

Występowanie wybranych zasobów osobistych u osób z rozpoznaniem schizofrenii*

Prevalence of selected personal resources in persons with schizophrenia diagnosis

Aleksandra Kühn-Dymecka

Zakład Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. Cz. Czabała

Summary

Aim. The aim of article is to familiarise the reader with the basic terminology connected with the role of resources in the coping strategy with the stress and the role of stress in the onset and progression of the illness. It is also in attempt to capture as well as to identify the relationship between chosen resources – resilience and strengthening of psychopathological symptoms.

Method. A group of 100 patients diagnosed with schizophrenia was studied according to the criteria ICD-10 criteria (females made up 40.6%, the mean age 31). In order to evaluate resilience parts of the Questionnaire RSA were used. The description of the clinical state was used with the help of the PANSS scales.

Results. The PANSS scores ($M=3.25$ range 1.87–6.81), were below the middle of their potential range. Negative symptoms, depression and disorganisation appraisal were the most prominent in those tested. Significant positive correlations were found between PANSS scores (total, dysphoria and disorganization) and two RSA sub-scales (perception of self and personal strength).

Conclusions. Surprisingly, the pre-assumption that resilience and its elements are related to a smaller psychopathological symptoms, was not confirmed. On the contrary data suggest that the higher resilience, the higher the clinical problems.

Słowa kluczowe: schizofrenia, zasoby, sprężystość

Key words: schizophrenia, resources, resilience

Wstęp

W tradycji badań nad schizofrenią częściej koncentrowano się na dysfunkcjach, a rzadziej na posiadanych przez ludzi zasobach wykorzystywanych do radzenia sobie z różnymi zagrożeniami. Poszukując przyczyn choroby, analizowano wyniki badań

* Badanie nie było sponsorowane. Wykonano je w ramach tematu statutowego IPiN, nr 26/08.

z zakresu genetyki molekularnej, neuroprzeżywalności, rozwoju i budowy mózgu, a także możliwych mechanizmów uszkodzających O.U.N. Przyjmuje się, że pojawienie się i późniejsze nawroty schizofrenii powstają w wyniku działania psychologicznych czynników stresowych na ukształtowaną predyspozycję do choroby [1]. Badania Browna i Birleya [2] potwierdziły, że stres psychospołeczny wywołany negatywnymi wydarzeniami życiowymi może u osób podatnych wywołać lub zaostrzyć objawy psychotyczne, a dane autorów fińskich wskazują na możliwość interakcji predyspozycji genetycznej i stresowych czynników rodzinnych w okresie przedchorobowym w grupie dzieci z ryzykiem zachorowania na schizofrenię [3]. Ten patogenetyczny paradygmat podatność–stres w odniesieniu do schizofrenii znalazł odzwierciedlenie m.in. w koncepcji Zubina [w: 4] czy też Nuetcherleina i Dawsona [5]. Zubin w przedstawionej w latach 70. koncepcji dowodził, że aktywacja podatności, która leży u podłoża choroby, i wywołanie objawów psychotycznych zależą od nasilenia przeżywanego stresu psychospołecznego [w: 4]. W powstałej 10 lat później koncepcji predyspozycja–stres (vulnerability–stress) [5] zakłada się, że psychologiczne czynniki stresowe wpływają na ukształtowaną predyspozycję, która leży u podłoża choroby. Predyspozycja jest konieczna do wystąpienia danego schorzenia, ale nie wystarczająca. Na ogół pod wpływem stresu istniejąca predyspozycja ujawnia się jako pełnoobjawowe schorzenie. Zgodnie z modelem podatność–stres pytanie o patomechanizm schizofrenii ukierunkowuje nasze działania na poszukiwanie czynników odpowiedzialnych za przejście od podatności do psychozy. Gdy pytamy o mechanizmy salutogenetyczne, zmierzamy w inną stronę. Badamy i analizujemy działanie czynników ochronnych i zasobów tkwiących w strukturach biologicznych organizmu, właściwościach psychiki ludzkiej, strategiach radzenia sobie. Cenne wydaje się, aby nie przyjmować jednego bądź drugiego modelu, a integrować podejście patogenetyczne i salutogenetyczne, co pozwala na zwrócenie uwagi zarówno na rolę deficytów, jak i zasobów w sytuacji zdrowotnej człowieka. Model salutogenetyczny, choć pozornie stanowiący rewolucję w odniesieniu do podejścia patogenetycznego, w istocie jest w stosunku do niego komplementarny, gdyż dotyczy psychospołecznych uwarunkowań zdrowia. Prowadzone od lat 70. ubiegłego wieku długoterminowe badania nad schizofrenią konsekwentnie wskazują, że ok. 25–30% osób z rozpoznaną schizofrenią powraca w pełni do zdrowia, a 25–45% osiąga istotną poprawę w funkcjonowaniu psychospołecznym [6]. W innych badaniach podjęto próbę przedstawienia charakterystyki osób, które potrafiły prze-trwać pogorszenie się samopoczucia i powróciły do zdrowia. Tę właściwość „odbicia się” od trudnych przeżyć, doznawanych przeciwności nazwano w języku angielskim „resilience” – sprężystość [7, 8].

