocji, tworzenia komizmu, umiejętności dostosowywania go do sytuacji społecznych (np. miejsca interakcji, statusu i płci odbiorcy czy stopnia zażyłości z nim) oraz nasilenia tzw. stylów humoru (afiliatywnego, wzmacniającego Ja, agresywnego i poniżającego Ja) – sposobów jego użycia zależnych od osobistych i/lub interpersonalnych celów, którym mają one służyć. Jest ono też definiowane w kategoriach mechanizmu obronnego czy kompetencji zaradczej [2, 4]. Wreszcie – poczucie humoru bywa rozumiane jako cecha osobowości bądź pozytywna siła charakteru znajdująca odzwierciedlenie w pełnym ciepła i życzliwości stosunku do niedoskonałości świata i ludzkiej natury, w tym także własnych ograniczeń [3, 4]. Do chwili obecnej niewiele z wyżej wymienionych aspektów humoru uwzględniono w badaniach nad poczuciem humoru u pacjentów ze schizofrenią.

Dotychczasowe badania nad poczuciem humoru najczęściej koncentrują się na ocenie częstości reagowania śmiechem w zaskakujących, odbiegających od codziennych doświadczeń sytuacjach, skłonności do używania humoru w radzeniu sobie ze stresem, stopniu rozumienia i doceniania komicznej treści oraz umiejętności jej generowania [5]. Większość prezentowanych w literaturze prac dotyczy studiów przeprowadzanych z udziałem osób zdrowych psychicznie. Płynące z nich wnioski jednoznacznie przekonują, że poczucie humoru redukuje poziom napięcia i lęku, wzmacnia poczucie osobistego wpływu na zdarzenia, sprzyja postrzeganiu sytuacji trudnych w kategoriach mobilizującego wyzwania, przyczynia się do podejmowania bardziej skutecznych i konstruktywnych strategii zaradczych (dystansowania się wobec trudności, wzmacniania emocji pozytywnych, pozytywnego przewartościowywania zjawisk czy konfrontowania się z problemem). Zwiększa także atrakcyjność interpersonalną, co przekłada się na wzrost społecznego wsparcia, zacieśnia więzi interpersonalne i buduje intymność w relacji, idzie w parze ze stosowaniem skutecznych strategii rozwiązywania konfliktów w bliskim związku itp. [2, 6]. Wszystkie wyżej wymienione korzyści potencjalnie mogłyby poprawiać funkcjonowanie chorych na schizofrenię.

W kontekście badań nad osobami ze schizofrenią na szczególną uwagę zasługują doniesienia empiryczne służące z jednej strony weryfikacji skuteczności oddziaływań terapeutycznych wykorzystujących poczucie humoru do poprawy funkcjonowania społecznego tych pacjentów, z drugiej zaś ocenie ich zdolności do prawidłowego

rozpoznawania i analizowania komicznej treści. Używanie poczucia humoru wymaga bowiem od jednostki umiejętności właściwego odczytywania emocji oraz adekwatnego rozumienia znaczenia humorystycznej sytuacji, czyli kompetencji, które u pacjentów psychiatrycznych często bywają deficytowe.

Zdolność chorych na schizofrenię do odbioru komizmu

W funkcjonowaniu osób chorujących na schizofrenię często widoczne są zaburzenia procesów afektywnych. Przejawiają się one zarówno w obszarze ekspresji emocji [7–10], jak też w ich rozpoznawaniu [11]. Mimo wielu doniesień potwierdzających te tezy, dopiero od niedawna pojawiają się empiryczne przesłanki sugerujące istnienie w schizofrenii bardziej skomplikowanych, wymagających głębszych analiz powiązań między ekspresją emocji a zdolnością do ich rozpoznawania i nazywania. Na przykład Kring i Neale [10] donoszą, że chorzy na schizofrenię w takim samym stopniu jak osoby zdrowe doświadczają emocji zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym. Sygnalizowane wyżej rozbieżności uzasadniają potrzebę dalszych badań poświęconych ocenie zdolności osób ze schizofrenią do odbioru komizmu oraz jego tworzenia.

Zdecydowana większość wyników badań dowodzi, iż chorych na schizofrenię cechuje mniejsze poczucie humoru niż osoby psychicznie zdrowe [12–14]. Studia te dotyczą reagowania pacjentów na humorystyczną treść, uwzględniając różne rodzaje komizmu (np. absurdalny, seksualny, typu niespójność-rozwiązanie), odmienne formy prezentacji (np. werbalna, graficzna, mieszana), zróżnicowany stopień złożoności (np. prosta niespodzianka lub wyrafinowana ironia). Ocenie poczucia humoru w schizofrenii towarzyszą także pytania o mechanizm leżący u podłoża stwierdzanych deficytów. Przypisuje się je zaburzeniom funkcji poznawczych, nieprawidłowościom w zakresie poznania społecznego oraz dysfunkcjom w obszarze teorii umysłu.

