

Choroba schizofreniczna jako indywidualne doświadczenie

Schizophrenic illness as individual experience

JACEK WCIÓRKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Praca stanowi przegląd koncepcji i wyników badań nad subiektywnym (indywidualnym) aspektem przeżywania schizofrenii. Zestawiono podstawowe źródła i ujęcia umożliwiające dostęp do tego rodzaju wiedzy oraz wyniki relacji, obserwacji, refleksji i badań na ten temat. Wskazano też na ważniejsze implikacje kliniczne takiej wiedzy.*

SUMMARY. *An overview is presented of theoretical conceptions and research findings concerning the subjective (individual) experience of schizophrenia. Basic sources and approaches making this sort of knowledge available are outlined, and results of relations, observations, reflections and research on this subject are discussed. Moreover, major clinical implications of such knowledge are pointed out.*

Słowa kluczowe: schizofrenia / aspekty subiektywne
Key words: schizophrenia / subjective aspects

Znaczenie kliniczne subiektywnych aspektów przeżywania zaburzeń schizofrenicznych wydaje się tak oczywiste, iż zapewne z tego powodu w ostatnich dziesięcioleciach stopniowo zaniechano ukierunkowanego, systematycznego zainteresowania tym zagadnieniem. Dominujące dziś tendencje metodologiczne wywodzone z pragmatyzmu i logicznego pozytywizmu, z ich naciskiem na obserwowalność, komunikowalność i intersubiektywność poznania naukowego, na dążenie do nomotetycznego poszukiwania prawideł i ilościowych miar, wyraźnie przesłoniły wcześniej bardzo żywotne zainteresowania i studia idiograficzne, analizy fenomenologiczne, czy hermeneutyczne [p.179] interpretacje subiektywnego sensu przeżywanych zaburzeń [przykłady: 20,24,49,91,100,115,143,199].

Jednak mimo wielkiego i bujnego rozwoju, *neuroscience* wydaje się w ostatnim dziesięcioleciu coraz wyraźniej odkrywać swą zależność od fenomenologii, psychopatologii i hermeneutyki klinicznej - dziedzin naukowej refleksji skupionych w znacznie większym

stopniu niż *neuroscience* i psychiatria biologiczna na badaniu indywidualnego, subiektywnego znaczenia zaburzeń schizofrenicznych. Dobrą ilustracją tych zależności są np. trudności, na jakie natrafia zastosowanie zaawansowanych technologii badawczych genetyki molekularnej wobec zjawiska definiowanego tak niejasno i w sensie metodycznym wciąż jeszcze "po prostaku" (mimo drobiazgowości opisu i operacjonalizacji procedur) jak schizofrenia [por.137]. Dostępność badawcza subiektywnych i obiektywnych aspektów funkcjonowania chorych była jednym z kluczowych zagadnień podejmowanych w okresie ostatnich dwustu lat historii psychiatrii. Jak dowodzi historyczne studium Hoffa [77] uwaga badaczy przesuwiała się i przesuwa się nadal raz w kierunku obiektywnych, kiedy indziej - subiektywnych aspektów zagadnień klinicznych. Opublikowany nie tak dawno, dość wyjątkowy w swych zainteresowaniach zeszyt *Schizophrenia Bulletin* [1989, 15, 2] podjął próbę dowartościowania badań nad subiektywnymi aspektami przeżywania choroby

schizofrenicznej oraz wskazania możliwych tu do zastosowania koncepcji i metod. Analizując dzisiejszą sytuację, Strauss [161] rozważa tam trzy hipotezy dotyczące stanu badań nad schizofrenią, sugerując że:

- (1) często nie jesteśmy dostatecznie gotowi (wyczuleni, nauczeni, przygotowani, zainteresowani) do słuchania tego, co chory chce nam powiedzieć (lub nawet, co mówi) o swym subiektywnym przeżywaniu choroby,
- (2) nie mamy też adekwatnych narzędzi do tego typu badań, natomiast
- (3) znamy już niemało danych wskazujących, że relacja *między osobą a zaburzeniami* jest jednym z kluczowych czynników determinujących ich przebieg oraz szanse udzielenia choremu skutecznej pomocy.

W tym samym kontekście Lieberman [107] dowodzi, że dominujące dziś "obiektywizujące" podejścia metodyczne nie wystarczają do pełnego poznania zjawisk badanych przez psychiatrię, że potrzebne są też podejścia "subiektywizujące", ponieważ m. in.: (1) słowa (wypowiadane przez chorych) są nie tylko etykietami (symbolami) zjawisk, lecz posiadają niekiedy samoistną, *naturalną treść i znaczenie*, (2) jako kryterium trafności analizy ekspresji przeżyć psychicznych można wykorzystywać *użyteczność*, a nie tylko zgodność z obserwacjami, (3) niektóre informacje można uzyskać tylko dzięki *czynnej interakcji* z badanym, a nie dzięki beznamietnej obserwacji, (4) procedura badania nie musi polegać tylko na sprawdzaniu sztywno sformułowanych hipotez, lecz niekiedy na bardziej elastycznej *interpretacji* ujawnianych zjawisk, (5) zrozumienie zjawisk może wymagać *całościowego* podejścia, które raczej przekracza niż zawęża zakres analizowanych informacji. Wyliczane wątpliwości jedynie fragmentarycznie obrazują podstawowe trudności badawcze i kliniczne, jakie natrafiamy chcąc badać subiektywne aspekty doświadczania schizofrenii nie ograniczając się do analiz idiograficznych, przedstawiających na zgłębianiu jednostkowego doświadczenia oraz nie zadowolając się włas-

ną intuicją i empatią jako narzędziami poznania. Wspomniany zeszyt przynosi liczne przykłady badań rozwiązujących tego typu zagadnienia. Na filozoficzne aspekty poznawalności stanów psychicznych drugiego człowieka zwraca uwagę Jakubik [80]. Szczególnie wyraźnie na pewną nieoznaczoność, ograniczoną poznawalność i wielorakie uwikłania procesów poznawania świata przeżyć psychotycznych wskazywali Kępiński [92] i Jarosz [82] akcentując znaczenie analizy subiektywnych aspektów tych przeżyć i relacji między diagnostą a pacjentem.

Rosnącemu znaczeniu relacji, studiów i badań poświęconych subiektywnemu przeżywaniu i współprzeżywaniu zaburzeń psychotycznych dla rozwoju wiedzy i praktyki psychiatrycznej oraz dla zapobiegania powrotom niedobrych praktyk wynikających z profesjonalnej megalomanii psychiatrycznej poświęcony był kongres psychiatrii społecznej w Hamburgu w 1994 r. [26]. Sugerowanym *antidotum* byłoby docenienie "trialogu" z udziałem pacjentów, ich bliskich i profesjonalistów oraz rozwijanie form terapii i instytucjonalnej opieki psychiatrycznej o charakterze przyjaznym dla użytkownika i respektującym jego potrzeby, godność i prawa.

Opracowanie to podejmuje próbę przeglądu piśmiennictwa poświęconego subiektywnym (indywidualnym) aspektom doświadczania choroby schizofrenicznej skupiając uwagę najpierw (1) na wskazaniu dostępnych źródeł informacji, a następnie na (2) wykorzystywanych do tego celu koncepcjach.

Źródła

Bezpośredni kontakt z chorym jest, oczywiście, najprostszym, najbardziej bezpośrednim i może najbardziej wiarygodnym źródłem informacji o subiektywnym ujmowaniu przeżywanych zaburzeń. Wszystkie inne omawiane niżej źródła obciążone są w większym stopniu niebezpieczeństwem tworzenia artefaktów. Mimo trudnych do zakwestionowania zalet i to źródło poznania budzi jednak niemałe

wątpliwości metodyczne [80,82,92]. Bariera dzieląca indywidualny świat przeżyć chorego od prób rekonstrukcji tych przeżyć dokonywanych przez osobę starającą się je poznać jest trudna do pełnego przezwyciężenia. Wiele zależy tu od preorientacji badacza posługującego się takim czy innym modelem wiedzy i metodą poznania [por. 64,83], a także od jego poznawczego emocjonalnego i aksjologicznego przygotowania do studiowania płynących od pacjenta sygnałów [42,92]. Ponadto, informacje uzyskiwane w kontakcie z chorym rodzą po pewnym czasie chęć wyjścia poza indywidualne uwarunkowania i uporządkowania zgromadzonej wiedzy w nadziei odszukania jakichś ogólniejszych (dominujących, przeciętnych) tendencji. Jednak, niezależnie od tych zastrzeżeń, kontaktu z chorym niczym zastąpić się nie da. Szczególnie wartościowy wydaje się być pod tym względem kontakt psychoterapeutyczny [14,16,143,150].

Autobiografie chorych (relacje "z pierwszej ręki", first person account). Obszerne zestawienie starszych źródeł tego typu sporządzili Sommer i Osmond [154]. Od tego czasu powstały nowe, jak na przykład zebrane przez Kapłana [87], Winga [196], cały cykl publikowanych w *Schizophrenia Bulletin* [m.in.: 9,10,31,42,123,125,135,158,197], czy zbiory powstałe w kręgu hamburskiego "Seminarium psychozy" (*Psychose-seminar*) zainicjowanego przez Böcka [27,28]. W Polsce ukazywały się one rzadziej, pojedynczo [np. 8,13,140,157].

Korzystanie z autobiografii dla celów badawczych budzi pewne zastrzeżenia. Pierwsze dotyczy niejednorodności diagnostycznej piszących [131], drugie - niejednorodności ich motywów, trzecie - niereprezentatywności tak dobranej grupy chorych na schizofrenię. Sprawa motywów jest dodatkowo komplikowana nakładaniem się motywów osób decydujących o publikacji tekstów. O ile pacjenci, jak przekonuje lektura, piszą najczęściej, by podkreślić swój sukces w zmaganiach z chorobą, by zainteresować niezwykłością przeżyć lub wyrazić sprzeciw wobec postępowania otoczenia, o ty-

le publikującymi takie autobiografie kierują zwykle względy dydaktyczne. Są one ważne i stanowią, na przykład, podstawowy nurt w działalności stowarzyszeń samopomocowych walczących o poprawę społecznego obrazu zaburzeń i losu chorych - jak między innymi angielskie *National Schizophrenia Fellowship* [88] czy amerykański *Project Overcome* [110]. Podobnie ma się sprawa z wyborami takich autobiografii [27,28,64,87] służącymi propagowaniu pewnego sposobu rozumienia zaburzeń psychicznych. Następstwem tak szczególnego ukierunkowania motywów publikowania jest ograniczona reprezentatywność autobiografii, które w swej masie reprezentują głównie tych chorych, którym się w jakimś stopniu powiodło i którzy z tego powodu lepiej służą propagowaniu pozytywnej, zdolnej wzbudzić zainteresowanie odbiorcy wizji zaburzeń. Autorzy analizujący takie autobiografie ryzykują ponadto możliwość uznania za rzeczywistość częstej w nich literacko-publicystycznej autokreacji czy autointerpretacji.

Niezależnie jednak od wymienionych zastrzeżeń, autobiografie przynoszą wiele interesujących i przekonywujących przykładów długotrwałej walki o nadanie sensu przeżywanym zaburzeniom [8,13,31,40,123], zmagania się z pesymistyczną wizją choroby, często wcześniej podzielaną [12,125,135], wysiłków na rzecz uporządkowania niezrozumiałych przeżyć [8,141,197], skuteczności lub nieskuteczności różnych metod i sojuszy zawieranych w celu przezwyciężenia choroby [9,110,157].

Odrębny rodzaj doświadczeń zapisują autobiograficzne relacje osób bliskich pacjentom, dla których brzemień choroby staje się niekiedy doświadczeniem wyzwalamym potrzebę świadectwa własnej postawy, krytycznego osądu możliwości instytucjonalnej pomocy, a nade wszystko - wskazania na trudne do dostarczenia z innej perspektywy znaczenie pozornie nieracjonalnych zachowań i wypowiedzi chorego [np. 37,110]. Zestawienie obserwacji klinicznych z takimi empatycznymi obserwacjami prowadzonymi przez najbliż-

szych przynosi niekiedy bardzo przekonujące wnioski [37], wskazujące na powierzchowność naszej nawet bardzo wnikliwej obserwacji klinicznej.

Studia fenomenologiczne. Analizy tego typu w sposób mniej lub bardziej konsekwentny nawiązują do metodologicznych podstaw opisowej psychopatologii Jaspersa [83], fenomenologii Husserla lub różnych kierunków filozoficznej antropologii. Cechują się wielostronnością spojrzenia i wielorakością źródeł - próbując poprzez odślanianie kolejnych warstw znaczeniowych dojść do uchwycenia najbardziej istotnych cech badanych zjawisk. Interpretacje kliniczne, zaufanie do intuicji poznawczej, kolejne próby unaocznienia sobie, "oglądu", wczucia się, zobiektywizowania spojrzenia na istotę treści i kolorytu przeżyć pacjentów stanowią najbardziej charakterystyczne przykłady narzędzi tego podejścia. Krzyżowanie się argumentów kazuistycznych i statystycznych, empirycznych i teoretycznych, racjonalnych i emocjonalnych sprawiają, że metoda taka bywa niezwykle płodna heurystycznie, tj. jako źródło nowych koncepcji czy hipotez, sprawdzanych potem w drodze bardziej żmudnych i schematycznych badań empirycznych. Znane przykłady tego typu analiz dotyczących schizofrenii [49,91,99,100,143], są w zasadzie niezwykle interesującymi i pięknymi esejami, pociągającymi wyobraźnię klinicysty i badacza, za którymi jednak trudno nadażyć uwikłanemu w codzienność praktykowi.