Zasoby i sprężystość w radzeniu sobie ze stresem

Doświadczanie różnych stresujących wydarzeń jest nieodłącznym elementem życia. Badania nad stresującymi sytuacjami życiowymi wykazały, że zwiększają one prawdopodobieństwo wystąpienia psychopatologii [2, 8, 9], a także dostarczyły danych o znacznej różnorodności w sposobach reagowania na podobne zmiany życiowe, które nie zawsze prowadzą do choroby czy zakłócenia funkcjonowania psychospołecznego

jednostki [9]. Pogorszenie się stanu zdrowia, czy jego utrata, może być konsekwencją stresu, a ściślej nieradzenia sobie ze stresem. W procesie zmagania się człowieka z wydarzeniami życiowymi zwrócono uwagę na czynniki pośredniczące, które mogą uodparniać go w taki sposób, że nie będą przeżywane jako szkodliwe czy zagrażające. W tym kontekście najczęściej używane jest pojęcie zasobów. Choć do tej pory nie wypracowano ich jednoznacznej definicji, to przyjmuje się, że oznaczają one właściwości biologiczne, psychologiczne, społeczne, które korzystnie wpływają na procesy radzenia sobie ze stresorami [10]. Problematyka zasobów i ich powiązania z odpornością na stres jest często podejmowana w ostatnich latach na gruncie psychologii klinicznej, a zwłaszcza psychologii zdrowia. Współcześni badacze zjawiska stresu koncentrowali się na różnych formach aktywności rozwijanej w sytuacji stresowej. Lazarus i Folkman [11] w transakcyjnej koncepcji stresu uważali, że zasoby wpływają na ocenę pierwotną i wtórną oraz radzenie sobie ze stresem. Według nich zasoby oznaczają wszystko to, czego człowiek używa, aby radzić sobie ze stresem. Według Hobfolla [10] zasoby to takie właściwości, które same w sobie są cenne lub stają się cenne jako środki uzyskiwania innych ważnych celów. Zasoby prawdopodobnie zmieniają nasilenie doświadczanego stresu i w ten sposób mogą wpływać na zdrowie jednostki. Zatem ludzie, którzy mają wyższy poziom zasobów, prawdopodobnie rzadziej odbierają różne wydarzenia jako stresujące, szybciej rozwiązują problem wynikający z sytuacji stresowej i w efekcie mają szansę na powiększenie zasobów.

W badaniach nad odpornością na stres i skutecznym radzeniem sobie wyodrębniono nowe zjawisko, zwane w języku angielskim „resilience”. W dosłownym tłumaczeniu oznacza ono elastyczność, prężność, sprężystość, odporność, zdolność regeneracji sił [12]. Resilience jest rozumiane jako dynamiczny proces odrywania się od negatywnych wydarzeń życiowych, elastycznego korzystania ze swoich zasobów i adaptacji do wysoce niesprzyjających warunków [13, 14]. W tym opracowaniu będę używać określenia *sprężystość*, które najlepiej wyraża istotę tego procesu.