W polu zainteresowań badaczy [12] znalazła się też relacja między stopniem „upośledzenia” odbiorczego aspektu kompetencji humorystycznej (rozpoznawania i doceniania komizmu) a głębokością schizofrenicznego zaburzenia. W studium Polimenigo i Reissa [12] uczestniczyło 23 chorych na schizofrenię, których trudności we właściwej ocenie komicznych bodźców okazały się niezależne od natężenia symptomów obserwowanych w obrazie klinicznym ich choroby. Natomiast Bozikas i wsp. [13] stwierdzili występowanie w schizofrenii obniżonej zdolności do dostrzegania i doceniania komizmu – prezentowanego w formie graficznej za pomocą komputerowej wersji testu PHAT (Penn’s Humor Appreciation Test) – która okazała się wiązać z nasileniem objawów pozytywnych i negatywnych mierzonych skalą PANSS. Test PHAT składa się z serii rysunkowych dowcipów pogrupowanych w pary niemal identycznych obrazków różniących się między sobą obecnością jednego szczegółu, kluczowego dla uzyskania humorystycznego wydźwięku. Zadaniem badanych było wskazanie w odniesieniu do każdej pary rysunków, który z prezentowanych obrazków jest subiektywnie bardziej zabawny. Liczba prawidłowych wyborów okazała się istotnie mniejsza w grupie pacjentów ze schizofrenią niż u osób zdrowych. Zaobserwowane u chorych trudności w odbiorze humorystycznej treści okazały się korespondować z obniżoną efektywnością ich funkcji poznawczych – osłabioną koncentracją i przetrzutnością uwagi oraz obniżoną fluencją słowną.

Charakterystyczne dla schizofrenii trudności w odbiorze komizmu zostały również potwierdzone w badaniach Stratta i wsp. [15]. Stwierdzili oni, że wprawdzie chorzy na schizofrenię tak samo dobrze jak osoby psychicznie zdrowe rozpoznają humorystyczne bodźce, poprawnie identyfikując ich obecność w prezentowanych im krótkich filmach, jednak w ich subiektywnej ocenie dostrzegany komizm był mniej zabawny. Poza tym dowiedli oni, że słabszemu docenianiu humorystycznych treści w grupie osób ze schizofrenią towarzyszyło większe nasilenie doświadczanych przez nich objawów pozytywnych, symptomów depresyjnych oraz gorsza sprawność funkcji wykonawczych. Na potrzebę rozróżnienia zdolności do rozpoznawania humorystycznych bodźców od zdolności do ich doceniania zwrócił też uwagę Davenport [16]. Na podstawie uzyskanych rezultatów stwierdził on, że choć w schizofrenii występują deficyty prawidłowej percepcji komizmu, to jednak zachowana jest zdolność jego doceniania.

W badaniu poświęconym terapeutycznej roli humoru w leczeniu chorych na schizofrenię Falkenberg i wsp. [14] otrzymali dane świadczące o mniejszej zdolności tych pacjentów do doceniania komizmu w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej, mimo braku takich różnic w stosowaniu humoru jako strategii zaradczej. Interesującym aspektem tego studium okazało się uwzględnianie pośredniczącej roli objawów depresyjnych. Zauważono bowiem, że zmniejszona zdolność do reagowania na komizm obserwowana w grupie pacjentów uzależniona była w większym stopniu od nasilenia objawów współistniejącej depresji niż schizofrenii *per se*. Odmienne wyniki prezentują Ivanowa i wsp. [17], które porównywały percepcję bodźców humorystycznych u osób ze schizofrenią i pacjentów z zaburzeniami afektywnymi. Wykazały one, że w zaburzeniach afektywnych pozostaje dobrze zachowana zdolność odbioru komizmu, subiektywnego doceniania jego zabawności oraz reagowania w odpowiedzi nań śmiechem, natomiast w schizofrenii jest ona osłabiona, przy czym największy deficyt dotyczy percepcji humorystycznych treści.

Na szczególną uwagę zasługują dane zaprezentowane przez Corcoran i wsp. [18, 19], którzy z jednej strony potwierdzili obniżoną u pacjentów ze schizofrenią umiejętność odbioru komicznych bodźców, z drugiej jednak wskazali, że deficyt ten jest przemijający i ogranicza się do okresów pogorszonego stanu psychicznego. Okazało się bowiem, że osoby z rozpoznaniem schizofrenii, u których nie obserwowano aktualnie objawów psychopatologicznych, posiadały taką samą zdolność percepcji humorystycznych treści zawartych w dowcipach rysunkowych jak osoby zdrowe psychicznie.