Studia egzystencjalne. Interesujące i wzbogacające wyobraźnię klinicysty są zwłaszcza te z nich, które w drodze do uchwycenia najbardziej podstawowej charakterystyki indywidualnego, unikalnego sposobu "bycia-w-świecie" (*in-der-Welt-Sein*) osoby chorej na schizofrenię wnikają głęboko w szczegóły jej biografii [20,23,24]. Przydatne są też teksty tych przedstawicieli kierunku, którzy interpretują już nie całość indywidualnego losu, ale pewne istotne klinicznie fragmenty egzystencjalnego doświadczenia chorych, np. przeżycia paranoidalne [98,199].

Wnikanie w szczegóły pociąga jednak za sobą te same ograniczenia, które wskazano omawiając wartość kontaktu terapeutycznego z chorym. Można też mieć wątpliwości co do doboru pacjentów poddawanych analizie egzystencjalnej, którzy muszą być odpowiednio refleksyjni, elokwentni i motywowani do współpracy, co w efekcie sprzyja pewnej jednostronności spojrzenia. Niekiedy krytykuje się analizy fenomenologiczno-egzystencjalne za "jałowość" niekończących się studiów kazuistycznych [148,193]. Pewnym utrudnieniem w wykorzystaniu tekstów egzystencjalnych jest też dość natrętna intencja interpretowania oraz metaforyczność i hermetyczność wielu wprowadzanych pojęć - tkwiące zresztą w istocie metody. Praktycy tego podejścia byli świadomi tych ograniczeń. Widzieli jednak w nim istotne wartości, równoważące te ograniczenia. Wartości te tkwiłyby w rozległości i głębokości spojrzenia na indywidualny los chorego.

Studia kliniczne. Chodzi tu o nieczęstą dziś postać badań, która łącząc w sobie rzetelną znajomość indywidualnej sytuacji chorych (element kazuistyczny, idiograficzny) i badawczą docieklivość wobec tendencji ogólniejszych zawartych w wybranych do analizy przypadkach (element badawczy, nomotetyczny) stara się stworzyć koncepcje zachowujące łączność z faktami klinicznymi, lecz jednocześnie wychodzące poza nie (element koncepcyjny, teoretyczny). W zakresie analizowanej tu tematyki są to przede wszystkim stare badania Mayer-Grossa [115,116] oraz szeregu dalszych autorów [18,41,47,68,69,95, 103, 118,128,149,152,153]. Pięknym przykładem współczesnym jest niedawno opublikowane studium Opoczyńskiej [136]. Badaniom tego typu można zarzucać mniejszą dyscyplinę i precyzję metodyczną, ale też nie metodologiczną ścisłość rozstrzygnięć była i jest ich zasadniczym celem. Jest on raczej heurystyczny: wskazywanie nowych zagadnień lub oraz podejmowanie prób wstępnego ich interpretowania i porządkowania. Badania takie dostarczają jednak niezwykle ciekawych spostrzeżeń i po-

mysłów interpretacyjnych, a pozostając na gruncie empirii umożliwiają kontynuatorom poprawianie metodycznych niedoskonałości.

Studia empiryczne. Jakkolwiek wszystkie wymienione dotąd podejścia metodyczne mają walor empiryczności, o tyle podkreślenie "empiryczności" w nazwie podejścia omawianego obecnie, ma zwrócić uwagę na jego ściślejszy związek z typowymi wymogami metodologicznymi obowiązującymi w naukach empirycznych (formułowanie hipotez, pytań, wybór adekwatnych narzędzi i schematu badania, analiza ilościowa, reguły wnioskowania). Liczne znane próby takich badań, spełniają te wymagania w różnym stopniu, skupiając się czasem bardziej na opisie badanych zjawisk (badania eksploracyjne) [np. 25, 29, 44, 52, 159, 160, 171], a kiedy indziej - na sprawdzaniu stawianych hipotez (badania weryfikujące) [np. 33, 34, 56, 111, 127, 155, 170, 173]. Są one może najpoprawniejsze pod względem metodologicznym. Zapewniają pewną powtarzalność (rzetelność) procedury i większą reprezentatywność badanych zbiorowości. Posługując się jednak zwykle metodami kwestionariuszowymi, przystają na pewne uproszczenia (na wybór pewnych fragmentów badanego zagadnienia) i uśrednianie zjawisk (szukanie wartości przeciętnych), co sprawia, że ich metodyczna elegancja pozostaje czasem w tyle za wartością heurystyczną. W dziedzinie badań nad subiektywnymi aspektami schizofrenii znane próby badawcze obejmowały raczej niewielkie grupy chorych i raczej rzadko wykraczały poza ramy wstępnej eksploracji zagadnień. Najbardziej podstawowym typem narzędzi są tu różne i w różnym stopniu standaryzowane i strukturalizowane kwestionariusze [np. 33, 52, 56, 72, 78, 86, 113, 122, 146] lub wywiady [np. 25, 29, 159, 160, 164, 179]. Rzadziej znaleźć można przykłady bardziej unikalnych metod, wyróżniających się np. sposobem wyszukiwania osób badanych (przez programy telewizyjne nt. "głosów" [145]) lub sposobem zapisu danych źródłowych (np. metoda próbkowania przeżyć, *Experience Sampling Method* [56], polegająca na wypełnianiu

dzienniczka w sygnalizowanych elektronicznie momentach zaplanowanych losowo na wiele dni).

UJĘCIA

Przedstawione tu ujęcia zwracają uwagę na bardzo różne aspekty indywidualnego doświadczenia choroby schizofrenicznej. Chcąc je jakoś uporządkować, wyodrębniono tu ujęcia związane: (1) z nadawaniem im jakiegoś znaczenia *poznawczego*, (2) z przypisywaniem znaczenia *emocjonalnego* np. w postaci ocen czy wartości, (3) z wyborem prostych reakcji czy złożonych strategii *zachowań* oraz (4) z zastosowaniem pojęć bardziej *całościowo* ujmujących próby konstruowania czy rekonstruowania takiego indywidualnego doświadczenia.

Aspekty poznawcze

Subiektywne doświadczenia (subjective experience). Termin ten dotyczy relacji pacjentów na temat przeżywanych przez nich stanów psychicznych, poddanych w możliwie najmniejszym stopniu próbom interpretacji. Uwaga klinicysty koncentruje się tu w sposób naturalny na tych fragmentach subiektywnego doświadczenia chorych, które są szczególnie niezwykle lub klinicznie (diagnostycznie, terapeutycznie, prognostycznie) doniosłe. Zapewne z tego powodu najwięcej uwagi poświęca się na ogół relacjom na temat tzw. przeżyć wytwórczych. Jednak, mimo iż relacje na temat objawów wytwórczych (urojeń, omamów) zawierają niemało akcentów nader subiektywnych [por. 49, 91, 145, 148], to jednak zapewne pozorna łatwość i tradycja ich "obiektywizowania" sprawia, że subiektywność pozostaje w nich prawie niedostrzegana i często niedoceniana.

Termin "subiektywne doświadczenia" jest w piśmiennictwie używany głównie w odniesieniu do innych aspektów przeżyć schizofrenicznych niż wytwórcze. Takimi trudniej poddającymi się "obiektywizacji" są objawy deficytowe [84, 106, 151], a także dyskretne

zakłócenia czynności poznawczych, emocjonalnych czy zachowań spotykane we wczesnych lub ubogoobjawowych fazach choroby [52,139,68,69,73,166,167]. Stanowią one zasadniczy cel badania "subiektywnego doświadczenia" w ostatnich latach, jak również przedmiot prób pomiaru dla dość licznych skal [50,52,84,93,151,166]. Nadzieją jest tu znalezienie nowych wymiarów psychopatologii zaburzeń schizofrenicznych, łatwiej poddających się konceptualizacji i pomiarowi w terminach neuropsychologicznych lub neurofizjologicznych [50]. Cel badania i stosowania tego pojęcia jest tu głównie poznawczy i nie wnika w zagadnienie subiektywnego znaczenia (*sensu*) tych przeżyć dla chorego. Podobnej analizy próbowano dla objawów katatonicznych [132], a także dla nieprawidłowych ruchów przymusowych [43].

W niektórych badaniach wykorzystywano nieco szersze ujęcie "subiektywnego doświadczenia", jako całościowej miary wynikającej z samooceny, zadowolenia z życia i odczuwanego cierpienia [39,146], wskazując na znaczące związki między tak ocenianym doświadczeniem a obserwowanymi zaburzeniami i funkcjonowaniem społecznym badanych. W własnych badaniach [179,184] próbowałem zrekonstruować sposób opisywania właściwości przeżywanego przez chorych doświadczenia bez pośrednictwa terminologii psychopatologicznej. Wyniki wskazywały, że opisywali oni je częściej jako coś należącego do nich ("moje"), raczej unikalnego i zrozumiałego, na co jednak nie mają wpływu.

Poczucie choroby - wgląd chorobowy. Koncepcja wglądu (*insight*) wychodzi poza samą relację na temat przeżywanego stanu. Zawiera w sobie obecność pewnego ich osądu, oceny, pewnej ich subiektywnej (tj. będącej udziałem przeżywającego podmiotu) obiektywizacji (tj. odniesienia do jakiejś świadomości innej niż subiektywna). Analiza tej koncepcji wiąże się z bardzo starym pytaniem o to, czy pacjenci schizofreniczni są czy nie są zdolni do wglądu.

Meya [124] cytując wypowiedź Westphala z 1880 r. uważa ją, za Pickiem, za pierwszą, w której problem stosunku chorego psychicznie do własnej choroby został dostrzeżony. Właściwą dyskusję rozpoczęła jednak dopiero praca Picka z 1882 r. dokumentująca wspomnianą wypowiedź licznymi przykładami potwierdzającymi zdolność chorego do ustosunkowania się wobec własnej choroby. Pewnym zamknięciem tej dyskusji było usystematyzowane przez Jaspersa [83] rozróżnienie poczucia (świadomości, *Bewußtsein*) choroby oraz wglądu chorobowego (*Einsicht*). Poczuciem choroby nazwał poczucie zmiany, które niekoniecznie musi się rozciągać na wszystkie objawy chorobowe i chorobę jako całość. Wglądem chorobowym proponował natomiast nazywać takie poczucie zmiany, które nie tylko rozciągane jest przez chorego na wszystkie objawy i chorobę jako całość, ale także wiąże się ze zdolnością do obiektywnej oceny ciężkości i natury przeżywanego stanu (jako choroby) w stopniu dostępnym przeciętnej jednostce tego samego kręgu kulturowego. Jaspers zwracał uwagę, że i chory, i jego otoczenie mogą posługiwać się innymi niż lekarz koncepcjami natury choroby oraz podkreślał, że ich złożoność i konsekwencja mogą być różne, odpowiednio do wykształcenia oraz typu umysłowości chorego i jego środowiska. Opisywał też wielki nakład wysiłku, z jakim poprzez samoobserwację, poszerzanie swej świadomości i przeżywanego stanu chorzy "przepracowują" swą początkowo pełną bezradność, dochodząc do własnego poglądu (postawy) wobec nich. Jego zdaniem, pełen wgląd chorobowy jest w psychozach schizofrenicznych raczej mało osiągalnym ideałem.

W ostatnich latach można zaobserwować wyraźny powrót zainteresowania zagadnieniem wglądu zarówno od strony teoretyczno-koncepcyjnej [1,51,53,112,142], jak i od strony badania jego aspektów klinicznych i patogenetycznych. Panuje dość zgodny pogląd, iż wgląd (*insight*, *Einsicht*) albo świadomość (*awareness*, *Bewußtsein*) jest zjawiskiem wielowymiarowym, przy czym za za-

sadne uważane bywa wyodrębnienie w analizach co najmniej trzech wymiarów:

- (1) zdolności oceny, że przeżywa się stan zaburzeń psychicznych (poczucie nieprawidłowości, deficytu, zmiany, krytycyzmu),
- (2) uznania, że stan ten jest chorobliwy (poczucie choroby, świadomość choroby) oraz
- (3) gotowości uznania konsekwencji tego stanu, tj. poddania się leczeniu (podjęciu biernego lub czynnego współdziałania w nim).

Autorzy dość zgodnie wskazują też na inne właściwości wglądu: ulega on zmianom stosownie do upływu czasu i dynamiki choroby [53,72,93,111], jego wymiary mają charakter ciągły a nie dychotomiczny (tj. możliwy jest wgląd cząstkowy)[53,93,112], jest zróżnicowany klinicznie (w różnym stopniu dotyczy różnych aspektów stanu psychicznego) [51,90,93] i podatny na wpływy kulturowe i środowiskowe [85]. Opracowano kilka narzędzi do opisu i analizy wglądu [2,22,54,111,113]. Własne próby [179,190] w tym zakresie dość konsekwentnie potwierdzały pewną niezależność kliniczną wymienionych trzech wymiarów wglądu.

Analizowane współcześnie patogenetyczne interpretacje [1,51,53,112] zjawiska braku wglądu u chorych na schizofrenię odnoszą je do:

- (1) *procesów poznawczych* (przypisanie przeżywanemu stanowi psychicznemu pewnych atrybutów wewnętrznych lub zewnętrznych),
- (2) *strategii obrony psychologicznej albo radzenia sobie* (np. poprzez zaprzeczanie) lub
- (3) *zaburzeń neuropsychologicznych* (jak w anozognozji lub uszkodzeniach płata czołowego).