Sama koncepcja *sprężystości* zrodziła się z obserwacji prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży, które wzrastały w bardzo trudnych warunkach (tj. bieda, alkoholizm, problemy psychiczne rodziców). Ten fenomen odporności u dzieci narażonych na ryzyko psychopatologii i problemów rozwojowych zależnych bądź od genetycznych, bądź od doświadczanych okoliczności zwrócił uwagę psychologów i psychiatrów w latach 50. XX wieku [13]. Podjęto również próby zrozumienia dezadaptacyjnego i zaburzonego funkcjonowania pacjentów chorujących na schizofrenię. Zatem przedmiotem zainteresowania stały się jednostki, które dobrze funkcjonowały, tj. nie pojawiły się u nich poważniejsze problemy psychologiczne po doświadczeniu niekorzystnych warunków życia, przeciwności losu [14, 15, 16]. Początkowo właściwość tę traktowano jako cechę występującą rzadko i tylko u niektórych ludzi [14]. Część badaczy uważa, że *sprężystość* nie jest cechą jednostki, choć ujawnia się w jej zachowaniu [14, 16], jednak większość, łącznie z twórcami tego pojęcia [17, 18], traktuje *sprężystość* jako względnie trwałą dyspozycję determinującą proces elastycznej adaptacji do ciągle zmieniających się wymagań życiowych. W miarę rozwoju badań nad *sprężystością* stwierdzono jej związek ze zdrowiem, normalność i powszechność występowania [17]. Luthar określa *sprężystość* jako dynamiczny proces odrywania się od negatywnych

wydarzeń życiowych, elastycznego korzystania ze swoich zasobów i adaptacji do wysoce niesprzyjających warunków [14]. Wyróżnia się trzy grupy efektów należących do *sprężystości*: a) funkcjonowanie znacznie lepsze niż by się można tego spodziewać na podstawie wiedzy o czynnikach ryzyka; b) utrzymywanie się dobrego funkcjonowania mimo stresujących doświadczeń; c) dochodzenie do zdrowia po przeżyciu stresujących wydarzeń. Jednak ten dynamiczny proces radzenia sobie ze stresem lub pokonywania przeciwności losu nie jest raz na zawsze dany jednostce. Warunkiem ujawnienia się *sprężystości* jest wcześniejsze napotkanie przez jednostkę znaczących trudności i obciążeń. *Sprężystość* wynika zawsze z ekspozycji na wysokie ryzyko, a nigdy z braku lub unikania zagrożenia [14, 15]. Osoba narażona na silny stres może dojść do równowagi psychicznej i dobrze funkcjonować w rolach społecznych, a w innych okolicznościach może poddać się przeciwnościom losu i utracić nadzieję na jego zmianę [16]. Tak więc *sprężystość* może być rozumiana jako pozytywny lub ochronny proces, który zmniejsza nieprzystosowanie jednostki doświadczającej niepomyślnych kolei życia. Można w nim wyróżnić dwa zjawiska. Pierwsze wiąże się z narażeniem jednostki na ciężką sytuację życiową, powodującą trudności w przystosowaniu się, a drugie pokazuje oznaki jej pozytywnej adaptacji w postaci wzrostu kompetencji społecznych, realizacji zadań rozwojowych, braku zaburzeń emocjonalnych i innych objawów psychopatologicznych. Według Friborga i wsp. [19] *sprężystość* nie chroni jednostki przed negatywnymi zdarzeniami życiowymi, ale pozwala osobie obdarzonej tą właściwością radzić sobie ze stresem bardziej funkcjonalnie.

Cel badań

Opisane tu badanie jest częścią projektu badawczego realizowanego w Zakładzie Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego, którego ogólnym celem było określenie uwarunkowań procesu adaptacji do doświadczeń życiowych w grupie osób zdrowych i z problemami zdrowia psychicznego oraz określenie psychospołecznych korelatów zdrowia badanych grup.