W ostatnich latach ważnym obszarem badań nad schizofrenią są zaburzenia poznania społecznego, w tym teoria umysłu [20]. Oznacza ona zdolność do wyobrażania sobie i uświadamiania intencji oraz nastawień innych osób, co pozwala wnioskować na temat ich zachowań i zamiarów. Do podstawowych umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania teorii umysłu należy między innymi zdolność do rozumienia ironii i humoru. Corcoran i wsp. [18] przeprowadzili badanie poświęcone zależnościom między rozumieniem dowcipów przedstawionych w formie graficznej przez chorych na schizofrenię a ich zdolnością do tzw. „mentalizacji” (czyli przypisywania innym ludziom przekonań, intencji, by potem móc przewidywać i wyjaśniać ich zachowania). Podjęli w nim próbę ich analizy w kontekście ogólnego stanu klinicznego pacjentów, a także jego poszczególnych parametrów, takich jak spowolnienie

nie psychoruchowe, nasilenie objawów negatywnych, paranoidalnych, depresyjnych oraz zaburzeń myślenia. Otrzymane wyniki pokazały, że chorzy z dominującymi symptomami negatywnymi gorzej wykonują zadania wymagające rozumienia aluzji zawartej w dowcipach niż pacjenci, u których przeważają objawy wytwórcze. Natomiast w studium dotyczącym oceny zdolności chorych na schizofrenię do rozumienia dwóch typów komizmu (wynikającego z kontekstu sytuacyjnego lub wymagającego wglądu w stany psychiczne innych osób; oba zilustrowane graficznie) Corcoran i wsp. [19] tylko częściowo potwierdzili swoje wcześniejsze, wyżej przytoczone rezultaty odnoszące się do związku teorii umysłu z wybranymi grupami objawów. Stwierdzili, że pacjenci ze schizofrenią mieli większe trudności w odczytywaniu treści humorystycznych, gdy wymagało to przypisywania stanów mentalnych innym osobom lub rozumienia reguł społecznych. Zaobserwowane trudności były szczególnie nasilone u chorych z dominującymi objawami negatywnymi i zaburzeniami zachowania. Uważa się, że deficyty teorii umysłu są zależne od stanu klinicznego pacjentów, jednak nie wszystkie doniesienia empiryczne potwierdzają tę opinię. Mo i wsp. [21] uzyskali dane świadczące o zmniejszonej zdolności rozumienia metafor i ironii u osób ze schizofrenią znajdujących się w remisji, choć wcześniejsze, wyżej prezentowane badania Corcoran i wsp. [19] mogą prowadzić do przeciwnych konkluzji. Zdaniem Mo i wsp. chorzy na schizofrenię słabiej pojmują metafory i ironię w porównaniu z osobami zdrowymi, jednak ograniczenie wspomnianej zdolności jest u nich skutkiem deficytu nie tyle w obszarze teorii umysłu, ile w zakresie rozumienia semantycznego.

Jednym z najważniejszych objawów schizofrenii są trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu poprawnych relacji społecznych. Zakłada się, że za problemy te odpowiedzialne są z jednej strony zaburzenia procesów afektywnych w wymiarach doświadczania emocji, ich wyrażania i rozpoznawania, z drugiej natomiast nieprawidłowości poznawcze w zakresie dostrzegania i przetwarzania sygnałów płynących z otoczenia społecznego [22–24]. W badaniu Polimeniego i wsp. [23] porównano pacjentów ze schizofrenią, pacjentów z depresją oraz osoby psychicznie zdrowe. Wykazano, że wyłącznie u chorych na schizofrenię obserwuje się znaczące, podstawowe deficyty w zakresie rozpoznawania humorystycznych treści. Poza tym osłabiona zdolność tej grupy pacjentów do prawidłowego odczytywania komizmu wiązała się z ich poziomem funkcjonowania intelektualnego, rozumieniem sytuacji społecznych, sprawnością funkcji wykonawczych oraz z ogólnym funkcjonowaniem społecznym ocenianym skalą SFS (Social Functioning Scale). Trudności w odbiorze humoru nie były natomiast związane z nasileniem objawów depresyjnych i lękowych. Na podstawie uzyskanych w tym badaniu wyników stwierdzono, że obserwowane w schizofrenii deficyty rozpoznawania humoru są najprawdopodobniej wtórne w stosunku do ubytków w sferze poznania semantycznego [23].

Skuteczność oddziaływań terapeutycznych zwiększających poczucie humoru u chorych na schizofrenię

W ostatnich latach narasta zainteresowanie wykorzystywaniem humoru w interwencjach terapeutycznych nie tylko w szpitalach ogólnych, ale też psychiatrycznych.

Od lat 80. ubiegłego wieku pojawiło się wiele doniesień poświęconych udziałowi humoru w procesach wspierających zdrowienie. Zwracają one uwagę na fakt, że poczucie humoru może służyć redukcji bólu [25], stresu i lęku [26] oraz promować lepsze zdrowie ogólne – tak obiektywnie, jak i postrzegane subiektywnie [27]. Może ono także zwiększać otwartość pacjentów na nowe interpretacje zdarzeń [28], co stanowi niezwykle ważny aspekt procesu psychoterapii.