Próby empirycznej weryfikacji tych hipotez nie dają jednoznacznych rezultatów. Niektórzy autorzy sugerują w związku z tym czwartą możliwość, że brak wglądu może być "pierwotnym" zjawiskiem, związanym bezpośrednio z hipotetycznym "procesem chorobowym" [51,86].

Koncepcje choroby. Pojęcie to oznacza bardziej przetworzone poznawczo ujęcie

własnej choroby, wyposażone w jakiś pogląd na temat jej natury, przyczyn, czy możliwości rozwojowych. Oznacza więc subiektywną wiedzę, subiektywny model teoretyczny. Sprawa względności klinicznych kryteriów zdrowia i choroby psychicznej ma bogate piśmiennictwo [por.64,156]. Mnogość "obiektywnych" modeli teoretycznych (biologicznych, psychologicznych, socjologicznych, egzystencjalnych, klinicznych, prawnych i in.) wywodzonych z tego samego w końcu rodzaju doświadczenia jest nader duża, a charakter zawartych w nich rekonstrukcji tego doświadczenia - nader rozbieżny. Także w odniesieniu do schizofrenii, proponowane są liczne "obiektywne" modele ujmowania tych zaburzeń, akcentujące już to pewne szczególne, czasem skrajne punkty widzenia [np. 64,94,180], już to rozmaite modele integrujące [np.36,45,48,134,198]. Rzadziej analizowane są przekonania (opinie, sposób rozumienia, ujmowania) samych pacjentów dotyczące natury przeżywanego przez nich stanu. Nieliczne prace podejmujące to zagadnienie [4,108,159,173] zwracają uwagę na niemałe podobieństwa między taką wiedzą a modelami ujmowania, jakimi dysponuje psychiatria. W większości badań analizowane są koncepcje (modele) wybrane z góry, a rola chorych polega tylko na określeniu stopnia ich akceptacji lub odrzucenia. Bada się więc raczej subiektywną ocenę założonych koncepcji choroby, niż spontanicznie wybierane przez chorych, sposoby ujmowania przeżywanego zaburzenia. W rezultacie, porównania koncepcji "obiektywnych" i "subiektywnych" wykazują różnice natury raczej ilościowej, a zauważalnie mniejszy udział w modelach "subiektywnych" koncepcji medycznych, biologicznych czy innych, bliskich modelowi klinicznemu wynika m.in. z silniejszego wpływu takich czynników, jak: emocjonalne zabarwienie doświadczonych wydarzeń, zróżnicowane (wewnętrzne lub zewnętrzne wobec osoby) usytuowanie mechanizmów pełniących rolę kontroli nad jej zachowaniem (tzw. *locus of control*), a także brak krytycyzmu w ocenie intensywnie

przeżywanych zjawisk. Wyniki badań [4] nie dają jasnej odpowiedzi na pytanie o trwałość takich subiektywnych koncepcji. Ullrich i wsp. [173] na podstawie badania wglądu i koncepcji choroby u pacjentów przyjmowanych dobrowolnie lub przymusowo sugerują, że w trakcie leczenia i w związku z poprawą stanu psychicznie zmieniają się raczej konsekwencje wybranej koncepcji natury choroby (krytycyzm, poczucie choroby, gotowość leczenia) niż sam wybór koncepcji (np. medyczno-psychologicznej lub medyczno-somatycznej, genetycznej, psychospołecznej lub metafizycznej). W niektórych badaniach porównuje się koncepcje choroby chorych i ich bliskiego otoczenia, znajdując na ogół wyraźne różnice preferencji [5,29,160].

W własnych badaniach [179] próbowałem najpierw ustalić wymieniane przez chorych określenia (ujęcia) przeżywanych trudności powodujących kontakt z leczeniem, a dopiero wtórnie analizowałem typ układu odniesienia, w jakim te indywidualne ujęcia były osadzone. Wyniki pokazały, iż osobowościowy lub egzystencjalny sposób ujmowania przeżywanych zaburzeń przeważały na medycznym i społecznym. Natomiast w ocenie przyczyn ich wystąpienia najczęściej wskazywano na złożoność uwarunkowań (wieloprzyczynowość), częściej jednak na czynniki społeczne lub osobowościowe niż biologiczne lub sytuacyjne. Jednym z podstawowych i ważnych klinicznie atrybutów tej subiektywnej wiedzy wydaje się tendencja do utożsamiania lub nieutożsamiania doświadczenia choroby z własną osobą (umiejscowienie jej przyczyn, odczucie przynależności do sfery "ja", poczucie wpływu), silnie rzutująca na wiele zmiennych klinicznych [184,185,187,188]. Bliższa analiza modelu subiektywnego [182] pozwoliła wskazać na przewagę subiektywizującego ujmowania własnej choroby ("doświadczenie") nad ujęciem obiektywizującym ("wydarzenie"). Ujmowanie subiektywne wiązało się albo z dystansowaniem się wobec choroby (model: "doświadczenie-dystans"), albo z jej akceptacją (model: "doświadczenie-akceptacja"), na-

tomiast ujmowanie obiektywne prawie zawsze z dystansowaniem się (model: "wydarzenie-dystans"). Te trzy wynikające z analizy empirycznej typy subiektywnego modelu ("teorii") choroby schizofrenicznej występowały w badanej grupie 100 chorych w proporcji, odpowiednio - 3:2:3.

Aspekty wartościujące

Przemiany wartości. Niektórzy autorzy zwracają uwagę, iż przeżywanie zaburzeń schizofrenicznych może mieć dla chorych walor pozytywnego doświadczenia życiowego, a ich przebycie może prowadzić u nich do pozytywnej przemiany systemu wartości i realizowanych celów życiowych. Przykładów historycznych dostarcza tu Brzeziński [41] uzasadniając koncepcję *schizophrenia paradoxa-lis socialiter fausta*. Jego esej wydaje się jednak nie doceniać znaczenia tła kulturowego i historycznego dla interpretacji indywidualnych losów osób i późniejszej legendy o nich, co osłabia diagnostyczną i kliniczną wartość oraz zasadność proponowanego terminu. Ponadto, lektura wielu autobiografii [np. 13, 40,110,157] pozwala na wątpliwości czy istotnie w takich przypadkach jest coś paradoksalnego. Z perspektywy neuropsychologa Epstein [61] analizuje warunki, w których przeżywanie psychotycznej dezorganizacji mogłoby przyjmować pozytywny kierunek rozwoju. Z perspektywy psychoterapeuty Benedetti [15] wskazuje działania prowadzące do pozytywnego spożytkowania przeżyć schizofrenicznych, do ich terapeutycznie symbolicznej "pozytywizacji" (*Positivierung*). Podobnie Semrad [za: 117] postuluje oswajanie chorego z przeżywanymi sprzecznymi stanami uczuciowymi i ukazanie mu ich w odmiennej, szerszej perspektywie poznawczej. Searles [150] wskazuje wielorakie znaczenia, jakie ma dla chorego jego zaburzony, ale własny świat przeżyć. Racamier [143] podkreśla paradoksalność pozycji, jakie wybiera chory wobec całego świata i swoich przeżyć - na jego bezsilność, ale i niespotykaną, specyficzną siłę

jego postaw. Także Kępiński [91] zauważa szansę pozytywnego rozwoju po przebyciu zaburzeń schizofrenicznych. Podkreśla on częstą odmienną perspektywę poznawczą, z jakiej chorzy patrzą na swoje życie. Wyraża się ona dużą częstością problematyki metafizycznej (ontologicznej, eschatologicznej, charyzmatycznej) w ich przeżyciach, co nadaje im specyficzny rys wartościujący. Zagadnienie zdolności do rozwoju osobowego, a nawet do jego pogłębienia w następstwie trudnych niosących cierpienie doświadczeń choroby schizofrenicznej badała Opoczyńska [136], wykorzystując tu język i koncepcję logoterapii Frankla. Wyniki tego studium sugerują, że przeżywanie schizofrenii stwarza niekiedy i takie możliwości, choć ogrom trudności nie pozwala w tym względzie na zbyt łatwy entuzjazm i optymizm. Jednak uzyskane wyniki skłaniają ją do twierdzenia, że przeżywanie schizofrenii często pozostawia człowiekowi porcję wolności wystarczającą do prób przetwarzania (także pozytywnego) narzucanych przez chorobę ograniczeń i osiągania spełnienia upragnionych wartości. Na marginesie tych uwag trzeba jeszcze wspomnieć o propozycji Lainga [99], który z perspektywy fenomenologa-antypsychiatry zachęca do *"wspaniałej podróży do wewnątrz"*, jaką są jego zdaniem zaburzenia schizofreniczne. Mimo całej swej kontrowersyjności, propozycja ta zawiera w sobie tę samą myśl, co inne przytoczone tu przyczynki - myśl o możliwości pozytywnej przemiany niektórych wartości życiowych w związku z przeżywaniem zaburzeń schizofrenicznych (czy nawet: dzięki nim).

Znaczenie pozytywnego stosunku emocjonalnego chorych na schizofrenię do przeżyć okresu choroby akcentują też Stark [159] i Böck [29] na podstawie doświadczeń terapeutycznych i badań eksploracyjnych. Interesujące są tu zwłaszcza spostrzeżenia Böcka dotyczące pacjentów nieleczonych psychiatrycznie [25], a wśród nich takich, którzy nie byli leczeni nigdy.

Wiele przykładów wskazujących na takie optymistyczne i pozytywne przetworzenie

doświadczeń związanych z chorobą schizofreniczną - jej objawami [np. 8,197], terapią [40,157], następstwami życiowymi [np.31], rozwojem osobowym [135,157]) - pokazują autobiograficzne relacje chorych.

Własne badania [179] poozwołyły stwierdzić, że obszar emocjonalnej aprobaty przeżywanych zaburzeń w grupie 100 chorych na schizofrenię był znaczący, bo w zależności od metody oszacowania (zabarwienie przymiotników, ocena proporcja przeżyć przyjemnych wobec przykrych, dyferencjał semantyczny, pogłębiony wywiad) wahał się od 11 do 26% badanych. Uzasadnieniem takich odczuć było przekonanie o zyskiwaniu pewnej nauki życiowej, pozytywnej zmiany życiowej i osobowościowej, a czasem - interesujący charakter samych przeżyć lub potwierdzenie własnej wartości wynikającej z przetrwania cierpienia lub innych trudności.

Tych kilka uwag nie równoważy ogromnej, a nawet przytłaczającej przewagi takich obserwacji i relacji, które przypisują zaburzeniom schizofrenicznym negatywną wartość oraz negatywny wpływ na świat wartości chorych [np. 49,91,94]. Podjęta przy pomocy techniki dyferencjału semantycznego Osgooda próba rekonstrukcji systemu wartości życiowych uznanego przez chorych na schizofrenię [183] przydawała indywidualnie ujmowanej "własnej chorobie" rolę silnie negatywnej i niezwykle silnie angażującej dominanty tego systemu. Można sądzić, że zwłaszcza ten silnie angażujący wymiar wartościowania doświadczanej choroby określa możliwości zarówno destrukcyjnego, jak i konstruktywnego jej wpływu na życie chorych.

Aspekt zachowania

Mechanizmy przetrwania, radzenia sobie. Próby autoterapii. Już w 1911 r. Bertschinger [18] zastanawiał się nad mechanizmami leczniczymi w "otępieniu wczesnym" opisując przykłady radzenia sobie przez "korekcję" (urojeń), zmianę znaczenia, "przesymbolizowanie" (sytuacji) lub "obejście"

(kompleksów). Podobnie Müller [128] omawiał rolę "wyłączenia", "korekcji" i "realnego rozumienia" w procesie przewycięzania zaburzeń. Kläesi [95] proponując indywidualizowanie sposobów podejścia leczniczego omawiał różne typy tendencji autoterapeutycznych wśród chorych: wypieranie, racjonalne poszukiwanie rozwiązań, histeroidalne formułowanie objawów, zobojętnienie oraz niespokojne przeciwstawianie się zaburzeniom.

Lange [103] w 19% spośród 616 historii chorób znalazł przykłady różnych mechanizmów przewycięzania zaburzeń. Zestawia on je też z przykładami zaczerpniętymi z piśmiennictwa. Zwraca uwagę na ujęcia traktujące całość psychozy schizofrenicznej jako próbę przewycięzenia sytuacji (psychicznej, życiowej), której nie można zmienić w inny sposób. Ten typ myślenia byłby charakterystyczny dla psychoanalizy, ale także dla, na przykład, Langa (mystyfikacja stosunków w rodzinie) czy Batesona (zdwojone wiązanie). Bardzo wiele objawów schizofrenicznych bywa ujmowanych jako próba przewycięzania trudności, problemów życiowych. Ponadto Lange wymienia szereg "globalnych strategii w walce z psychozą" takich, jak: próby analizy siebie i świata, poszukiwanie wyjaśnień w książkach, poszukiwania psychoterapii, technik medytacyjnych, pomocy duszpasterskiej, stosowanie różnych leków, środków uzależniających, szczególnych diet, kuracji medycznych i paramedycznych, uciekanie się do twórczości artystycznej czy prymitywnej. Autor ten rozróżnia też specyficzne strategie życiowe, które mogą mieć charakter regresywny (wycofywanie się, unikanie, nasilanie kontroli) lub progresywny (np. zmiany partnerów życiowych, środowisk, zawodów, podejmowanie podróży, nawiązywanie kontaktów).