Celem artykułu jest przybliżenie podstawowych pojęć związanych z rolą stresu w powstawaniu i zaostrzeniach choroby, a także opis związków między wybranym zasobem – *sprężystością* a nasileniem objawów psychopatologicznych u osób z rozpoznaniem schizofrenii. Jest także próbą wykorzystania koncepcji *sprężystości* w badaniach empirycznych osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

W praktyce klinicznej obserwujemy nierzadko, że chorzy ze znacznym nasileniem objawów psychotycznych bardzo dobrze funkcjonują w środowisku i prowadzą satysfakcjonujący tryb życia. Zrozumienie roli tak zwanych potencjałów zdrowia, decydujących o sile jednostki w pokonywaniu wyzwań życiowych, stwarza szansę bardziej wnikliwego postrzegania czynników wpływających na przebieg choroby.

Material

Zgodę na przeprowadzenie badania wyraziła Komisja Bioetyczna, działająca przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Osoby zakwalifikowane do badania – po udziale-

niu wyczerpujących informacji o jego celach, przebiegu i warunkach – poproszono o wyrażenie pisemnej zgody na udział w nim. Wszyscy uczestnicy zostali uprzedzeni, że badanie jest w pełni dobrowolne, a uzyskane dane mają charakter poufny. Z przebadanych w latach 2009–2010 osób wyłoniono grupę 100 pacjentów oddziału leczenia pierwszego epizodu psychozy z rozpoznaniem schizofrenii wg kryteriów ICD-10. Z badania wykluczono pacjentów z potwierdzonymi cechami organicznego uszkodzenia OUN, za pomocą wywiadu wskazującego na współistniejące zaburzenia neurologiczne lub uzależnienie od substancji psychoaktywnych.

Kobiety stanowiły 40,6%, średni wiek w badanej grupie wynosił 31 lat (rozpiętość 19–63). Osoby z wykształceniem średnim i wyższym stanowiły 67,7% badanej grupy. Średni czas trwania choroby wynosił 10,7 roku (rozpiętość 1–41), a średnia liczba hospitalizacji wynosiła 5,6 (rozpiętość 1–40).

Tabela 1. Czynniki demograficzne i społeczno-rodzinne charakteryzujące badaną grupę

Zmienne społeczno-demograficzne	Osoby z rozpoznaniem schizofrenii	
Płeć	Kobiety %	40,6
	Mężczyźni %	59,4
Wiek	średnia	31
	rozpiętość	19–63
Wykształcenie %	Podstawowe %	7,3
	Zawodowe %	25
	Średnie %	44,8
	Wyższe %	22,9
Lata edukacji	średnia	14,9
	rozpiętość	9–26
Liczba hospitalizacji	średnia	5,6
	rozpiętość	1–40
Czas trwania choroby (lata)	średnia	10,7
	rozpiętość	1–41

Narzędzia badawcze

Do nowszych narzędzi używanych obecnie do pomiaru elastyczności należy The Resilience Scale for Adults (RSA) [19], które wykorzystano w przeprowadzonym badaniu.¹ Dokonano przekładu czterech podskal do pomiaru percepcji własnej *sprężystości* w interakcjach z różnymi trudnościami. Za podstawę selekcji podskal do polskiej adaptacji przyjęto węższe rozumienie *sprężystości* jako właściwości Ja w relacji ze stresorami [20]. Wyodrębniono 20 pozycji mierzących siłę osobistą – percepcję siebie i percepcję własnej przyszłości; styl ustrukturuwany i kompetencję społeczną. Cała skala RSA charakteryzowała się dobrą zgodnością wewnętrzną (α Cronbacha = 0,77).

¹ W Pracowni Psychologii Klinicznej Zakładu Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii dokonano polskiej adaptacji (M. Zwoliński, I. Jelonkiewicz, A. Kühn-Dymecka) fragmentu kwestionariusza RSA.