Dobroczynne oddziaływanie śmiechu na samopoczucie zarówno fizyczne, jak i psychiczne dostrzegali już terapeuci sprzed stulecia. Freud [29] jako pierwszy zdefiniował poczucie humoru jako mechanizm obronny pozwalający zaspokajać tendencje popędowe w bezpieczny, nienarządzający na społeczne odrzucenie sposób. Zastosowanie humoru w psychoterapii rozpatrywane jest obecnie zazwyczaj w dwóch aspektach – w odniesieniu do poczucia humoru psychoterapeuty, który dzięki swojej postawie może wzbudzać rozbawienie i tym samym korzystnie wpływać na jakość relacji terapeutycznej i zmniejszać opór [30] oraz w kontekście specyficznych czynników leczących [31–33]. Należący do nich komizm może bowiem umożliwiać pacjentowi dystansowanie się od własnych problemów i dolegliwości. Wykorzystywanie humoru jako techniki terapeutycznej postulowane jest przez wiele nurtów psychoterapii, takich jak podejście egzystencjalne [34], systemowe [35], terapia ericksonowska [36], zorientowana na proces [37] czy prowokatywna [33], w ramach której poczucie humoru uznawane jest wręcz za główny, podstawowy czynnik leczący. Należy jednak zauważyć, że dotychczasowe piśmiennictwo w tym obszarze opiera się przede wszystkim na pracach teoretycznych i tylko w niewielkim stopniu poparte jest doniesieniami z badań.

Większość prac badawczych nad użyciem humoru jako środka terapeutycznego dotyczy osób chorych somatycznie lub przeżywających przewlekły stres. Nieliczne doniesienia skupiające się na stosowaniu takich form oddziaływań wobec pacjentów psychiatrycznych odnoszą się przede wszystkim do osób chorujących na depresję [por. 38]. Piśmiennictwo dotyczące stosowania humorystycznych interwencji wobec osób ze schizofrenią jest wciąż bardzo skromne, jednak płynące z niego wnioski wydają się zachęcające. Wskazują one bowiem na przydatność rozwijania poczucia humoru i wrażliwości na bodźce komiczne u chorych na schizofrenię, szczególnie w ramach pracy rehabilitacyjnej prowadzonej zarówno indywidualnie, jak i w grupie. Na pozytywny wpływ wykorzystywania humoru w terapii indywidualnej wskazują przede wszystkim kazuistyczne doniesienia psychoterapeutów opisujących sesje z chorymi na schizofrenię [39]. Podobne wnioski płyną z badań obejmujących swym zasięgiem grupy kliniczne. Witztum i wsp. [40] uzyskali dane sugerujące większą skuteczność tzw. terapii śmiechem, która jest stosowana u pacjentów z przewlekłą schizofrenią w ramach sesji grupowych, niż realizowanej w tych samych warunkach terapii racjonalno-emotywniej Ellisa. Korzyści wynikające z uczestnictwa w terapii śmiechem obejmowały nie tylko zmniejszenie nasilenia objawów psychopatologicznych przy niezmiennym programie farmakologicznym, ale również podwyższenie poziomu samooceny oraz lepszą współpracę z personelem prowadzącym leczenie. Zbieżne wyniki otrzymali Gelkopf i wsp. [41], którzy poddali terapii śmiechem połowę z 29 pacjentów z przewlekłą schizofrenią. Chorym tym prezentowano codziennie przez trzy miesiące filmy komediowe, natomiast drugiej części badanych filmy obyczajowe.

Oceniano ogólny poziom objawów psychopatologicznych (mierzonych skalą PANSS), symptomów depresyjnych (skala Calgary), lęku jako stanu i cechy (skala Spielbergera STAI), agresji jako stanu i cechy (skala Spielbergera), kompetencji społecznych niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu (MCAS Barkera), postawę krytycyzmu wobec choroby i chęć współpracy w leczeniu (kwestionariusz McEvoya) oraz budowanie przymierza terapeutycznego (WAI Horvatha i Greenberga). U osób losowo przydzielonych do grupy oglądającej komedie stwierdzono zmniejszenie nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych, złości, lęku, symptomów depresyjnych oraz poprawę w zakresie funkcjonowania społecznego. Nie zaobserwowano natomiast u jej członków zwiększenia krytycyzmu wobec własnej choroby, motywacji do terapii oraz chęci współpracy w leczeniu. Rezultaty zachęcające do uwzględniania terapii śmiechem w programach terapeutycznych dla osób chorych na schizofrenię otrzymali także Higuera i wsp. [42]. U osób z rozpoznaniem przewlekłej schizofrenii poddanych interwencji humorystycznej odnotowano wzrost krytycyzmu wobec choroby, chęci współpracy w przywracaniu im zdrowia oraz tendencji do budowania przymierza terapeutycznego, jak również redukcję zachowań destrukcyjnych sugerującą lepsze funkcjonowanie w ich zakresie w trakcie leczenia.