Także Scharfetter [148] podkreśla kompensacyjno-ochronny charakter wielu objawów schizofrenii wobec zagrożenia poczucia "ja" oraz znaczenie autoterapeutycznych prób przewycięzania psychotycznej alienacji i izolacji. Dynamikę naturalnego procesu autoterapeutycznego (od dostrzegania, poprzez moni-

torowanie, do prób kontrolowania przebiegu choroby) opisują Breier i Strauss [38]. Böck i Weigand [30] opisują autoterapię (*Selbsthilfe*) jako sposób zwiększenia aktywnego udziału chorych w leczeniu zalecanym im przez innych (*Fremdhilfe*). Inni zwracają uwagę na zmieniające się w zależności od historycznych prądów i koncepcji etiologicznych [32], a współcześnie - na coraz częściej podkreślane znaczenie aktywnego udziału chorych w leczeniu [30,42,165,168]. Böker i Brenner [13] przeglądając piśmiennictwo poświęcone wysiłkom autoterapeutycznym chorych, również podkreślają obronne znaczenie objawów, które mogą być w tym celu tworzone, modyfikowane lub negowane, wypierane i przeinterpretowane. Innym wyjściem służącym autoterapii jest ćwiczenie pozostających zdrowych funkcji. Autorzy ci [33] potwierdzili próby kompensowania przejawów tzw. "zaburzeń podstawowych" u wszystkich 40 chorych badanych w czasie remisji. Stwierdzili, że próby te dotyczyły około 2/3 wszystkich stwierdzanych u pacjentów objawów i że były to w większości kompensacje "zorientowane na problem", czyli aktywne a nie - bierne (unikanie, wycofywanie się). Süllwold [166] podkreśla zarówno stabilizujący, jak i zakłócający życie chorych wpływ takich prób przewycięzania "podstawowych zaburzeń". Gross i wsp. [73] umieścili próby świadomego przewycięzania "objawów podstawowych" (przez unikanie, przyzwyczajanie, kompensowanie wysiłkiem woli, ćwiczenie określonych zachowań) wśród inwentarza tych objawów (BSABS), tym samym występują tu one w podwójnej roli. Fallon i Talbott [66] badali sposoby radzenia sobie z przewlekłymi omamami słuchowymi, spostrzegając sposoby oddziałujące poprzez zachowanie (np. ruch, szukanie kontaktów), poprzez regulowanie poziomu wzbudzenia (np. sen, leżenie, zagłuszanie muzyką) lub poprzez wysiłek natury poznawczej (np. podejmowanie dyskusji, ignorowanie). Badaniem mechanizmów radzenia sobie z objawami wytwórczymi psychoz, zwłaszcza urojeniami i omamami było przedmiotem wielu innych

badania [35,44,57,58,104,147,170,171,175,195], które posłużyły do wypracowania poznawczo-behawioralnych form ich leczenia lub do racjonalizowania ich autoterapeutycznego wysiłku [46,60,147,172]. Schindler [149] przedstawiając psychodynamiczne ujęcie mechanizmów utrwalania się zmian osobowości pod wpływem zaburzeń schizofrenicznych (tzw. "defektu") zauważa między innymi rolę postaw chorych i wysiłku wkładanego przez nich w przezwyciężenie tego procesu. Na mechanizmy aktywnego radzenia sobie w przewlekłych fazach choroby z trudnościami funkcjonowania i obawą dekompensacji wskazują Strauss i wsp. [164] wymieniając fazy: "moratorium" (wycofania się i skrywanej mobilizacji), "punkty zmiany" (nagle przesunięcia aktywności), "pułap" (szybkie wyzwalanie dużej aktywności, aż do dekompensacji).

Na podstawie wyników własnych badań [181,186] mogłem opisać ponad 100 różnych prób radzenia sobie z bardziej całościowo rozumianym doświadczeniem przeżywanym zaburzeń schizofrenicznych. Można było wyodrębnić wśród nich trzy podstawowe style radzenia sobie: "przełamywanie wysiłkiem woli", "szukanie oparcia" i "bierność". Pacjenci często wymieniali aktywne próby radzenia sobie, preferowali jednak bierność. Jedynie 15% z nich spontanicznie preferowało "szukanie oparcia" w działaniach medycznych. Bardziej drobiazgowy opis strategii radzenia sobie z wytwórczymi objawami psychozy, posługujący się kwestionariuszem OISC [194] przedstawili Krzyżanowska i Lenard [97] potwierdzając zróżnicowanie i przewagę aktywnych form radzenia sobie przez chorych z tymi objawami.

Wiele spostrzeżeń na temat racjonalnych i mniej racjonalnych strategii życiowych i sposobów postępowania przeciwdziałających przeżywanym zaburzeniom schizofrenicznym zawierają autobiografie chorych [np. 8,13,31,40,135].

Współdziałanie w leczeniu (compliance). Jest rodzajem zachowania, które obok ważnych aspektów farmakologicznych ma istotne

aspekty subiektywne. Wpływ czynników subiektywnych w kształtowaniu reakcji chorych na schizofrenię wobec stosowanej u nich farmakoterapii zyskuje coraz większą uwagę od czasu, gdy standardowo stosowane neuroleptyki osiągnęły pułap swej skuteczności, a przedwczesne, nieracjonalne porzucenie farmakoterapii, niedostateczne współdziałanie chorych w leczeniu farmakologicznym (lub brak współdziałania) w znacznym stopniu obniżają jego potencjalną skuteczność. Jednak już wcześniej [za: 169] wskazywano na duże znaczenie oczekiwań pacjenta i lekarza wobec farmakoterapii na wyniki jej stosowania. Liczne w ostatnich latach badania [11,77,96,114,139,142] dowodzą wyraźnego wpływu wielu subiektywnych czynników na terapeutyczny efekt działania leku. Można je pogrupować na związane z:

- (1) *subiektywnym znaczeniem choroby dla pacjenta* (postawa wobec niej, wgląd, koncepcja i emocjonalny stosunek do niej, ogólna gotowość do leczenia się),
- (2) *subiektywnym odbiciem relacji między chorym a jego otoczeniem* (zaufanie do leczącego, zbieżność koncepcji choroby między nim a pacjentem, wpływ postaw rodziny wobec choroby i oczekiwań wobec chorego, znaczenie warunków instytucjonalnych, w których leczenie się odbywa),
- (3) *subiektywnym znaczeniem samego leku* (rodzaj i sposób podanej informacji o jego działaniu, oczekiwane lub doświadczone już wcześniej różnorodne koszty i korzyści jego przyjmowania),
- (4) *subiektywnym odczuciem działania leku* (gotowość do tzw. reakcji dysforycznej, indywidualna wrażliwość na wystąpienie objawów niepożądanych i ich poznawcza interpretacja).

Opracowano liczne narzędzia pozwalające oceniać stosunek chorych do proponowanego im leczenia i przewidywać ich niechętną reakcję [12,55,78,79,130,174]. Szersze ich omówienie przedstawili Szafranski i Murawiec [169], którzy zaproponowali również własny podział zagadnień związanych z udziałem

czynników subiektywnych w kształtowaniu efektów farmakoterapii.

Analizowano też [7] i badano [76] subiektywne aspekty przeżywania izolacji (w odrębnym, odpowiednio przygotowanym pomieszczeniu), procedury medycznej stosowanej wobec pacjentów jako środek zapobiegający skutkom gwałtownych lub niebezpiecznych zachowań, stwierdzając wyraźne różnice między postawami pacjentów (przykre, poniżające doświadczenie) i personelu (pożyteczna, uspokajająca procedura) wobec doświadczenia izolacji, choć obie grupy zgadzały się, że jej zastosowanie bywa konieczne i celowe. Rozbieżności stwierdzano też porównując oczekiwania i subiektywną ocenę całościowo rozumianego doświadczenia hospitalizacji [71].

Autorefleksja. Znaczenie samoobserwacji i zdolności do refleksji, czyli do rozumiejącego przyswajania sobie egzystencjalnego znaczenia przeżywanych zaburzeń podkreślał Jaspers [83]. Jest to bardziej złożona dyspozycja do zachowania się wobec przeżywanej choroby niż omówione dotąd próby radzenia sobie, choć powiązana z nimi. Takie czy inne strategie postępowania mogą łatwiej powstawać i być wprowadzane w życie, gdy osoba jest zdolna do refleksji nad dotykającymi ją trudnościami. Estroff [62] zwraca uwagę na centralne znaczenie zdolności do refleksji w konstrukcji jaźni (*self*).

Simko [152,153] krytykując koncepcję rzekomonerwicowej schizofrenii Hocha i Polatina dowodził, że jej jakby nie w pełni wykształcony obraz wynika ze stabilizującego i ochronnego wpływu autorefleksji chorego na zakłócające działanie hipotetycznych czynników i mechanizmów chorobowych. Jego zdaniem działanie tej "czysto ludzkiej" zdolności przejawia się z jednej strony mechanizmami ochronno-obronnymi nastawionymi na zwalczanie, ograniczanie i dystansowanie choroby, a z drugiej - mechanizmami stapiającymi i racjonalizującymi jej przejawy. W sumie tworzą one barierę, której niesprawność może powodować występowanie krótkotrwałych nie-

nasilonych epizodów zaburzeń ("mikropsychozy" Hocha i Polatina) lub objawów nerwicowych, zwłaszcza natręctw i objawów hipochondryczno-cenestetycznych. Załamanie się tej bariery uwalniałoby pełen obraz zaburzeń. Podobną koncepcją jest "stabilizująca intencjonalność" przeciwstawiająca się "zakłócającej dynamice zaburzeń" w ujęciu Janzarika [129,152].

W własnych badaniach [179] próbą oszacowania takiej zdolności do refleksji była zdolność chorych do wskazania jakichś etapów, jakiejś sensownej (uporządkowanej, przemyślanej) sekwencji wydarzeń związanych z rozwojem doświadczanej choroby. Okazało się że zdolność ta jest zróżnicowana, lecz u większości chorych zachowana w postaci uproszczonej (rytm hospitalizacji, nawrotów - 23%) lub pogłębionej (interpretacje obiektywizujące rozwój choroby poprzez nawiązanie do objawów bądź dynamiki choroby, albo subiektywizujące wpływ poprzez nawiązywanie do zmian samooceny, stosunku do ludzi, do życia, do doświadczenia choroby - 56%). Refleksyjność szacowaną na podstawie obserwowanej w czasie wywiadu z badanymi swobody dyskusowania doświadczenia swej choroby (w przeciwieństwie do unikania rozmowy na ten temat) i dysponowania jakąś sensowną jego koncepcją (w przeciwieństwie do jej braku lub stereotypowości) przejawiało w mniejszym lub większym stopniu 30-40% badanych.

PODEJŚCIA INTEGRUJĄCE

Jakość życia. Często rozbieżność ocen stanu klinicznego, poziomu funkcjonowania w różnych obszarach aktywności życiowej, a także ocen skuteczności czy uciążliwości leczenia między zewnętrznymi obserwatorami a samymi pacjentami zapoczątkowała w ostatnich latach bujny rozwój badań nad "jakością życia". Ten nowy "wytrych terminologiczny" budzi jak dotąd przede wszystkim żywe dyskusje nad obszarem i strukturą swego znaczenia oraz metodami opisu i pomiaru - także w

badaniach nad schizofrenią [81,102]. Ich znaczenie dla prowadzonych tu rozważań polega na tym, że coraz silniej akcentowany jest w nich subiektywny aspekt "jakości życia", tj. poziom zadowolenia czy samopoczucia związany z funkcjonowaniem zakłócanym przez chorobę i jej leczenie.

Osoba. Posłużenie się koncepcją "osoby" (*person*) lub "bycia osobą" (*personhood*) sugeruje Strauss [161-3], który na podstawie własnych badań i obserwacji zwraca uwagę na kluczowe znaczenie relacji między osobą aktywnie konstruującą na podstawie doświadczeń swój obraz siebie, świata i wzajemnych interakcji między nimi a doświadczanymi przez nią zaburzeniami dla kształtowania się obrazu choroby [161,162], jej następstw, wyników leczenia [165] i długoterminowego przebiegu [164]. *Osoba* jest przez niego rozumiana jako wielowymiarowa, złożona, choć unikalna całość wchodząca w aktywne relacje z otoczeniem i własnym rozwojem ("psychologiczna istota, ukonstytuowana biologicznie i funkcjonująca w kontekście środowiskowym"), która w relacji z zaburzeniami zachowuje się w sposób aktywny, nieschematyczny i często trudny do odczytania i przewidywania przez otoczenie. Przedmiotem zainteresowania badacza i klinicysty nie jest stereotypowy proces chorobowy odciskający się jak stempel na pozbawionej wyrazu "by-le-osobie" (*everyperson*), lecz zaburzające procesy wchodzące w interakcje z *osobą*,

postępującą celowo, której uczucia i interpretacje wpływają na zachowanie i w rezultacie także na przebieg zdrowienia i choroby, która świadomie i nieświadomie korzysta z mechanizmów regulujących, gotowa zarówno do zachowania ciągłości, jak i umożliwiania zmian [161, s.185]

Autor postuluje poszerzenie pola analizy i obserwacji klinicznej o takie przesłanki (np. indywidualne cele, strategie regulowania związków z otoczeniem, przebieg linii życiowej), które pozwalają w sposób bardziej dynamiczny analizować zjawiska kliniczne niż współcześnie dominujące tendencje do staty-

cznego etykietowania i kategoryzowania obywateli, czy poziomu funkcjonowania społecznego.