Zgodność wewnątrzna podskali siły osobistej (RSAsps) była dobra ($\alpha = 0,74$); podskali percepcji siebie (RSAself) wynosiła $\alpha = 0,64$ i była nieco niższa niż w badaniach norweskich [19] ($\alpha = 0,70$), a w przypadku podskali percepcji własnej przyszłości (RSAfut) $\alpha = 0,69$ i było nie niższe niż w badaniach norweskich, w których $\alpha = 0,66$ [19]. Podskala kompetencji społecznych (RSAsc) miała rzetelność niemal identyczną z oryginałem $\alpha = 0,77$ ($\alpha = 0,76$ [19]). Rzetelność podskali stylu ustrukturuwanego (RSAstru) budziła wątpliwość – $\alpha = 0,49$ i była wyraźnie gorsza od rzetelności oryginału ($\alpha = 0,69$ [19]).

Nasilenie objawów psychopatologicznych było mierzone za pomocą Skali Zespołu Pozytywnego i Negatywnego (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [21], często używanej do oceny zespołów schizofrenicznych.

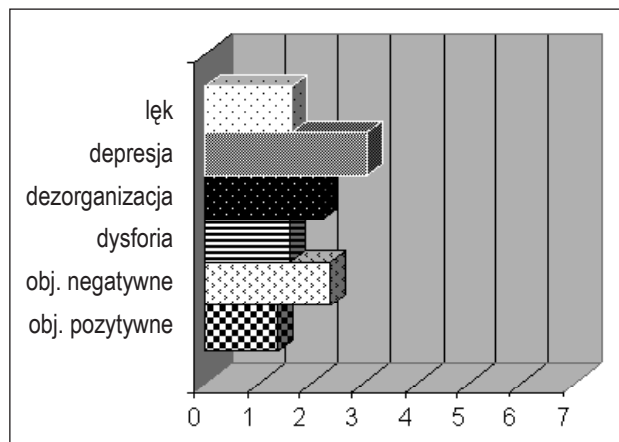
Wyniki badań

Obraz psychopatologiczny. Średnie wyniki w skalach psychopatologicznych o złożonej budowie sytuowały się poniżej środka potencjalnej rozpiętości skal i wynosiły w skali PANSS – 3,25 pkt. (rozpiętość 1,87–6,81).

Tabela 2. Ocena stanu psychicznego badanych za pomocą skali PANSS I (N = 94)

Wykorzystane narzędzie	Miara	Wartość	Odchylenie std.
Ocena stanu psychicznego wg PANSS (skala 1–7)	średnia rozpiętość	3,25 1,87–6,81	1,31

Wykres 1. Nasilenie objawów psychopatologicznych wg wymiarów skali PANSS u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii



- 1 – objawy nie występują
- 2 – objawy minimalne
- 3 – objawy łagodne
- 4 – objawy umiarkowane
- 5 – objawy umiarkowanie ciężkie
- 6 – objawy ciężkie
- 7 – objawy skrajnie nasilone

Szczegóły profilu psychopatologicznego badanej grupy chorych z uwzględnieniem wymiarów klinicznych opisywanych za pomocą zastosowanych skal przedstawiono na wykresie.

Profil wymiarów wg skali PANSS (wykres 1) ujawnia, że w grupie chorych na schizofrenię najsilniej wyrażone były objawy depresji, a w następnej kolejności objawy negatywne i dezorganizacji poznawczej. Natomiast najmniejsze nasilenie miały objawy lęku, dysforii i objawy pozytywne (wytwórcze).

Opis RSA. Uzyskane wyniki w skali RSA sytuowały się powyżej środka potencjalnej rozpiętości i wynosiły 63 pkt. (rozpiętość 29–92 pkt.), podczas gdy mogą się wahać pomiędzy 20 a 100 pkt. Wyniki uzyskane w poszczególnych składnikach *sprężystości* sytuowały się również powyżej środka potencjalnej rozpiętości.