Również w innych badaniach z wykorzystaniem terapii śmiechem wobec osób ze schizofrenią, polegających na prezentowaniu filmów komediowych lub filmów o tematyce obyczajowej, zaobserwowano korzystny wpływ humorystycznych oddziaływań w postaci zmniejszenia nasilenia objawów lękowych i depresyjnych, obniżenia poziomu agresji oraz zwiększenia skłonności pacjentów do wspierania siebie nawzajem [43, 44]. Interesującym zabiegiem [43] było włączenie personelu do badanej grupy. W czasie prezentacji filmów komediowych służby medyczne oglądały je razem z grupą pacjentów, co zaowocowało poprawą atmosfery na oddziale i współpracy terapeutycznej między pacjentami a pracownikami szpitala. Na dobroczynny wpływ humoru w oddziaływaniach terapeutycznych wobec osób ze schizofrenią wskazują także Falkenberg i wsp. [13], przekonując, że ten typ interwencji zwiększa dobrostan chorych niezależnie od ich zdolności do odbierania komizmu.

W poszukiwaniach efektywnych sposobów poprawy funkcjonowania osób cierpiących na schizofrenię warto też zwrócić uwagę na potencjalne ograniczenia w czerpaniu korzyści z humorystycznych oddziaływań. Humor i śmiech mogą bowiem pełnić funkcje nie tylko pozytywne, takie jak zmniejszanie nasilenia objawów lęku, depresji czy agresji oraz wzmacnianie więzi społecznych. Pewnym osobom śmiech może bowiem kojarzyć się jedynie z upokorzeniem czy napiętnowaniem, a tym samym wzbudzać w nich lęk przed byciem obiektem żartów innych osób. W ostatnich latach przedmiotem analiz stała się indywidualna właściwość przejawiająca się w nasilonej obawie przed byciem wyśmianym, nazwana gelotofobią [45]. Większość badań dotyczących lęku przed ośmieszeniem obejmowała grupy osób psychicznie zdrowych, choć coraz częściej gelotofobia jest eksplorowana w populacjach pacjentów psychiatrycznych. W badaniu pilotażowym z udziałem 34 pacjentów ze zdiagnozowanymi zaburzeniami osobowości, nastroju, odżywiania się, lękowymi oraz schizofrenią uzyskano dane świadczące o znacząco wyższym poziomie gelotofobii u osób z różnymi formami patologii w porównaniu z grupą kontrolną [46]. Trzy lata później przedstawiono wyniki

studium korespondującego z przedstawionym powyżej, w którym wzięło udział 194 osób – 100 z nich stanowiło grupę kliniczną, a 94 – kontrolną [47]. Dowiodły one, że jednostki z różnymi zaburzeniami psychicznymi charakteryzują się wyższym poziomem gelotofobii niż osoby zdrowe psychicznie. Stwierdzono również, że najwyższy poziom lęku przed wyśmianiem występuje u pacjentów z zaburzeniami osobowości (w szczególności z osobowością paranoiczną, schizoidalną i z pogranicza) oraz u osób chorujących na schizofrenię. W badaniu uwzględniano czas trwania choroby, który okazał się korespondować z wysokim poziomem gelotofobii. Rezultat ten wydaje się sugerować, że u osób otrzymujących rozpoznanie zaburzeń psychicznych stopniowo wzrasta wrażliwość na bycie wyśmianym, co przekłada się na interpretowanie przez nie nawet żartobliwego śmiechu w kategoriach kary.

Istotnym mankamentem powyższych badań jest niewątpliwie brak oceny nasilenia objawów psychopatologicznych w każdej z analizowanych grup klinicznych, w tym także u pacjentów ze schizofrenią. Wydaje się, że badania nad gelotofobią mogą okazać się niezwykle przydatne w przygotowywaniu programów terapeutycznych dla osób chorujących na schizofrenię, gdyż zwracają one uwagę na postawę wobec śmiechu – indywidualną cechę warunkującą korzystne reagowanie na humorystyczne oddziaływanie. Tym samym badania gelotofobii uzmysławiają znaczenie dostosowywania proponowanych oddziaływań do ograniczeń wynikających z nadmiernego reagowania lękiem przez niektórych pacjentów w odpowiedzi na kierowany do nich komizm.

Wnioski

Poczucie humoru – jako jeden z istotnych, a niedocenianych zasobów wewnętrznych jednostki – stało się w ostatnich latach obiektem rosnącej liczby badań. Do ich podejmowania zachęca potencjalna możliwość włączenia określonych rodzajów komizmu do grupy oddziaływań mających na celu poprawę funkcjonowania osób chorych, w tym także chorych na schizofrenię. Jak pokazują dotychczasowe doniesienia empiryczne, poczucie humoru dalece wykracza poza wrażenia estetyczne i może pełnić wiele ważnych, prozdrowotnych oraz społecznych funkcji. Dlatego też zdolność do odbioru komizmu i doświadczania rozbawienia stanowi ważny aspekt zdrowia psychicznego, przyczyniając się do wzrostu jakości życia osób chorych [1].