Koncepcja osoby, choć bardzo interesująca, jak widać choćby z tego opisu, niełatwo podaje się jasnemu zdefiniowaniu i przełożeniu na język pytań badawczych.

Poczucie siebie (self, ego) jest w psychiatrii jednym z pojęć, które można określić jako bardzo obiecujące, choć słabo zakorzenione. Niestety ze względu na jego szerokie użycie poza psychiatrią, dostosowanie jego znaczenia do analizy zaburzeń schizofrenicznych, choć zdaniem wielu psychopatologów [83,148] podstawowe, nie jest ani łatwe, ani popularne. Na przydatność pojęcia *self* do analizy subiektywnych aspektów przeżywania doświadczenia schizofrenii, z pozycji psychologa społecznego zwraca uwagę Estroff [62]. Wskazuje na znaczenie wymiaru czasu (biografii), wymiaru tożsamości (indywidualnej i społecznej), relacji społecznych (pełnionych ról) a także centralnego dla jaźni wymiaru "znaczenia i wiedzy" (nadawania znaczenia, poznawania świata, zdobywania doświadczeń). Wskazuje ona jak istotnie rozbiegać mogą się w świadomości chorego i w jego relacjach z leczącymi i żyjącymi wokół niego tak różne konstatacje, jak "mieć schizofrenię", "być schizofrenicznym", czy "być chorym na schizofrenię", jak zmienia to jego relacje z sobą samym i otoczeniem, stosunek do upływu czasu, do poczucia sensu przeżywanych trudności, swojego życia i siebie samego. Na rozległość możliwości analizy indywidualnego doświadczenia schizofrenii w kategoriach *self* zwracają uwagę autorzy analizujący jej odniesienia psychopatologiczne [148] czy kulturowe [63].

Sposób istnienia (Dasein, In-der-Welt Sein). Pojęcia te przenoszą codzienny subiektywny sens doświadczenia choroby na płaszczyznę metafizyczną, nie tracąc jednak swego całkowicie indywidualnego kontekstu. Z tego powodu traktowanie ich jako konstruktywów, czy abstraktów o bardziej uniwersalnym zastosowaniu wydaje się słabo upraw-

nione, choć dla celów heurystycznych - możliwe.

Nie sposób w krótkim przeglądzie pokazać przebieg interpretacji egzystencjalnych prowadzących od konkretnych szczegółów analizowanych biografii do wysoce abstrakcyjnych konstruktów ilustrujących odmiany sposobu bycia-w-świecie powstające w wyniku zatrzymania (skrajnego zahamowania, kurczenia się, zamrożenia, zawieszenia) przez chorobę schizofreniczną naturalnego dla danej osoby "zamysłu świata", planu życiowego, (*Welt-Entwurf*). Binswanger [19] mówi np. o "przekraczaniu" (*Verstiegenheit*), "odwróceniu" (*Verschrobenheit*) i "manieryczności" (*Manieriertheit*) jako skrajnych, nieudanych formach istnienia zaobserwowanych u osób, u których rozpoznano schizofrenię. Blankenburg [24] opisuje w nieparanoidalnych postaciach schizofrenii "utrącenie naturalnej zrozumiałości siebie", a Kulenkampff [] w psychozach paranoidalnych m.in.: "pozbawienie schronienia" (*Entbergung*) czy "granic" (*Entgrenzung*) lub "bycie zwyciężonym" (*Bewältigung*) [98]. Znaczenie poznawcze i praktyczne takich konstrukcji polega, jak się wydaje, głównie na dokumentowaniu możliwości znajdowania (nadawania, odgadywania, rekonstruowania) sensu w zdarzeniach i sekwencjach wydarzeń, w których jest on trudno dostrzegalny lub może nawet (pozornie?) nieobecny.

Jak sugerują obserwacje poczynione w trakcie własnych badań [179], nadawanie swemu doświadczeniu choroby tego typu metafizycznych znaczeń (szczególny sposób istnienia, odmienny stan świadomości, przeznaczenie, interwencja Boga) było wśród badanych chorych na schizofrenię dość częste (25%). Także niektórzy inni autorzy podkreślają zauważalną tendencję do wykorzystania metafizycznych koncepcji i interpretacji u chorych na schizofrenię [4,91,173]. Być może jest to wyraz ich gotowości do wchodzenia w opisane przez Binswangera szczególne formy istnienia, w następstwie trudności egzystencjalnych spowodowanych przez doświadczaną chorobę.

Postawy. W psychologii społecznej [133] postawą wobec jakiegoś przedmiotu (zjawiska, rzeczy, osoby) nazywa się zespół względnie stałych przekonań na temat tego przedmiotu (aspekt poznawczy), tendencji do ujawniania wobec niego określonych emocji i ocen (aspekt emocjonalny, wartościujący) i określonych zachowań (aspekt behawioralny). Teorie postaw analizują wzajemne relacje tych aspektów oraz relacje między postawami a innymi zmiennymi, wobec których postawy mogą pełnić rolę przesłanek wyjaśniających lub predyktujących. Zaletą pojęcia postawy w badaniu jest jego integrujący charakter - większość wymienionych powyżej koncepcji subiektywnego doświadczenia choroby schizofrenicznej wskazuje na różne właściwości postawy chorych wobec tego doświadczenia. Pojemność tego pojęcia sprawia, że obszar objętych zainteresowaniem właściwości postaw jest potencjalnie nader rozległy i zróżnicowany. Czy można w nim wyodrębnić jakieś przydatne klinicznie typy postaw?

Lipowski [109] opisuje reakcje psychospołeczne wobec chorób somatycznych. Ujęcie to jednak można, wydaje się, odnieść z powodzeniem do zaburzeń schizofrenicznych. Traktuje on tę reakcję jako złożoną z różnorodnych znaczeń przypisywanych chorobie (choroba jako: wyzwanie, strata, kara, korzyść), z różnych reakcji emocjonalnych wobec niej (np. lęku, przygnębienia, złości, uniesienia) oraz pewnego typu zachowań minimalizujących lub wyolbrzymiających indywidualne znaczenie choroby (przybliżanie, unikanie, kaptulacja).

W obrębie psychiatrii podstawowym przyczynkiem stała się praca Mayer-Grossa [115] o stosunku chorych do przebytej, ostrej psychozy. Stwierdził on, że psychoza taka powoduje rozchwianie podstawowych, egzystencjalnych wartości, że zagraża poczuciu ciągłości życiowej i potrzebie jej zachowania. Z tego powodu wywiera długotrwałe działanie następne, którego przewyciężanie następuje w różny sposób. Autor opisuje kilka typów takiego przewyciężania - typów postawy

wobec przebytych zaburzeń. "Zwątpienie" (negacja przyszłości) jest bolesnym przeżywaniem braku ciągłości. Trwa ono tym dłużej i jest tym głębsze, im silniej odczuwana jest przez chorego potrzeba zachowania ciągłości. "Oddzielenie" (*Ausscheidung*) czyli negacja epizodu choroby oraz "nowe życie" (*neues Leben*) czyli negacja całej przeszłości byłyby już próbami radzenia sobie przez jakby wyparcie, obejście problemu zachowania ciągłości życiowej. "Nawrócenie" (*Bekehrung*) czyli zasadnicza przemiana wartości byłaby próbą ustanowienia nowej tożsamości, zastępującej poprzednią. Nie musi mieć ona, jak sugeruje termin, charakteru religijnego, choć czasem dzieje się i tak. Wreszcie "wtopienie" (*Einschmelzung*) oznacza próbę harmonijnego połączenia w całość doświadczeń wynikających z choroby z innymi doświadczeniami życiowymi. Oznacza ono odbudowę i wzbogacenie poczucia ciągłości. W kontekście tej typologii Weitbrecht [193] mówił o różnego stopnia "amalgamatyzacji" doświadczeń chorobowych z innymi doświadczeniami. Można, czego Mayer-Gross nie zrobił, zestawić opisane przez niego typy postaw w kontinuum, na którego krańcach znajdują się z jednej strony "oddzielenie" i "nowe życie", a z drugiej - "nawrócenie" i "wtopienie" jako przykłady, odpowiednio, bardziej pasywnych i wypierających albo bardziej aktywnych i scalających postaw wobec zaburzeń. Po środku mieściłoby się "zwątpienie", które jest jakby zawieszeniem wszelkich wysiłków.

Do takiego ujęcia nawiązali Soskis i Bowers [155] rozróżniając kontinuum postaw wobec "przeżycia schizofrenicznego" - od izolujących do integrujących je. Przy pomocy specjalnego kwestionariusza zbadali 32 chorych po 7 latach od przebycia zaburzeń stwierdzając pozytywny związek między integrującą postawą a niektórymi cechami ich życiowego przystosowania. Powtarzając takie badania McGlashan i Carpenter [119] zbadali 30 chorych uzyskując częściowe potwierdzenie wyników. Kluczową w tym przypadku okazała się nieobecność postawy negatywnej.

Postawa pozytywna nie korelowała z wynikami leczenia. Müller i Günther [127] również wykorzystali to ujęcie do opracowania własnego kwestionariusza, którym przebadali 40 chorych w stanie pełnej remisji. Stwierdzili brak korelacji między typem postawy a większością analizowanych zmiennych poza pozytywnym związkiem postaw integrujących ze znajomością rozpoznań i oczekiwaniem pomocy.

Mayer-Gross opisał także [116] typy postaw wobec rozpoczynającej się psychozy schizofrenicznej, wskazując na ich związki z osobowością chorych oraz ewentualny wpływ na dalszy przebieg choroby. Postawy te ujął on w dwie pary: stopniowe, niezauważalne "podanie się - krytyczna walka" oraz entuzjastyczne "oddanie się nowemu - bezwolna aprobat". Weitbrecht [193] wspomina ponadto o typie "samopotwierzenia się" przez chorobę.

McGlashan, Levy i Carpenter [121] zaproponowali własną typologię "stylu powracania do zdrowia", która jednak silnie nawiązuje do koncepcji Mayer-Grossa [115]. Wyodrębnili oni dwa krańce kontinuum. Jeden z nich ("integracja") tworzą postawy chorych przekonanych, że psychoza wywarła głęboki wpływ na ich życie, identyfikujących ją jako coś własnego, osobistego, niewyłamującego się z ciągłości ich życia, mającego pewne aspekty pozytywne, wzbudzającego zaciekawienie i sprzyjającego realistycznej, choć czasem bolesnej wiedzy o sobie. Na drugim krańcu autorzy ci umieścili postawę nazwaną "opieczętowaniem" (*sealing-over*), którą cechują właściwości przeciwstawne. Przedstawiono przykłady chorych reprezentujących takie postawy [120] i obserwacje dotyczące ich związku z przebiegiem choroby [118] oraz podjęto próbę ich dynamicznej interpretacji [105]. Przy pomocy prostej skali [122] wyodrębniono odpowiednie grupy chorych stwierdzając, że chorzy "integrujący" rysują swoją chorobę w sposób bardziej zróżnicowany i ekspresyjny (więcej kolorów, ruchu, szczegółów) niż chorzy "opieczętowujący". O rysunku jako metodzie badania "przeżycia

schizofrenicznego" donosili też Wadeson i Carpenter [176] wskazując zwłaszcza na "przenikliwą" obecność depresji w takich ry-sunkach.

Własne badania [179,185] przy pomocy częściowo strukturalizowanego, pogłębionego wywiadu oraz kilku innych bardziej standaryzowanych metod [188,189,191] pozwoliły, po opisanu szeregu poznawczych, wartościujących i behawioralnych właściwości postaw wobec "przeżywanymi zaburzeń schizofrenicznych" u 100 hospitalizowanych z tego powodu chorych, na wyodrębnienie kontinuum postaw podobnego do opisywanych przez innych autorów. Rozciągnięte są one między typem postawy izolującej (oddalającej) subiektywnie zdefiniowane doświadczenie choroby od innych doświadczeń życiowych a typem postawy integrującej (asymilującej) te dwa rodzaje doświadczeń. Środek kontinuum zajmowały postawy niezdecydowane (zawieszona). Proporcja tych typów postawy faworyzowała postawy izolujące (42%), jednak przy wyraźnym udziale postaw niezdecydowanych (35%) i integrujących (23%). Definicja postaw izolujących wskazywała na ich związek z nieutożsamianiem przeżywanej choroby z sobą, negatywne jej wartościowanie oraz nierefleksyjność zachowań wobec niej. Postawy integrujące cechowała gotowość do utożsamiania choroby z sobą, jej pozytywnego wartościowania i refleksyjnego zachowania wobec niej. Postawy integrujące częściej wiązały się z większą otwartością (więcej krytyki, ale i propozycji zmian) wobec leczenia, lepszym funkcjonowaniem życiowym. Postawy izolujące cechowały częściej pacjentów mniej otwartych wobec leczenia i gorzej funkcjonujących. Postawy niezdecydowane korelowały z większym nasileniem zaburzeń. Otwarte pozostało zagadnienie stabilności i predyktywności postaw w stosunku do dalszego przebiegu i odległych następstw życiowych choroby. Próby porównania postaw chorych hospitalizowanych po raz pierwszy [187] i chorujących wiele lat [192] nie dostarczyły tu jasnych odpowiedzi, których można by ocze-

kiwać tylko podejmując badania katamnesticzne.