Tabela 3. Średnie wyniki oceny *sprężystości (resilience)* wg RSA, N = 94

Skala	Średnia	Odchylenie standardowe	Rozpiętość
RSA – suma	63	14,4	29–92
RSA – self	17,67	5,24	8–30
RSA – percepcja własnej przyszłości	12,92	4,2	4–20
RSA – styl strukturywania	13,15	3,32	6–20
RSA – kompetencja społeczna	19,58	5,48	5–20

Badano związki pomiędzy różnymi czynnikami *sprężystości* a wymiarami psychopatologicznymi ocenianymi za pomocą skal psychopatologicznych o złożonej budowie. Podskale RSA, takie jak percepcja siebie i siła osobista, na poziomie istotnie statystycznym wiążą się pozytywnie zarówno z ogólnym wynikiem uzyskanym w skali PANSS, jak i z wymiarami dysforii i dezorganizacji. Zaskakujący jest pozytywny związek między wynikami w podskalach *sprężystości* a wymiarem klinicznym. Nie stwierdzono zależności między globalnym wynikiem RSA a ogólnym wynikiem uzyskanym w skali PANSS.

Związek wymiarów psychopatologicznych zdefiniowanych za pomocą skali PANSS ze *sprężystością* i jej składnikami przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Korelacje wymiarów psychopatologicznych schizofrenii ze *sprężystością* i jej składnikami, N = 94

Czynnik <i>sprężystości</i> – RSA	PANSS	OP	ON	W. Dysf.	W. Dez.	W. Depr.
– percepcja siebie	0,31*	0,21	0,17	0,35*	0,34*	0,06
– percepcja własnej przyszłości	0,13	0,03	0,03	0,12	0,13	-0,02
– siła osobista	0,25*	0,14	0,12	0,27*	0,27*	0,03
– kompetencja społeczna	0,05	-0,04	-0,09	0,17	0,05	-0,12
– styl strukturywania	-0,03	-0,12	-0,04	-0,01	-0,04	-0,14
RSA – suma	0,15	0,04	0,01	0,21	0,16	-0,06

* korelacja na poziomie $p < 0,05$; OP = objawy pozytywne; ON = objawy negatywne; W. Dysf. = wymiar dysforii; W. Dez. = wymiar dezorganizacji; W. Depr. = wymiar depresji

Omówienie wyników

W prezentowanej pracy oceniano występowanie zasobu osobistego, jakim jest *sprężystość* (ang. resilience), i starano się ustalić wzajemną zależność między tym zasobem a nasileniem objawów psychopatologicznych u osób leczących się psychiatrycznie. Postawiono pytania: czy osoby, u których zdiagnozowano zaburzenia psychiczne, charakteryzują się *sprężystością*; czy posiadanie tego zasobu przyczynia się do zmniejszenia objawów zaburzeń psychicznych? W przedstawionym badaniu stwierdzono, że badane osoby postrzegają u siebie *sprężystość*, jednak wbrew oczekiwaniom nie wykazano, że *sprężystość* i jej składowe wiążą się z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych. Podskale RSA, takie jak percepcja siebie i siła osobista, na poziomie istotnie statystycznym wiążą się pozytywnie zarówno z ogólnym wynikiem uzyskanym w skali PANSS, jak i z wymiarami dysforii i dezorganizacji. Im wyższe są wyniki w podskalach *sprężystości*, tym wyższy jest wymiar kliniczny. Ten zaskakujący związek może wynikać z faktu, że obraz psychopatologiczny był oceniany przez lekarzy prowadzących swoich pacjentów, a *sprężystość* była oceniana przez samych pacjentów. Profil psychopatologiczny badanej grupy chorych ujawnia, że najsilniej wyrażone były objawy depresji, a w następnej kolejności objawy negatywne i dezorganizacji poznawczej. Możliwe więc, że objawy psychopatologiczne silniej rzutują na pewną ogólną postawę chorych i sposób spostrzegania siebie i swojego otoczenia.

Появление некоторых личностных накоплений у лиц с диагнозом шизофрении

Содержание

Задание. Заданием настоящей работы является приближение основных понятий, связанных с ролью накоплений в самостоятельности и борьбе со стрессом, а также роль стресса в появлении и обострении болезни. Кроме того определение пробы связи между выбранным опытом закрытом во вне – „резистенцией”, пружинистостью и утяжелением психопатологических симптомов у лиц с диагнозом шизофрении.