W kontekście zaprezentowanych wyników badań bezsporne wydaje się osłabienie u pacjentów ze schizofrenią zdolności do rozpoznawania i doceniania komizmu. W dostępnej literaturze poświęconej badaniom chorych na schizofrenię nie znaleziono natomiast doniesień analizujących inne aspekty ich kompetencji humorystycznej, o których wspomniano we wstępie prezentowanego artykułu, takich jak tworzenie komizmu, umiejętność dostosowywania jego przejawów do kontekstu społecznego czy skłonność do stosowania poszczególnych stylów humoru. Brak danych na temat zdolności i preferencji pacjentów ze schizofrenią w tych obszarach rodzi potrzebę ich uzupełnienia i – ewentualnie – późniejszego uwzględniania w toku interwencji terapeutycznych.

Niezależnie od stwierdzanych u osób ze schizofrenią deficytów w zakresie odbioru komizmu oraz braku badań porównujących inne aspekty ich kompetencji

humorystycznej z analogicznymi zasobami osób zdrowych, istniejące piśmiennictwo przekonuje o sensowności i potrzebie wdrażania oddziaływań terapeutycznych aktywizujących poczucie humoru u tych chorych. Zaobserwowano bowiem, że wzbudzenie u pacjentów ze schizofrenią rozbawienia prowadzi do zmniejszenia doświadczanych przez nich objawów lękowych, depresyjnych, obniżenia poziomu agresji, poprawy funkcjonowania społecznego oraz odczuwania większej satysfakcji z życia. Jednocześnie należy podkreślić, zważywszy na obserwowane w schizofrenii poznawcze i emocjonalne ograniczenia w odbiorze komizmu oraz nasilony lęk przed byciem wyśmianym, że wszelkie oddziaływania terapeutyczne ukierunkowane na rozwijanie poczucia humoru powinny być opracowywane ze starannym uwzględnieniem specyfiki tej grupy pacjentów.

Чувство юмора при шизофрении – способность принятия комизма и возможности его использования при терапевтических занятиях

Содержание

До сего времени проводимые исследования над чувством юмора при шизофрении концентрируются на двух главных областях. К ним относятся оценка способности пациентов для понимания и оценивания комизма, а также определение возможности его использования в терапевтических программах, направленных на улучшение функционирования больных и профилактику рецидивов болезни. Большинство, исходящих из них выводов, поддерживает мнение о пригодности развивания и утверждения чувства юмора при шизофрении, подчеркивая его положительное влияние на качество жизни пациента, прежде всего в радиусе снижения степени агрессии, уменьшение уровня фобии, улучшения самочувствия. Кроме того, появления чувства удовольствия жизни и способность к общественному функционированию. Одновременно, ряд результатов исследований указывают на появление при шизофрении небольшой способности понимания комизма, которое может уменьшать эффективность, используемых в терапевтическом процессе. Следующее ограничение в этой области может быть, подтверждаемая в эмпирических сообщениях сильная фобия больных шизофренией, которые боятся быть осмеянными. По-видимому, направление в такую группу пациентов, которым предлагается программа юмора при терапевтических занятиях, требует особенного старательного отбора. В этом случае, необходимо планирование с учетом мнестического и аффективного ограничения в приеме комизма, а также большие сомнения перед возможностью оказаться объектом злостных насмешек со стороны окружения присутствующих.

Ключевые слова: шизофрения, чувство юмора, психотерапия

Sinn für Humor in Schizophrenie – Fähigkeit zum Empfang vom Humor und Möglichkeiten der Anwendung im Therapieverfahren

Zusammenfassung

Bisherige Studien am Sinn für Humor in der Schizophrenie fokussieren auf zwei Hauptbereiche: Bewertung der Fähigkeit des Patienten zum Begreifen und zur Einschätzung vom Humor und Bestimmung der Möglichkeit, ihn im Therapieverfahren anzuwenden, die auf die Verbesserung der Funktionsweise der Kranken gerichtet werden und den Rezidiven vorbeugen. Die meisten daraus folgenden Schlussfolgerungen unterstützen die Ansicht, dass der Sinn für Humor in der Schizophrenie notwendig ist und entwickelt werden sollte. Man betonte dabei seinen günstigen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten, vor allem im Bereich der Senkung des Aggressionsspiegels, Angst, Verbesserung des Selbstwertgefühls und allgemeiner Zufriedenheit mit dem Leben und Verbesserung

der sozialen Funktionsweise. Gleichzeitig weist eine Reihe der Befunde auf das Auftreten in der Schizophrenie einer gesunkenen Fähigkeit zum Empfang vom Humor hin, die die Wirksamkeit der therapeutischen Verfahren verringern kann. Eine folgende Beschränkung in diesem Bereich ist die in den empirischen Meldungen festgestellte gestiegene Angst der Personen mit der Schizophrenie davor, dass sie ausgelacht werden können. Es scheint also, dass die Anwendung in dieser Gruppe dieser therapeutischen Interventionen eine besondere Planung berücksichtigen soll, die ihre kognitiven und affektiven Beschränkungen beim Empfang vom Humor berücksichtigt und auch die intensivierten Ängste, von der Umgebung ausgelacht zu werden.