PRÓBA PODSUMOWANIA

Próbując podsumować przejrane piśmiennictwo poświęcone subiektywnym aspektom doświadczania choroby schizofrenicznej chciałbym najpierw zastanowić się nad celowością takich zainteresowań (po co?), a potem wskazać na kilka narzucających się ustaleń, które mogą być przydatne w planowaniu dalszych badań (jak?).

Po co?

Znaczenie poznawcze. Można mieć nadzieję, że sygnalizowane powyżej przykłady zagadnień składających się na indywidualne, subiektywne doświadczenie choroby schizofrenicznej same w sobie obrazują niezwykle ciekawy fragment rzeczywistości klinicznej o licznych implikacjach wkraczających w inne dziedziny refleksji naukowej. Doniosłość poznawczą tego zagadnienia potwierdzają też duże zainteresowanie i pokoleniowy wpływ, jaki wywarły opisy i analizy indywidualnego doświadczenia schizofrenii zawarte np. w pracach Binswagera [20], Lainga [100] czy Kępińskiego [91]. Obszar ten ma też prawdopodobnie wiele miejsc jeszcze nie odkrytych dla nauki oraz nieuporządkowanych lub niedocenionych przez nią. Jednym z nich wydaje się np. zagadnienie wglądu (*insight, awareness*) chorobowego odkurzone ostatnio po latach zapomnienia i intensywnie badane w nadziei znalezienia jego korzeni neuropsychologicznych lub poznawczych [1,51,53]. Innym przykładem może być zainteresowanie badawcze "doświadczeniem subiektywnym" (*subjective experience*) jako być może nowym, obiecującym wymiarem obrazu klinicznego schizofrenii [50,138].

Znaczenie praktyczne. Wiedza o subiektywnych aspektach doświadczenia choroby jest niezbędna dla prób psychoedukacyjnej, poznawczej i behawioralnej [np. 35,46,

75,144] terapii schizofrenii zyskujących sobie w ostatnich latach rosnące zainteresowanie, zastosowanie i uznanie jako sposób zwiększania skuteczności terapii zaburzeń schizofrenicznych [60,168,175]. W sposób bardziej może bezpośredni - znajomość i uwzględnianie tych zagadnień przydaje się w budowaniu współdziałania pacjenta w leczeniu farmakologicznym (*compliance*) [70,96,139], czy szerzej - jego aktywnej roli w terapii [165,168]. Własne doświadczenia gromadzone przy okazji badań wskazują, że niekiedy nawet sama rozmowa, zainteresowanie indywidualnymi aspektami doświadczenia choroby (np. strategiami radzenia sobie) wywiera pewien pozytywny wpływ terapeutyczny.

Znaczenie aksjologiczne. Dominuje dziś tendencja do przedmiotowego traktowania chorych na schizofrenię, do bagatelizowania znaczenia i wartości ich podmiotowych przeżyć oraz sensowności metod terapii działających za ich pośrednictwem. Większe zainteresowanie budzą ilościowe "parametry" opisu jego zachowania lub funkcjonowania oraz zawartość strzykawek lub modułów treningowych. Groźba zredukowania pacjenta do rozmiarów obiektu działań farmakologicznych czy psycho-socjotechnicznych mających eliminować jego "deficyty", "produkcję" psychotyczną lub rehabilitować jego "funkcjonowanie" staje się niekiedy realna. Warto wtedy pamiętać, iż *pacjent nie tyle bywa, co jest osobą* - czemu niekiedy daje zaskakujący wyraz [por. np. 126]. Docenienie tego faktu i pochylenie się nad subiektywnym doświadczeniem choroby chroni i nas samych przed groźbą wyższościowych postaw profesjonalnych (*psychiatrischer Großenwahn*) z ich bolesnymi skutkami znanymi z dalszej i całkiem nieodległej historii, by wspomnieć tylko "heroiczne" próby stosowania intruzywnych metod leczenia [74], niehumanitarne skutki "rewolucji" instytucjonalizujących lub deinstytucjonalizujących lecznictwo, czy - najbardziej skrajnie - "eugeniczne" przestanki przymusowej sterylizacji, a potem eksterminacji chorych w III Rzeszy [59].

Jak?

Możliwości poznania - idiografia i nomotetyka. Przegląd metod i koncepcji wykorzystywanych w studiowaniu subiektywnego doświadczenia choroby schizofrenicznej wskazuje na trudny do przewyciężenia dylemat metodologiczny. Z jednej strony głębokie, wnikliwie raporty i analizy dostarczające przekonujących, choć tylko jednostkowych argumentów idiograficznych, z drugiej - metodologicznie poprawne, choć często w swym wyrafinowaniu dość banalne argumenty nomotetyczne wynikające z badań i studiów, pozwalających na ujawnianie pewnych tendencji czy prawidłowości. Nie wydaje się, by mogły one funkcjonować niezależnie od siebie. Stąd wyłaniają się pomysły metodologiczne zmierzające do rozsądnego kompromisu między wadami i zaletami obu podejść, w postaci np. wykorzystania częściowo strukturowanych wywiadów [159,161], metod projekcyjnych [176,188], niezwykłych metod doboru badanych [25,27,28,145] lub próbkowania ich doświadczenia [56] czy funkcjonowania [17], korzystanie z jakościowych metod socjologicznych [3,67]. Drugim rozwiązaniem byłoby użycie wielu podejść w jednym badaniu tak, by gromadzić w jednym badaniu argumenty obu rodzajów, które mogłyby się wzajemnie uzupełniać i ilustrować [por. 115,136]. Taką drogą, choć jak dotąd z wyraźnie mniejszym wykorzystaniem zgromadzonej argumentacji idiograficznej postępowaty własne badania [179].

Fenomen - wielowymiarowość i różnorodność. Każde doświadczenie (subiektywna refleksja rozpoznająca sens wydarzeń lub nadająca im go) jest fenomenem złożonym, a złożoność choroby schizofrenicznej komplikuje poznawalność tego szczególnego doświadczenia w dwojnasób, z takich choćby powodów, jak liczne trudności i pewna nieoznaczoność kontaktu z chorym [92], zjawisko braku wglądu, czy zwykła różnorodność i zmienność przejawów choroby. Liczba i niejednorodność przytoczonych powyżej, najbardziej podsta-

wowych ujęć, poprzez które próbujemy unocznąć sobie subiektywne doświadczenie schizofrenii, dobrze ilustruje tę złożoność. Ta konstatacja stwarza pewne sugestie koncepcyjne i metodyczne. Sugestie koncepcyjne podpowiadają szukanie takiego pojęcia, które umożliwiałoby studiowanie indywidualnego doświadczenia schizofrenicznego w sposób zapewniający zarówno wielowymiarową i wielowątkową analizę, jak i pewną integrującą syntezę. Sugestie metodyczne wskazują na konieczność szukania różnych metod i narzędzi w celu odsłonięcia możliwie licznych właściwości badanego zagadnienia.

Konceptualizacja - postawa. Dogodnym pojęciem odpowiadającym na sformułowane postulaty jest pojęcie postawy, często wykorzystywane w badaniach z zakresu psychologii społecznej i - jak się wydaje - potencjalnie obiecujące, choć mało wykorzystywane także w psychiatrii. W zakresie badania subiektywnego doświadczenia choroby schizofrenicznej można prześledzić wyraźnie zarysowującą się linię badań wykorzystujących to podejście [115,121,127,155]. Wybrane też ono zostało i okazało się bardzo przydatne oraz płodne w badaniach własnych [179]. Wiele innych wymienionych w tym przeglądzie koncepcji można uważać za fragmenty tworzące szeroko rozumianą postawę, jako jej różnorodne atrybuty - np. subiektywne doświadczenie, wgląd, zmiany wartości, jakość życia, radzenie sobie. Pojęcie postawy jest zarazem konstruktem względnie prostym i łatwo poddającym się operacjonalizacji badawczej - co z badawczego punktu widzenia korzystnie odróżnia je od takich, mniej jasnych i trudniej poddających się operacjonalizacji konstruktyw jak: jaźń (*self*), osoba (*person*) czy sposób istnienia (*Dasein*).

Typologie - rekonstruowanie, tendencje. Pojęcie "postawy" pozwala też na syntetyczne uogólnienie. Tym, które przewijało się w badaniach od ponad siedemdziesięciu lat [115,121,127,155] i do którego prowadziły też wnioski z badań własnych [179], jest rozróżnienie dwojakiego typu postaw chorych na

schizofrenię wobec przeżywanego doświadczenia. Są to z jednej strony postawy zmierzające do włączenia doświadczenia choroby w krąg asymilowanych doświadczeń życiowych (stapiania, nawrócenia, amalgowania, integrowania), z drugiej - do wydalenia go poza ten krąg (nowe życie, negacja, oddalenie, izolowanie, opieczętownienie). Te "idealne" typy realnie obserwowanych postaw wyznaczałyby krańce kontinuum, którego środek zajmowałyby postawy niezdecydowane, cechujące się tymczasowym lub może niekiedy trwałym zawieszeniem bardziej zdecydowanego wyboru (zwątpienie).

Związki - rozumienie i wyjaśnianie. Jeśli odróżnić za Jaspersem [83] *rozumienie* jako hermeneutyczną metodę interpretowania zrozumiałych związków badanego zjawiska z innymi zjawiskami i wpływem czasu, a *wyjaśnianie* jako metodę przyczynowo-skutkowego wyprowadzania jednych zjawisk z innych, to w zakresie badań nad indywidualnym doświadczeniem schizofrenii próby rozumienia (studia kaziustyczne, autobiografie, analizy fenomenologiczne i egzystencjalne), zdecydowanie przeważają nad próbami wyjaśniania. Te ostatnie, podejmowane w celu znalezienia: patogenetycznych [1,50,139], klinicznych [1,105,185], prognostycznych [118,119,127,155,179] lub terapeutycznych [164,179] korelacji postaw są stosunkowo nieliczne i mało jednoznaczne. Wymagają dalszych badań. Dotyczy to zwłaszcza oceny znaczenia wpływu czasu na postawy (ich zmienność lub trwałość) oraz prognostycznego znaczenia postaw (np. dla funkcjonowania chorych). Dotyczy to także wzajemnych relacji między postawami wobec doświadczenia choroby przyjmowanymi przez samych pacjentów oraz przez ich najbliższe otoczenie. Budzą one szczególne zainteresowanie ze względu na rosnące przekonanie o znaczeniu mikrośrodowiska rodzinnego dla przebiegu choroby schizofrenicznej [65,89].

PIŚMIENNICTWO

1. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman GM: Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1991,17,1:113-132
2. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM: Assessment of insight in psychosis. *Am. J. Psychiatry*, 1993, 150, 873-879.
3. Angermayer MC: Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie. *Psychiat. Prax.* 1995, 22:89-90.
4. Angermayer MC, Klusman D: The causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives. I. The patients' point of view. *Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci.* 1988, 238, 47-54.
5. Angermayer MC, Klusmann D, Walpuski O: The causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives. I. The relatives' point of view. *Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci.* 1988, 238, 55-61.
6. Angermayer MC, Matschinger H: Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia. *Act. Psychiatr. Scand.* 1996, 93: 199-204.
7. Angold A: Seclusion. *Brit. J. Psychiatry* 1989, 154, 437-444.
8. Anonim: (bez tytułu). *Post. Psychiat. Neurol.* 1995,4,3:315-320.
9. Anonymus: After the funny farm. *Schizophrenia Bull.* 1980, 6, 544-546.
10. Anonymus: Schizophrenia: a pharmacy student's view. *Schizophrenia Bull.* 1983, 9, 152-155.
11. Awad AG: Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1993, 19, 3:609-620
12. Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ, Hogan TP: Assessment of the patient's subjective experience in acute neuroleptic treatment: implications for compliance and outcome. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1996, 11(suppl 2): 55-59.
13. Beers C: *Wymysł, który sam siebie odnalazł*. PIHP, Warszawa 1948.
14. Benedetti G: *Der psychisch Leidende und seine Welt*. Hippokrates, Stuttgart 1964.
15. Benedetti G: Die Positivierung des schizophrenen Erlebens im therapeutischen Symbol. *Nervenarzt* 1983,54:150-157
16. Benedetti G, Corsi Piacentini T, d'Alfonso L, Elia C, Medri G, Saviotti M: *Psychotherapie*. Psychoanalytische und existentielle Grundlagen. Hippokrates, Stuttgart 1983.
17. Benjamin LS: Is chronicity a function of the relationship between the person and the auditory hallucination? 1989, 15, 2,291-310.
18. Bertschinger H: Heilungsvorgänge bei Schizophrenen. *Allg. Z. Psychiat.* 1911, 68/II, 209-222.
19. Binswanger L: *Drei Formen mißglückten Daseins: Versteiegenheit, Verschrobenheit, Manieriertheit*. Niemayer, Tübingen 1956.
20. Binswanger L: *Schizophrenie*. Neske, Pfullingen 1957.
21. Birchwood M, Cochrane R: Families coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates. *Psychological Med.* 1990, 20, 857-865.
22. Birchwood M, Smith J, Drury V, Macmilian F, Slade M: A self report insight scale for psychosis - reliability, validity and sensivity to change. *Act. Psychiatr. Scand.* 1994,89, 1:62-67
23. Blankenburg W: Daseinanalytische Studie über einen Fall paranoider Schizophrenie. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* 1958, 81, 9.
24. Blankenburg W: *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien. Enke, Stuttgart 1971.
25. Böck Th: *Psychosen außerhalb der Psychiatrie*. "Naturgeschichte der schizoprenie". W: Böck Th, Buck D, Gross J, Maß E, Sorel E, Wolpert E (Hsg): *Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag Bonn 1995, s. 318-324.
26. Böck Th, Buck D, Gross J, Maß E, Sorel E, Wolpert E (Hsg): *Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag Bonn 1995.
27. Böck Th, Deranders JE, Esterer I: *Im Strom der Ideen*. Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn. Psychiatrie Verlag, Bonn 1994.
28. Böck Th, Deranders JE, Esterer I: *Stimmenreich*. Mitteilungen über den Wahnsinn. Psychiatrie Verlag, Bonn 1992.
29. Böck T, Junck A: Die subjective Wahrnehmung psychotischen Geschehnes. Krankheitskonzepte von Patienten, Angehörigen, Therapeuten im Vergleich. *Psychiat. Prax.* 1991,18,59-63.
30. Böck T, Weigand H: *Individuelle Selbsthilfe*. Grundlage für alles andere. W: Böck T, Weigand H. (Hrsg.): *Hand-werks-buch Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1991, s. 207-221.
31. Bockes Z: "Freedom" means knowing you have a choice. *Schizophrenia Bull.* 1985, 11, 487-489.
32. Böker W: Die Entwicklung eines partnerschaftlichen Therapieverständnisses der Schizophrenie als Folge neuer Ätiologiekonzepte und Wandlungen des psychiatrischen Zeitgeistes. *Psychiatr. Prax.* 1991, 18, 189-195.
33. Böker W, Brenner HD: *Über Selbstheilungsversuche Schizophrener*. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 1984, 135, 123-133.
34. Böker W, Brenner HD: *Selbstheilungsversuche Schizophrener*. *Nervenarzt* 1983, 54, 578-589.
35. Böker W, Brenner HD (Hsg): *Bewältigung der Schizophrenie*. Huber, Bern 1986.
36. Böker W, Brenner HD (Hsg): *Schizophrenie als systemische Störung*. Huber, Bern 1989.
37. Bouricius JK: Negative symptoms and emotions in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1989, 15, 2:201-208
38. Breier A, Strauss JS: Self-control in psychotic disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 1983, 40, 1141-1145.
39. Brekke JS, Levine S, Wolkon GH, Slade E: Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1993, 19, 3:599-608.
40. Brundage BE: What I wanted to know but was afraid to ask. *Schizophrenia Bull.* 1983, 9, 583-585.
41. Brzezicki E: *Schizophrenia paradoxalis socialiter fausta*. *Fol. Med. Cracov.* 1961, 3:267-288.
42. Buck D, Böck T: *Selbst-Verständlichkeit von Psychosen*. W: Böck T, Weigand H. (Hrsg.): *Hand-werks-buch Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1991, s. 15-29.