Метод. Исследовано 100 пациентов с диагнозом шизофрении по Классификации ИЦД-10 (женщины составляли 40,6% со средним возрастом 31 года). Для оценки пружинности использован фрагмент Глоссария – Шкала резистенции для взрослых, Фриборг, 2005 год. Описание клинического состояния по шкале ПАНСС.

Результаты. Средние результаты по шкале ПАНСС располагались ниже середины потенциального промежутка шкалы и равнялись – 3,25 пункта (отклонения 1,87–6,81). Самое большое напряжение проявлялось в негативных симптомах репрессии и дезорганизации пространства мнестического характера. Исследование связей между различными факторами пружинности и психопатологическими измерениями, оцениваемые шкалой ПАНСС показало, что подшкалы в глоссарии резистенции, такие как percepcja и личностная сила статистически существенно позитивно связываются с общим результатом, полученном в шкале ПАНСС, так и с симптомами депрессии и дезорганизации.

Выводы. Вопреки ожиданиям не обнаружено, что пружинность и ее составляющие связываются с меньшим насileniem психопатологических симптомов. Удивительным является факт позитивной связи между результатами в подшкалах пружинности и утяжелением психопатологии.

Ausgewählte Personalressourcen bei Personen mit diagnostizierter Schizophrenie

Zusammenfassung

Ziel. Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, mit den Grundbegriffen vertraut zu machen, die mit der Rolle der Ressourcen bei der Coping - Strategie und der Rolle von Stress bei der Entstehung und

Verschärfung der Krankheit verbunden sind. Es ist auch ein Versuch, die Zusammenhänge zwischen den gewählten Ressourcen -,Resilienz“- und der Intensität der psychopathologischen Symptomen bei den Personen mit der Diagnose Schizophrenie ausfindig zu machen.

Methode. 100 Patienten mit der Diagnose Schizophrenie wurden nach den ICD-10 Kriterien untersucht (die Frauenquote lag bei 40,6%, das Durchschnittsalter bei 31 Jahren). Zur Beurteilung von Resilienz wurde der entsprechende Abschnitt aus dem RSA – Fragebogen (Resilience Scale for Adults, Friborg u.a. 2005) benutzt. Die Beschreibung des klinischen Befindens wurde mittels der PANSS - Skala durchgeführt.

Ergebnisse. Die durchschnittlichen Werte in der PANSS - Skala lagen unterhalb der Mitte der potentiellen Skalenbreite und lagen bei 3,25 Pkt. (Breite 1,87 – 6,81). Die größte Intensität hatten negative Symptome, Depression und kognitive Desorganisation. Die Untersuchung an den Zusammenhängen zwischen den unterschiedlichen Faktoren der Resilienz und psychopathologischen Dimensionen, die mittels PANSS beurteilt wurden, zeigt, dass die RSA – Unterskalen solche wie Perception von der eigenen Person und persönliche Kraft, statistisch positiv sowohl mit dem allgemeinen Ergebnis der PANSS – Skala als auch mit den Dimensionen der Dysphorie und Desorganisation zusammenhängen.

Schlussfolgerungen. Trotz Erwartungen wurde nicht bewiesen, dass die Resilienz und ihre Komponenten mit kleinerer Intensität der psychopathologischen Symptome zusammenhängen. Überraschend ist der positive Zusammenhang zwischen den Ergebnissen in den Unterskalen der Resilienz und der Intensität der Psychopathologie.

La fréquence des ressources personnelles choisies chez les patients avec le diagnostic « la schizophrénie »

Résumé

Objectif. Faire connaissance des ressources personnelles choisies chez les patients avec le diagnostic « la schizophrénie », surtout la terminologie liée avec le rôle de ressources concernant les stratégies de se débrouiller avec le stress et avec le rôle du stress dans le développement de la maladie. On essaye aussi d'identifier les corrélations de « la résilience » et de l'intensité des symptômes psychopathologiques chez les patients schizophrènes.