Schlüsselwörter: Schizophrenie, Sinn für Humor, Psychotherapie

Le sens de l'humour dans la schizophrénie – la capacité de le percevoir et son application dans les interventions thérapeutiques

Résumé

Les recherches actuelles concernant le sens de l'humour dans la schizophrénie se concentrent à deux champs principaux : l'évaluation de la capacité des patients de comprendre et d'apprécier l'humour et les possibilités de son application dans les programmes thérapeutiques visant à améliorer le fonctionnement des malades et à prévenir les rechutes. La plupart des conclusions résultant de ces recherches soulignent l'opinion qu'il est très utile de développer et de renforcer le sens de l'humour dans la schizophrénie car il influe favorablement sur la qualité de vie des malades en diminuant le niveau d'agression, d'anxiété et en général en augmentant la satisfaction de vie et du fonctionnement social. En même temps plusieurs recherches indiquent que dans la schizophrénie on observe aussi que la perception et la réception de l'humour sont abaissées et cela peut diminuer son efficacité dans les thérapies qui en se servent. L'autre contrainte qui en résulte est liée avec la peur d'être objet de plaisanterie – il y a plusieurs recherches empiriques qui en parlent. Donc il semble que les thérapies basant sur le sens de l'humour, adressées aux schizophrènes doivent être soigneusement planifiées en prenant en considération les déficits de perception de l'humour des patients et leurs craintes d'être objets de plaisanterie.

Mots clés : schizophrénie, sens de l'humour, psychothérapie

Piśmiennictwo

1. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. *Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"?* Schizophr. Bull. 2000; 26 (1): 119–136.
2. Martin RA. *The psychology of humor: An integrative approach*. Amsterdam, Boston, Heidelberg, London, New York, Oxford, Paris, San Diego, San Francisco, Singapore, Sydney, Tokyo: Elsevier Academic Press; 2007.
3. Martin RA. *Sense of humor*. W: Lopez SJ, Snyder CR. red. *Positive psychological assessment. A handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association; 2003. s. 313–326.
4. Ruch, W. *Psychology of humor*. W: Raskin V. red. *The primer of humor research*. Berlin, New York: Mouton de Gruyter; 2008. s. 17–100.
5. Martin RA. *Humor, laughter and physical health: methodological issues and research finding*. Psychol. Bull. 2001; 127: 504–519.
6. Martin RA, Puhlik-Doris P, Larsen G, Gray J, Weir K. *Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: development of the Humor Styles Questionnaire*. J. Res. Pers. 2003; 37: 48–75.
7. Berenbaum H, Oltmanns TF. *Emotional experience and expression in schizophrenia and depression*. J. Abnorm. Psychol. 1992; 101: 37–44.

8. Kring AM, Kerr SL, Smith DA, Neale JM. *Flat affect in schizophrenia does not reflect diminished subjective experience of emotion*. J. Abnorm. Psychol. 1993; 102: 507–517.
9. Schneider F, Gur RC, Shtasel DL. *Emotional processing in schizophrenia: neurobehavioral probes in relation to psychopathology*. Schizophr. Res. 1995; 17: 67–75.
10. Kring A, Neale JM. *Do schizophrenic patients show a disjunctive relationship among expressive, experiential and psychophysiological components of emotion*. J. Abnorm. Psychol. 1996; 105: 249–257.
11. Myin-Germeys I, Delespaul PAEG, deVries MW. *Schizophrenia patients are more emotionally active than is assumed based on their behavior*. Schizophr. Bull. 2000; 26 (4): 847–854.
12. Polimeni J, Reiss JP. *Humor perception deficits in schizophrenia*. Psychiatry Res. 2006; 141: 229–232.
13. Bozikas VP, Kosmidis MH, Giannakou M, Anezoulaki D, Petrikis P, Fokas K, Karavatos A. *Humor appreciation deficit in schizophrenia. The relevance of basic neurocognitive functioning*. J. Nerv. Ment. Dis. 2007; 195: 325–331.
14. Falkenberg I, Klügel K, Bartels M, Wild B. *Sense of humor in patients with schizophrenia*. Schizophr. Res. 2007; 95: 259–261.
15. Stratta P, Riccardi I, Mirabilio D, Di Tommaso S, Tomassini A, Rossi A. *Exploration of irony appreciation schizophrenia. A replication study on an Italian sample*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2007; 257: 337–339.
16. Davenport L. *Humor recognition, but not appreciation, reduced in schizophrenia patients*. Psychol. Med. 2008; 38: 801–810.
17. Ivanova E, Enikolopov S, Mitina O. *Analysis of dysfunctions of the sense of humor in schizophrenia and affective disorders*. Voprosy Psychologii 2008; 1: 45–57.
18. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. *Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigation “theory of mind” in people with schizophrenia*. Schizophr. Res. 1995; 17: 5–13.
19. Corcoran R, Cahall C, Frith CD. *The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: a study of “mentalizing” ability*. Schizophr. Res. 1997; 24: 319–327.
20. Penn DL, Addington J, Pinkham A. *Zaburzenia poznania społecznego*. W: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. red. *Schizofrenia*. Washington, DC, London, UK: American Psychiatric Publishing Inc.; 2006. s. 263–278.
21. Mo S, Su Y, Chan R CK, Liu J. *Comprehension of metaphor and irony in schizophrenia during remission: the role of theory of mind and IQ*. Psychiatry Res. 2008; 157: 21–29.
22. Kucharska-Pietura K. *Zaburzenia procesów społecznego poznania w schizofrenii*. Warszawa: IPiN; 2008.
23. Polimeni JO, Cambell DW, Gill D, Sawatzky BL, Reiss JP. *Diminished humour perception in schizophrenia: relationship to social and cognitive functioning*. J. Psychiatr. Res. 2010; 44: 434–440.
24. Tsoi DT, Lee KH, Gee KA, Holden KL, Parks RW, Woodruff PW. *Humor experience in schizophrenia: relationship with executive dysfunction and psychosocial impairment*. Psychol. Med. 2008; 38: 801–810.
25. Adams ER, McGuire FA. *Is laughter the best medicine? A study of humor on perceived pain and affect*. Adapt. Aging 1986; 8 (3–4): 157–175.
26. Gelkof M. *The use of humor in serious mental illness: a review*. Evid. Based Complement. Alternat. Med. 2011; 2011: 342837.
27. Carroll JL. *The relationship between humor appreciation and perceived physical health*. Psychol. J. Hum. Behav. 1990; 27: 34–37.
28. Morgan CC. *Short-term mood change, perceived funniness, and effect of humor stimuli*. Behav. Med. 1996; 22 (1): 32–38.

29. Freud Z. *Pisma psychologiczne*. Warszawa: KR; 1997.
30. Osipczuk M. *Psychoterapia po ludzku*. Wrocław: INTRO; 2011.
31. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2010.
32. Grzebiuk L. *Psychoterapia – praktyka*. Warszawa: Eneteia; 2006.
33. Michałak M. *Czynniki leczące w psychoterapii. Co naprawdę leczy?* Psychoterapia 2013; 1 (164): 15–21.
34. Opoczyńska M. *Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2004.
35. de Barbaro B. *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
36. Grębecka K. *Terapia Milтона Ericksona*. Now. Psychol. 1995; 2: 127–135.
37. Tikow T. *Dowcip – lajdak o rozdwojonym języku, rzecz o dowcipach, śmiechu i psychologii zorientowanej na proces*. Warszawa: Nuit Magique; 1995.
38. Braniecka A, Parnowska D, Radomska A. *Poczucie humoru u pacjentów z depresją – przegląd badań*. Psychiatr. Pol. 2012; 46 (6): 1007–1018.
39. Chaperot Ch, Vidali A. *Subversion et humour dans le traitement analytique d'un patient schizophrène*. Evol. Psychiatr. 2005; 70: 439–448.
40. Witztum E, Briskin S, Lerner V. *The use of humor with chronic schizophrenic patients*. J. Contemp. Psychother. 1999; 29 (3): 223–234.
41. Gelkopf M, Gonen B, Kurs R, Melamed Y, Bleich A. *The effect of humorous movies on inpatients with chronic schizophrenia*. J. Nerv. Ment. Dis. 2006; 194: 880–883.
42. Higuera A, Carretaro-Dios H, Munoz JP, Idini P, Ortiz A, Rincon F. i wsp. *Effects of humor-centered activity on disruptive behavior in patients in a general hospital psychiatric ward*. Int. J. Clin. Health Psychol. 2006; 6: 53–64.
43. Gelkopf M, Kreitler S, Sigal M. *Laughter in a psychiatric ward: somatic, emotional, social and clinical influences on schizophrenic patients*. J. Nerv. Ment. Dis. 1993; 181 (5): 283–289.
44. Gelkopf M, Sigal M, Kremer R. *The use of humor for improving social support in a psychiatric ward*. J. Soc. Psychol. 1994; 134: 175–182.
45. Titze M. *Gelotophobia: The fear of being laughed*. Humor 2009; 22 (1–2): 27–48.
46. Forabosco G, Drei EM, Missiroli N. *La gelotofobia. Una ricerca con pazienti psichiatrici*. Frammenti. Rivista di Psichiatria 2006; 15 (1): 67–77.
47. Forabosco G, Ruch W, Nucera P. *The fear of being laughed at among psychiatric patients*. Humor 2009; 22 (1–2): 233–251.

Adres: Dorota Parnowska
IPiN, III Klinika Psychiatryczna
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 24.05.2013
Zrecenzowano: 25.06.2013
Otrzymano po poprawie: 27.06.2013
Przyjęto do druku: 9.08.2013