43. Caracci G, Mukherjea S, Roth SD, Decina P: Subjective awareness of abnormal involuntary movements in chronic schizophrenic patients. *Am. J. Psychiatr.* 1990, 147, 3:295-298.
44. Carr V.: Patients techniques for coping with schizophrenia: an exploratory study. *Brit. J. med. Psychol.* 1988, 61, 339-351.
45. Cechnicki A: Uwagi o modelu podatności na zranienie w schizofrenii. *Psychoterapia*, 1990, 74:
46. Chadwick P, Birchwood M, Trower P: Cognitive therapy for hallucinations, delusions, and paranoia. Wiley, Chichester 1996.
47. Chapman J: Early symptoms of schizophrenia. *Brit. J. Psychiatr.*, 1966, 112, 225-251.
48. Ciompi L: Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Klett-Cotta, Stuttgart 1982.
49. Conrad K: Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Thieme, Stuttgart 1971.
50. Cuesta MJ, Peralta V, Juan JA: Abnormal subjective experiences in schizophrenia: its relationships with neuropsychological disturbances and frontal signs. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1996, 246, 101-105
51. Cuesta MJ, Peralta V: Lack of insight in schizophrenia: its status within schizophrenic psychopathology. *Biol. Psychiatry* 1994, 36, 559-561
52. Cutting J, Dunne F: Subjective experience of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1989,15, 2:217-231.
53. David AS: Insight and psychosis. *Brit. J. Psychiatr.* 1990, 156, 798-808
54. David A, Buchanan A, Reed A, Aleida O: The assessment of insight in psychosis. *Brit. J. Psychiatry*, 1992, 161, 599-602.
55. Day JC, Bentall RP, Warner S: Schizophrenic patients' experience of neuroleptic medication: a Q-methodological investigation. *Acta Psychiatr. Scand* 1996, 93, 397-402.
56. deVries MW, Delespaul P: Time, context and subjective experiences of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1989, 15, 2:233-344.
57. Dittmann J, Schüttler R: Bewältigungs- und Kompensationspsychismen bei Patienten mit endogenen Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. *Psychiatr. Prax.* 1089, 16, 126-130
58. Dittmann J, Schüttler R: Autoprotective Mechanismen bei Patienten mit schizophrenen Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1990, 58, 12:473-83
59. Dömer K., Buck D: Psychiatrischer Größenwahn in Deutschland. Aus der Vergangenheit für die Zukunft lernen. W: Böck Th, Buck D, Gross J, Maß E, Sorel E, Wolpert E (Hsg): Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag Bonn 1995 s.38-52.
60. Drury V, Birchwood M, Cochrane R, Macmillan F: Cognitive therapy from acute psychosis: a controlled trial. *Brit. J. Psychiatry* 1996, 169, 593-601.
61. Epstein S: Natural healing processes of the mind: I. acute schizophrenic disorganization. *Schizophrenia Bull.* 1979, 5, 313-321.
62. Estroff SE: Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. *Schizophr. Bull.* 1989, 15, 2:189-195.
63. Fabrega H: The self and schizophrenia; a cultural perspective. *Schizophr. Bull.* 1989, 15, 2:277-290.
64. Fadiman J, Kewman D: Exploring madness: experience, theory and research. Brooks/Cole, Monterey 1973.
65. Faloon IRH: Expressed emotions: current status. *Psychological Med.* 1988, 18, 269-274.
66. Faloon IRH., Talbot RE: Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management. *Psycholog. Med.* 1981, 11, 329-339.
67. Flick U: Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie - Methoden und Anwendungen. *Psychiatr. Prax.* 1995, 22:91-96.
68. Freedman BJ: The subjective experience of perceptual and cognitive disturbances in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 1974, 30, 333-340.
69. Freedman B, Chapman LJ: Early subjective experience in schizophrenic episodes. *J. Abn. Psychol.* 1973, 81,1:46-54
70. Gjerris A, Kissling W (Eds.): The role of compliance in the treatment of schizophrenia. *Act. Psychiatr. Scand.* 1994, 89, suppl.382
71. Gregoire PA: The phenomenology of psychiatric hospitalization: the patient's experience and expectation. *Acta Psychiatr. Scand.* 1990, 82, 210-212
72. Greenfeld D, Strauss JS, Bowers MB, Mandelkern M: Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophr. Bull.* 1989,15, 2:245-252.
73. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M: BSABS. Bonner Skala für die Beurteilung von SBasisssymptomen. Springer, Berlin, Heidelberg 1987
74. Gross J, Andresen B, Stark F-M: Invasive Eingriffe in der Psychiatrie. Aus der Fehlern der Vergangenheit lernen. W: Böck Th, Buck D, Gross J, Maß E, Sorel E, Wolpert E (Hsg): Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag Bonn 1995, 76.
75. Hahlweg K, Dürr H, Müller U: Familienbetreuung schizophrener Patienten. Beltz, Weinheim 1996.
76. Hammill K, McEvoy JP, Koral H, Schneider N: Hospitalized patients views about seclusion. *J. Clin. Psychiatry* 1989, 50, 174-177.
77. Hoff P: Subjekt und Objekt der psychiatrischen Forschung. Zur Ideengeschichte einer Kontroverse. *Nervenarzt* 1995, 66:494-504.
78. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R: A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psycholog. Med.* 1983, 13: 177-183.
79. Hogan TP, Awad AG: Subjective response to neuroleptics and outcome in schizophrenia: a re-examination comparing two measures. *Psycholog. Med.* 1992, 22: 347-352.
80. Jakubik A: Granice poznania drugiego człowieka w psychiatrii. *Post. Psychiat. Neurol.* 1996, 5 (w tym zeszyty)
81. Jarema M: Badania jakości życia w schizofrenii. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii (w druku)*

82. Jarosz M: Lekarz psychiatra i jego pacjent. PZWL, Warszawa 1982.
83. Jaspers K: Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin 1973, wyd. 9, 345-356.
84. Jeager J, Bitter I, Czobor P, Volavka J: The measurement of subjective experience in schizophrenia: the subjective deficit syndrome scale. *Comp. Psychiatr.* 1990, 31, 3:216-226.
85. Johnson S, Orrell M: Insight, psychosis and ethnicity: a case-note study. *Psychol. Med.* 1966,26,1081-1084.
86. Jorgensen P: Recovery and insight in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1995, 92, 436-440.
87. Kaplan B. (red.): The inner world of mental illness. Harper and Row, New York 1964.
88. Katschnig H (red): Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause. Urban und Schwarzenberg, München 1977.
89. Kavangh DJ: Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Brit. J. Psychiatr.* 1992, 160, 601-620
90. Kemp RA, Lambert TJR: Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophr. Res.* 1995, 18, 21-28
91. Kępiński A: Schizofrenia. PZWL, Warszawa 1972.
92. Kępiński A: Poznanie chorego, Warszawa 1978.
93. Kim Y, Takemoto K, Mayahara K, Sumida K, Shiba S: An analysis of the subjective experience of schizophrenia. *Compr. Psychiatr.* 1994, 36, 6:430-436.
94. Kisker KP: Antipsychiatria (AP). W: Kisker K.P., Meyer J.E., Müller C., Stromgren E. (red.): Psychiatria der Gegenwart, t. I/1. Springer, Berlin 1979, wyd. 2.
95. Kläsi J: Einiges über Schizophreniebehandlung. *Z. Ges. Neurol. Psychiatr.* 1922, 78, 606-620.
96. Krausz M, Sorgenfrei T: Der therapeutische Umgang mit Neuroleptica. Teil II: Subjective Wirkungsfaktoren, Compliance und Konsequenzen für die Behandlungsstrategie. *Psychiatr. Prax.* 1991, 18:14-20
97. Krzyżanowska-Zbucka J, Lenard W: Sposoby radzenia sobie z wybranymi objawami ostrej psychozy schizofrenicznej. *Psychiatr. Pol.* 1996, 30, 3:429
98. Kulenkampff C: Entbergung, Entgrenzung, Überwältigung als Weisen des Standverlustes. *Nervenarzt* 1955, 26, 89-95
99. Laing RD: The politics of experience and the bird of paradise. Penguin, Harmondsworth 1967.
100. Laing RD: Podzielone "ja". Rebis, Poznań 1995.
101. Lally SJ: "Does being in here mean there is something wrong with me?". *Schizophr. Bull.* 1989, 15, 2:253-266.
102. Landowski J, Majkowicz M, Lamparska E: Ocena jakości życia w schizofrenii - wprowadzenie w problematykę. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii (w druku)*
103. Lange HU: Anpassungsstrategien, Bewältigungsreaktionen und Selbstheilversuche bei Schizophrenen. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1981, 49, 275-285.
104. Lee WH, Lieh-Mak F, Yu KK, Spinks JA: Coping strategies of schizophrenic patients and their relationship to outcome. *Brit. J. Psychiatry* 1993, 163, 177-182.
105. Levy ST, McGlashan TH, Carpenter WT: Integration and sealing-over as recovery styles from acute psychosis: metapsychological and dynamic concepts. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1975, 161, 5, 307-312.
106. Liddle PF, Barnes TRE: The subjective experience of deficits in schizophrenia. *Compr. Psychiatr.* 1988, 29, 2:157-164.
107. Lieberman PB: "Objective" methods and "subjective" experiences. *Schizophr. Bull.* 1989,15, 2:267-275.
108. Linden M: Krankheitskonzepte von Patienten. *Psychiatr. Prax.* 1985,12,8-12.
109. Lipowski ZJ: Psychosocialreactions to physical illness. W: Achte K, Pakaslahti A (Eds.): Psychosomatic factors in chronic illness. *Psychiatr. Fen.* 1981, suppl. s. 11-18.
110. Lovey M: Expectations and the recovery process. *Schizophrenia Bull.* 1982, 8, 605-609.
111. McEvoy JP, Apperson LJ, Applebaum PS, Ortilp P, Brecosky J, Hammill K.: Insight into schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1989,177, 43-47
112. Markova IS, Berrios GE: The meaning of insight in clinical psychiatry. *Brit. J. Psychiatr.* 1992,160,9:850-860
113. Markova IS, Berrios GE: The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1992,86,2:159-164
114. Mayer C, Soyka M: Compliance bei der Therapie schizophrener Patienten mit Neuroleptica -Übersicht. *Fortschr. Neurol.Psychiatr.* 1992, 60, 217-222.
115. Mayer-Groß W: Über die Stellungnahme zur abgeklafften akuten Psychose. Eine Studie über die verständliche Zusammenhänge in der Schizophrenie. *Z.ges. Neurol.Psychiatr.* 1920,60:160-212.
116. Mayer-Groß W: Über das Problem der typischen Verläufe. *Z. ges. Psychiatr. Neurol.* 1922, 78, 429-441.
117. McGlashan TH: Intensive individual psychotherapy of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 1983, 40, 909-920.
118. McGlashan TH: Recovery style from mental illness and long-term outcome. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1987, 175, 11:681-685.
119. McGlashan TH, Carpenter WT: Does attitudes relate to outcome?. *Am. J. Psychiatr.* 1981, 138 797-801.
120. McGlashan TH, Docherty JP, Siris S: Integrative and sealing-over recoveries from schizophrenia: distinguishing case studies. *Psychiatry* 1976, 39, 325-338.
121. McGlashan TH, Levy ST, Carpenter WT: Integration and sealing-over: clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 1975, 32, 1269-1272.
122. McGlashan TH, Wadson HS, Carpenter WT, Levy ST: Art and recovery style from psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1977, 164, 182-190.
123. McGrath ME: Where did I go? *Schizophrenia Bull.* 1984, 10, 638-640.
124. Meya U: Das Problem der Einstellung psychotischer Patienten zur eigenen Erkrankung in seiner ideengeschichtlichen Entwicklung - historische An-