Méthode. On examine 100 patients schizophrènes, diagnostiqués d'après les critères d'ICD-10 (les femmes – 40,6%, leur moyenne de l'âge – 31 ans). Pour mesurer la résilience on use la part du questionnaire RSA (Resilience Scale for Adults, Friborg et autres 2005), pour la description de l'état clinique on se sert de l'échelle PANSS.

Résultats. Les résultats moyens de l'échelle PANSS – M=3.25, range 1.87–6.81. Les symptômes négatifs, de la dépression et de la désorganisation cognitive sont les plus intenses. Les sous-échelles RSA – perception de soi, force personnelle – corréler positivement avec les résultats totaux de l'échelle PANSS ainsi qu'avec la dysphorie et la désorganisation.

Conclusions. Chose étonnante, on n'atteste pas que la résilience et ses éléments corréler avec la faible intensité des symptômes psychopathologiques. Au contraire on note la corrélation positive de la résilience et de l'intensité de la psychopathologie.

Piśmiennictwo

1. Rybakowski J. *Patogeneza schizofrenii*. Post. Psychiatr. Neurol. 1998; 7: 141–151.
2. Brown G, Birley J. *Crises and life changes and the onset of schizophrenia*. J. Health Soc. Behav. 1968; 9: 203–214.
3. Tienari P, Lahti I, Soni A. *The finish adoptive study of schizophrenia: possible joint effects of genetic vulnerability and family environment*. Brit. J. Psychiatry 1989; 155, suppl. 5: 29–32.
4. Zubin J, Spring B. *Vulnerability – a new view of schizophrenia*. J. Abnorm. Psychol. 1977; 86: 103–125.

5. Nuechterlein KH, Dawson ME. *A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes*. Schizophr. Bull. 1984; 10: 300–312.
6. American Psychological Association (2008). *The road to resilience*. www.apa.helpcenter.org/featuretopics.
7. Bebbington P, Wilkins S, Jones PB, Forester A, Murray RM, Toone B, Lewis S. *Life events and psychosis: Initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study*. Brit. J. Psychiatry 1993; 162: 72–79.
8. Kendler KS, Kessler RC, Walters EE, MacLean C, Neale MC, Heath AC i in. *Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women*. Am. J. Psychiatry 1995; 152: 833–842.
9. Brown GW. *Live events and affective disorder: Replications and limitations*. Psychosom. Med. 1993; 5: 248–259.
10. Hobfoll SE. *Social and psychological resources and adaptation*. Rev. Gen. Psychol. 2002; 6, 4: 307–324.
11. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
12. Sęk H. *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2001, s. 175.
13. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. *The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work*. Child Develop. 2000; 71, 3: 543–562.
14. Luthar SS. *Resilience in development. A synthesis of research across five decades*. W: Cicchetti D, red. *Developmental psychopathology: risk, disorder and adaptation*. Vol. 3. New York: Wiley; 2002, s. 739–795.
15. Masten AS. *Resilience processes in development*. Am. Psychol. 2001; 56, 3: 227–238.
16. Rutter M. *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. Am. J. Orthopsychiatr. 1987; 57, 3: 316–331.
17. Block J, Kremen AM. *IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness*. J. Person. Soc. Psychol. 1996; 70: 349–361.
18. Block JH, Block J. *The role of ego-control and ego-resiliency in the origination of behavior*. W: Collings WA, red. *The Minnesota symposia on child psychology T. 13*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1980, s. 39–101.
19. Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge J, Martinussen M. *A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?* Int. J. Meth. Psychiatr. Res. 2003; 12, 2: 65–76.
20. Zwoliński M. *Załącznik nr 17 do raportu z tematu IPiN, nr 26/08*.
21. Kay RS, Fiszbein A i in. *The Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1987; 13: 261–276.

Adres: Aleksandra Kühn-Dymecka
Poradnia Przykliniczna IPiN
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 1.12.2010
Zrecenzowano: 15.12.2010
Otrzymano po poprawie: 11.03.2012
Przyjęto do druku: 15.03.2012
Adiustacja: L. Sz.