- merkungen und neue Perspektiven. Fortschr Neurol. Psychiat. 1981, 49, 395-405.
125. Minor D: Third side of the coin. Schizophrenia Bull. 1981, 7, 316-317.
 126. Murawiec S: Próba psychodynamicznej interpretacji trudności terapeutycznych u chorej na przewlekłą schizofrenię. Post. Psychiatr. Neurol. 1996, 5 (w tym zeszycie)
 127. Müller P, Günther U: Schizophrenic patients' attitudes toward their former illness. Psychopathology 1984, 17, 217-227.
 128. Müller M: Über Heilungsmechanismen in der Schizophrenie. Karger, Berlin 1930.
 129. Mundt C: Der Begriff der Intenzionalität und die Defizienzlehre von der Schizophrenien. Nervenarzt 1984, 55, 582-588.
 130. Naber D.: A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. Int. Clin. Psychopharmacol. 1995, 10 (suppl 3): 133-138.
 131. North C, Cadore R: Diagnostic discrepancy in personal accounts of patients with "schizophrenia". Arch. Gen. Psychiatry 1981, 38, 133-137.
 132. Northoff G, Krill W, Wenke J, Travers H, Pflug B: Subjektives Erleben in der Katatonie. Psychiatr. Prax. 1966, 23, 2:69-73.
 133. Nowak S (red): Teorie postaw. PWN, Warszawa 1973
 134. Nuechterlein KH, Dawson ME: A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. Schizophr. Bull. 1984, 10, 160-203.
 135. Opoczyńska M: Możliwości osobowego rozwoju w schizofrenii. Collegium Medicum UJ, Kraków 1996.
 136. Oven MF: Will molecular schizophrenia become a graveyard for molecular geneticist? Psychol. Med. 1992, 22, 289-293.
 137. Peralta V, Cuesta MJ: Subjective experiences in schizophrenia: a critical review. Compr. Psychiatr. 1994, 35, 3:198-204
 138. Pietzcker A: Der Einfluß sozialer Faktoren auf den Erfolg einer Psychopharmakotherapie. Psychiatr. Prax. 1985, 12, 19-22
 139. P.K.: Laika fenomenologia psychozy. Psychiat. Pol. 1979, 13, 73-79.
 140. Poprawska I, Jarosz M: Badania nad kształtowaniem się proporcji "poczucie własnej choroby-poczucie zdrowia" w schizofrenii paranoidalnej. Psychiatr. Pol. 1993, 27, 4:363-372
 141. Priebe S, Gruyters T.: Patients' assessment of treatment predicting outcome. Schizophr. Bull. 1995, 21: 87-94.
 142. Racamier P: Die Schizophrenen. Eine psychoanalytische Interpretation. Springer, Berlin 1982.
 143. Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Hodel B: Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT). Psychologie-Verlag Union, München 1988.
 144. Romme MAJ, Escher ADMAC: Hearing voices. Schizophr. Bull. 1989, 15, 2:209-216.
 145. Romney DM: Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia: a reanalysis. Schizophr Bull. 1995, 21, 3:405-410.
 146. Saupé R, Englert JS, Gebhardt R, Stieglitz RD: Schizophrenie und Coping: bisherige Befunde und verhaltenstherapeutische Überlegungen. Verhaltenstherapie, 1991, 1, 130-138.
 147. Scharfetter Ch: Schizophrene Menschen. Beltz, Weinheim 1995
 148. Schindler R: Das psychodynamische Problem beim sogenannten schizophrenen Defekt. W: Benedetti G, Müller C (red): 2. Internationales Symposium über die Psychotherapie der Schizophrenen. Karger, Basel 1960.
 149. Searles HF: The schizophrenic individual's experience of his world. Psychiatry 1967, 30, 119-131.
 150. Selten J-PCJ, Sijben NES, van den Bosch RJ, Omloo-Visser J, Warmerdam H: The subjective experience of negative symptoms: a self-rating scale. Compr. Psychiatry 1993, 34, 3:192-197.
 151. Simko A: Weitere Beobachtungen zur Psychopathologie "neurotisch geprägter Schizophrenien". Nervenarzt 1968, 39, 242-255.
 152. Simko A: "Pseudoneurotische Schizophrenien" im Lichte einer strukturellen Psychopathologie. Hervenarzt 1968, 39, 242-250.
 153. Sommer R, Osmond H: Autobiographies of former mental patients. J. Ment. Sci. 1960, 106, 648-662, addendum: 1961, 107, 1030-1032.
 154. Soskis DA, Bowers MB: The schizophrenic experience: a follow up study of attitude and posthospital adjustment. J. Nerv. Ment. Dis. 1969, 149:443-449
 155. Sowa J: Kulturowe założenie pojęcia normalności w psychiatrii. PWN, Warszawa 1984.
 156. Spring U: List do G.D. Post. Psychiat. Neurol. 1996, 5, 2:203-208.
 157. Stakes M: Becoming seaworth. Schizophrenia Bull. 1985, 11, 629-630.
 158. Stark F-M, Stolle R: Schizophrenie: subjektive Krankheitstheorien - eine explorative Studie. Teil 1: Patienten. Psychiatr. Prax. 1994, 21, 74-78.
 159. Stolle R, Stark F-M: Schizophrenie: subjektive Krankheitstheorien - eine explorative Studie. Teil 2: Angehörigen. Psychiatr. Prax. 1994, 21, 96-100.
 160. Strauss JS: Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry - II. Schizophr. Bull. 1989, 15, 2:179-187.
 161. Strauss JS: The person - key to understanding mental illness: towards a new dynamic psychiatry, III. Brit. J. Psychiatr. 1992, 161, suppl 18:19-26
 162. Strauss JS: The person with schizophrenia as a person. II: Approaches to the subjective and complex. Brit. J. Psychiatr. 1994, 164, suppl 23:103-107
 163. Strauss JS, Hafez H, Lieberman P, Harding CM: The course of psychiatric disorder: III. Longitudinal principles. Am. J. Psychiatry 1985, 142, 289-296
 164. Strauss JS, Harding CM, Hafez H: Die Rolle des Patienten in der Genesung von einer Psychose. W: Böker W, Brenner HD (Hsg): Bewältigung der Schizophrenie. Huber, Bern 1986.
 165. Süllwold L: Symptome schizophrener Erkrankungen. Springer, Berlin 1977.
 166. Süllwold L: Uncharakteristische Basisstadien der Schizophrenie und deren Bedeutung für die Rehabilitation von Residualsyndromen. W: Huber G. (red.):

- Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart 1976, 141-151.
167. Süllwold L, Herrlich J: Providing schizophrenic patients with a concept of illness. An essential element of therapy. *Brit. J. Psychiatr.* 1992, 161, suppl. 18:129-132.
168. Szafranski T, Murawiec S: Badania subiektywnych odczuć pacjentów leczonych neuroleptykami. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1996, 5 (ten zeszyt)
169. Takai A, Uematsu M, Kaiya H, Inoue M, Ueki H: Coping styles to basic disorders among schizophrenics. *Act. Psychiatr. Scand.* 1990, 82, 289-294.
170. Thurm J, Häfner H: Perceived vulnerability, relapse risk and coping in schizophrenia - an explorative study. *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.* 1987, 237, 46-53
171. Thurm-Musgay I, Galle K, Häfner H: Krankheitsbewältigung Schizophrener: ein therotisches Konzept zu ihrer Erfassung und erste Ehrfahrungen mit einem neuen Messinstrument. *Verhaltenstherapie* 1991, 1:293-300.
172. Ullrich J, Ulmar G, Starzinski T: Krankheitsmodelle und Einstellungswandel unfreiwillig aufgenommener Patienten. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 63, 1995, 480-486.
173. Weiden P, Rapkin B, Mott T, Zygmunt A, Goldman D, Horvitz-Lennon M, Frances A: Rating of Medication Influences (ROMI) Scale in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1994, 20: 297-310.
174. Vauth R, Stieglitz R-D: Verhaltenstherapeutische Interventionen bei persistierender und wahnhafter Symptomatik schizophrener Patienten. *Verhaltenstherapie*, 1994, 4, 177-185
175. Wadeson HS, Carpenter WT: Subjective experience of schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 1976, 2, 302-316.
176. Wadeson HS, Carpenter WT: Impact of the seclusion room experience. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1976, 163, 318-327
177. Waszczak S. Hermeneutyka w psychiatrii. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1996, 5 (ten zeszyt)
178. Wciórka J: Między przybliżaniem a oddalaniem. Postawy chorych wobec przeżywanego zaburzenia schizofrenicznego. IPiN. Warszawa 1986 (rozprawa habilitacyjna).
179. Wciórka J: Modele ujmowania zaburzeń schizofrenicznych. *Psychoterapia* 1988, 1(64):23-28.
180. Wciórka J: Próby radzenia sobie przez chorych z przeżywanymi zaburzeniami schizofrenicznymi. *Psychiatr. Pol.* 1988, 22, 3:231-237.
181. Wciórka J: Subiektywny model ujmowania zaburzeń schizofrenicznych - analiza empiryczna. *Psychoterapia* 1988, 1(64):29-36.
182. Wciórka J: Wartościowanie wybranych składników doświadczenia życiowego przez chorych schizofrenicznych. *Psychoterapia* 1988 4(67):27-39.
183. Wciórka J: Stosunek chorych do przeżywanego zaburzenia schizofrenicznego. *Psychiatr. Pol.* 1988, 22, 3:221-230.
184. Wciórka J: A clinical typology of schizophrenic patients' attitudes toward their illness. *Psychopathology* 1988, 21, 6:259-266
185. Wciórka J: Sposoby radzenia sobie stosowane przez chorych wobec przeżywanego zaburzenia schizofrenicznego. *Psychoterapia* 1990, 3(74):21-29
186. Wciórka J: Postawy chorych wobec przeżywanego choroby schizofrenicznej - po pierwszej hospitalizacji. *Psychiatr. Pol.* 1996, 30, 1:5-16
187. Wciórka J: Narzędzia klinicznej oceny postaw pacjentów wobec przeżywanego choroby schizofrenicznej: 3. Przykłady eksperymentów klinicznych. *Psychiatr. Pol.* 1996, 30, 3: 415-429.
188. Wciórka J: Narzędzia klinicznej oceny postaw pacjentów wobec przeżywanego choroby schizofrenicznej: 2. Skala "Moje doświadczenie choroby" (MDC). *Psychiatr. Pol.* 1996, 30, 3:397-414
189. Wciórka J: Krytycyzm, poczucie choroby i gotowość do leczenia w psychozach urojeniowych. W: III Lubelskie Spotkania Naukowe. Lublin 1993, s. 32-38.
190. Wciórka J, Krzyżanowska J, Bacia-Otto M, Muskat K, Dymecka-Kühn A, Matałowski P, Paczkowska M: Narzędzia klinicznej oceny postaw pacjentów wobec przeżywanego choroby schizofrenicznej: 1. Skala "Doświadczenie choroby" (DC). *Psychiatr. Pol.* 1996, 30, 3:381-396
191. Wciórka J, Muskat K: Postawy chorych wobec przeżywanego choroby schizofrenicznej - po wielu latach jej trwania. *Psychiatr. Pol.* 1996, 30, 1:17-30:
192. Weitbrecht HJ: *Psychiatrie im Grundriss*. Springer, Berlin 1973, wyd. 3.
193. Wiedl KH: Assessment of coping with schizophrenia. Stressors, appraisals and coping behaviour. *Brit. J. Psychiatr.* 1996, 161, suppl. 18:114-122.
194. Wiedl KH, Schöttner B: Coping with symptoms related to schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1991, 17, 3:525-537.
195. Wing JK: Schizophrenia in Selbstzeugnissen. W: Katschnig H. (red.): Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause. Urban und Schwarzenberg, München 1977, 21-91.
196. Zelt D: The Messiah quest. *Schizophrenia Bull.* 1981, 7, 527-531.
197. Zubin J, Steinhauser SR, Day R, van Kammen DP: Schizophrenia at the crossroads: a blueprint for the 80's. *Compr. Psychiatry* 1985, 26, 217-240
198. Zutt J, Kulenkampff C: Das paranoide Syndrom in anthropologischer Sicht. Springer, Berlin 1958.

*Adres: Doc. Jacek Wciórka, I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii,
Al. Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa*