

Sylvia Wierzbicka *, Maryla Malewicz-Sawicka **

* Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie [swierzbicka@ipin.edu.pl]

** Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie
[msawicka@aps.edu.pl]

Rozwój potraumatyczny u pacjentów z doświadczeniem psychozy podlegających detencji

Abstrakt: Praca dotyczy czynników osobowościowych i sytuacyjnych związanych ze wzrostem potraumatycznym u osób chorujących na schizofrenię, które doświadczyły różnego rodzaju sytuacji traumatycznych. Grupą badaną były osoby, które popełniły czyn zabroniony i przebywały na detencji (N = 30), a grupą kontrolną pacjenci hospitalizowani w oddziale dziennym rehabilitacji psychiatrycznej (N = 30). Do pomiaru zmiennych użyto: Inwentarza Osobowości NEO-FFI, Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju, Kwestionariusza zmiennych społeczno-demograficznych oraz skali BPRS. Grupa badana uzyskała średnio wyższe wyniki w poziomie wzrostu potraumatycznego niż grupa kontrolna. W grupie kontrolnej osoby uzyskały wyższe wyniki w poziomie neurotyczności, z kolei osoby z grupy badanej w poziomie ekstrawersji. Najczęściej wskazywanym wydarzeniem traumatycznym w obu grupach było doświadczenie przewlekłej choroby.

Słowa kluczowe: schizofrenia, detencja, wzrost potraumatyczny, rehabilitacja psychospołeczna.

Wprowadzenie

Termin *wzrost/rozwój potraumatyczny* odnosi się do pozytywnych zmian psychologicznych będących rezultatem zmagania się przez jednostkę z traumatycznymi zdarzeniami. Według Tedeschi i Calhoun zmiany te obejmują: zmiany

w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych, zmiany duchowe i zmiany w filozofii życiowej. Badacze ci zakładają również, że wzrost potraumatyczny nie jest po prostu skutkiem przeżytej traumy, a efektem podejmowanych przez jednostkę strategii zaradczych. Mechanizm zmian po kryzysie związany jest z procesami poznawczego przepracowania doświadczonej sytuacji, poszukiwania jej znaczenia i roli dla przyszłego funkcjonowania jednostki oraz odbudowania przez nią schematów poznawczych (Tedeschi, Calhoun 1996, s. 455–470). W wyniku przeprowadzonych w ostatnich latach badań można stworzyć listę czynników związanych z aktywowaniem procesu rozwoju potraumatycznego. Należą do nich: subiektywne przeżywane rozpacz i cierpienie (Dekel i in. 2012, s. 94–101), właściwości osobowości, strategie zaradcze, właściwości społeczno-demograficzne (Linley, Joseph 2004, s. 11–21), emocjonalna otwartość, refleksyjność w stylu myślenia (Taku i in 2009, s. 129–136), wsparcie społeczne, duchowość i religijność (Prati i Pietrantonio 2009, s. 364–388), optymizm (Bostock i in. 2009, s. 281–296).

Wzrost potraumatyczny opisuje doświadczenie jednostki, która doznała różnego rodzaju zmian i osiągnęła znaczący poziom rozwoju, chociaż w kilku obszarach, w porównaniu z funkcjonowaniem przed pojawieniem się wydarzenia traumatycznego. Rozwój może przejawiać się na różne sposoby, włączając w to zwiększenie doceniania życia, polepszenie dotychczasowych relacji z bliskimi osobami, tworzenie nowych, bardziej znaczących relacji interpersonalnych, większą skłonność do otwierania się przed ludźmi, wzrost poczucia własnej siły wewnętrznej, zmianę priorytetów życiowych czy rozwój w sferze duchowej. Ludzie, którzy doświadczyli wzrostu po traumie, odkrywają w sobie większe pokłady wrażliwości i współczucia dla innych osób, potrafią z większym dystansem spojrzeć na swoje dotychczasowe doświadczenia i wyciągać z nich znaczące wnioski. Osoby te zaczynają przywiązywać większą wagę do drobnych, codziennych spraw, które wcześniej nie miały dla nich dużego znaczenia, w większym stopniu doceniają życie, a ich filozofia życiowa staje się bardziej dojrzała i dająca satysfakcję. W wyniku poradzenia sobie z kryzysem jednostki zauważają swoje zwiększone umiejętności radzenia sobie w bardzo trudnych sytuacjach, mogą przejawiać większe zaufanie do siebie, poczucie własnej skuteczności i siły osobistej (Ogińska-Bulik 2013).

Czynniki warunkujące rozwój potraumatyczny

Aktualny poziom wiedzy nie pozwala na jednoznaczne określenie, co determinuje rozwój w wyniku traumy oraz dlaczego jedni ludzie go doświadczają, a inni nie. Wzrost potraumatyczny to zjawisko bardzo złożone, które jest skutkiem współwystępowania wielu różnorodnych czynników, zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych.

Według Ogińskiej-Bulik czynnikami zewnętrznymi są: rodzaj i intensywność doświadczonej traumy, posiadane i otrzymywane wsparcie społeczne oraz wpływ

czasu od traumatycznego wydarzenia (Ogińska-Bulik 2013). W przypadku intensywności traumy niektórzy badacze ukazują w wynikach swoich badań związek prostoliniowy między intensywnością zdarzenia traumatycznego a rozwojem potraumatycznym, co oznaczałoby, że im większa intensywność traumy, tym większe jest nasilenie wzrostu po niej (Park i in. 1996, s. 71–105). Z kolei późniejsze badania wskazują na zależność krzywoliniową – trauma o słabym nasileniu skutkuje mniejszym poziomem wzrostu, silniejsza większym, a z kolei ekstremalnie traumatyczne zdarzenia mogą charakteryzować się brakiem wzrostu lub jego niskim poziomem (Calhoun i Tedeschi 1998, s. 357–371). Oczywiście zawsze ocena tego zdarzenia jest oceną subiektywną.

Czynnikami wewnętrznymi, które mają wpływ na wzrost potraumatyczny, są zmienne socjodemograficzne, właściwości osobowościowe oraz stosowane przez jednostkę metody radzenia sobie (Ogińska-Bulik 2013). W odniesieniu do płci badania ukazują przede wszystkim rolę płci żeńskiej. W świetle tych badań kobiety doświadczają większej ilości pozytywnych zmian oraz czerpią większe korzyści z doświadczenia wydarzeń traumatycznych (Ogińska-Bulik 2013, s. 51–66). W kwestii wieku dotychczasowe badania pokazują, że występowanie zjawiska wzrostu po traumie nie zmienia się w zależności od wieku osoby i pozostaje względnie niezmienny w cyklu całego życia. Korzystny wpływ na wystąpienie rozwoju po zdarzeniu traumatycznym ma funkcjonowanie poznawcze jednostki w przypadku, gdy jej schematy i przekonania obejmują poglądy, że świat jest zrozumiały, uporządkowany i sprawiedliwy, a inni ludzie są życzliwi. Ważnym elementem jest również osobowość jednostki, która doświadczyła traumy. Gdy jest ona zintegrowana, a cechy takie jak otwartość na doświadczenie, ugodowość, ekstrawersja i sumienność są na wysokim poziomie, sprzyja to wzrostowi potraumatycznemu (Ogińska-Bulik 2013).

Ogińska-Bulik jako determinanty wzrostu potraumatycznego wymienia również: częstsze doświadczanie pozytywnych emocji, umiejętność efektywnego wyrażania emocji, rozbudowane życie duchowe/religijne, nadzieję, optymizm, poczucie koherencji, adekwatne poczucie własnej wartości, poczucie własnej skuteczności, prężność (*resilience*), twardość (*hardiness*), wewnętrzne poczucie kontroli oraz wybór właściwego sposobu radzenia sobie zależnego od sytuacji (Ogińska-Bulik 2013).

Przewlekła choroba oraz popełnienie czynu zabronionego jako zdarzenia traumatyczne

Doświadczenie przewlekłej choroby psychicznej może być postrzegane przez jednostkę jako zdarzenie traumatyczne, zmieniające jej życie. Wydaje się, że z jeszcze trudniejszą sytuacją mamy do czynienia w przypadku osób chorujących, które w stanie ograniczonej lub całkowitej niepoczytalności, dopuściły się działań agresywnych kwalifikowanych przez prawo jako czyny zabronione. W przypadku

sprawców takich czynów, kiedy jest to konieczne i inne środki nie są wystarczające, sąd orzeka środek zabezpieczający, aby zapobiec ponownemu popełnieniu czynu zabronionego przez daną osobę. Do form takich środków zabezpieczających należą: elektroniczna kontrola pobytu, pobyt w zakładzie psychiatrycznym, terapia – także uzależnień (Markiewicz 2017).

Pobyt w zakładzie psychiatrycznym jest orzekany przez sąd, kiedy zachodzi wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia czynu zabronionego o znacznej szkodliwości społecznej, na przykład w związku z chorobą psychiczną. Może on być również orzeczony wobec sprawcy o poczytalności ograniczonej, który został skazany na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia, karę 25 lat pozbawienia wolności lub dożywocia. Przebywanie w szpitalu psychiatrycznym jest możliwe także w przypadku, gdy istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że popełni on czyn zabroniony o znacznej szkodliwości społecznej na przykład w związku z chorobą psychiczną czy w związku z popełnieniem poszczególnych przestępstw w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych (Hajdukiewicz 2016).

Tak trudne doświadczenia jak choroba psychiczna, popełnienie czynu zabronionego oraz zastosowane wobec osoby środki zabezpieczające związane z tym czynem, nie mogą pozostać bez wpływu na dalsze życie jednostki i wymagają od niej zmierzenia się z licznymi konsekwencjami. Po takich doświadczeniach najczęściej dostrzegane są zmiany o charakterze negatywnym, zarówno dotyczące realnych zmian życiowych, jak i w osobistym przeżywaniu oraz w negatywnym obrazie siebie. Jednak czy tylko? Skoro w dominującym obrazie psychopatologicznym ludzi przechodzących traumatyczne doświadczenia można dostrzec także pozytywne następstwa traumy, to czy to zjawisko może dotyczyć również osób chorych psychicznie, które doświadczyły różnego rodzaju zdarzeń traumatycznych?

W świetle badań, proces rozwoju potraumatycznego wciąż jest zagadnieniem niemalże niedostrzeżonym w odniesieniu do osób przewlekle chorujących psychicznie (Mazor i in. 2016, s. 202). Uwzględniając dotychczasowe badania sprawdzające, jakie czynniki związane są ze wzrostem potraumatycznym u osób zdrowych psychicznie, wartą uwagi kwestią jest pogłębienie wiedzy dotyczącej determinantów wzrostu u osób przewlekle chorujących psychicznie, które doświadczyły różnego rodzaju zdarzeń traumatycznych – w tym także popełniły czyny zabronione i zostały skierowane przez Sąd na przymusowe leczenie w warunkach izolacyjnych. Z tego powodu celem przeprowadzonego badania było poszukiwanie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jakie znaczenie dla możliwości wzrostu potraumatycznego u osób chorujących na schizofrenię ma fakt choroby psychicznej lub popełnienie czynu zabronionego?
2. Jakie wydarzenia osoby chorujące na schizofrenię, uczestniczące w oddziaływaniach rehabilitacyjnych lub poddawane detencji, postrzegają jako traumatyczne?

3. Jakie znaczenie dla rozwoju potraumatycznego mogą mieć składowe osobowości osób chorujących na schizofrenię uczestniczących w oddziaływaniach rehabilitacyjnych lub poddawanych detencji?

Założono, że choroba psychiczna oraz popełnienie przez osobę chorującą czynu zabronionego w większym stopniu może wiązać się ze wzrostem potraumatycznym niż samo doświadczenie przewlekłej choroby psychicznej. W związku tym przewidywano, że w grupie osób chorych psychicznie poddanych detencji (grupa badana) wystąpi wyższy poziom rozwoju po traumie. Przewidywano również, że w grupie badanej najczęściej wskazywanym zdarzeniem traumatycznym będzie popełnienie przestępstwa, z kolei w grupie kontrolnej – doświadczenie przewlekłej choroby psychicznej. Przypuszczano, że wyższy poziom otwartości na doświadczenie, ekstrawersji, ugodowości i sumienności będzie dodatnio korelował z poziomem wzrostu potraumatycznego. Z kolei wysoki poziom neurotyczności będzie związany z niższym poziomem wzrostu potraumatycznego.

Metoda i procedura badań

W badaniu zastosowano następujące narzędzia badawcze.

1. *Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju* (Adaptacja: Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z.). Inwentarz ten jest polską adaptacją *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) autorstwa Richarda Tedeschiego oraz Lawrence’a Calhouna. Składa się z 21 twierdzeń sformułowanych w sposób pozytywny, które opisują zmiany doświadczone w wyniku przeżytego zdarzenia traumatycznego i obejmują: percepcję siebie, relacje z innymi ludźmi oraz filozofię życiową. Pierwszym etapem jest ustalenie przez badanego wydarzenia, które zmieniło jego życie. W drugim kroku badany ustosunkowuje się do każdego z podanych stwierdzeń, dotyczących pozytywnych zmian. Im wyższy wynik, tym więcej pozytywnych zmian w konsekwencji przeżytej traumy (Ogińska-Bulik i Juczyński 2010, s. 129–142).
2. *Inwentarz Osobowości NEO-FFI* (Adaptacja: Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., Śliwińska, M.). Kwestionariusz jest polską adaptacją *NEO Five-Factor Inventory* (NEO-FFI) autorstwa Paula Costy i Roberta McCrae. Składa się z 60 pozycji, które tworzą pięć podskal odpowiadających poszczególnym cechom osobowości (sumiennosc, ekstrawersja, neurotyczność, otwartosc na doświadczenie, ugodowosc). Zadaniem badanego jest ustosunkowanie się do każdej pozycji w arkuszu. Wyniki sumowane są dla każdej z pięciu skal, do których przyporządkowane jest po 12 pozycji w kwestionariuszu. Im wyższy wynik w danej skali, tym wyższa jest neurotyczność, otwartość na doświadczenie, ekstrawersja, sumiennosc czy ugodowosc danej osoby (Zawadzki i in. 1998).
3. *Kwestionariusz społeczno-demograficzny* – kwestionariusz stworzony na potrzeby badania, umożliwia zebranie informacji na temat badanych, m.in. takich jak wiek, płeć czy czas chorowania.

4. *Krótką Psychiatryczną Skala Oceny (BPRS)* – umożliwia ocenę nasilenia objawów psychotycznych według badającego, w siedmiostopniowej skali od 0 do 6. Ocena obejmuje aktualny stan chorego (w dniu badania) (Overall 1974).

Charakterystyka próby

W badaniu porównywane były dwie grupy kliniczne. Uczestniczyło w nim 60 osób z rozpoznaniem schizofrenii. Grupę badaną stanowiło 30 osób przebywających na detencji w Klinice Psychiatrii Sądowej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Grupą kontrolną było 30 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Dziennym Rehabilitacji Psychiatrycznej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Łącznie w badaniu wzięło udział 19 kobiet i 41 mężczyzn (grupa badana – 26 mężczyzn i 4 kobiety, grupa kontrolna – 15 mężczyzn i 15 kobiet) w wieku od 21 do 65 lat ($M = 42,5$; $SD = 11,83$). W grupie badanej wiek uczestników wynosił od 21 do 63 lat ($M = 41,7$; $SD = 11,08$). W grupie kontrolnej wiek osób badanych wynosił od 25 do 65 lat ($M = 43,3$; $SD = 12,67$). Średnia wieku nie różnicowała badanych grup na poziomie istotności statystycznej. Wykształcenie osób badanych prezentowało się następująco: grupa badana (wykształcenie średnie – 15 osób, podstawowe – 10 osób, wyższe – 5 osób), a w grupie kontrolnej (wykształcenie wyższe – 15 osób, wykształcenie średnie – 13 osób, podstawowe – 2 osoby). Stan cywilny osób badanych prezentował się następująco: grupa badana (kawaler/panna – 21 osób, zamężna/żonaty – 3 osoby, rozwiedziony/a – 6 osób), a w grupie kontrolnej (kawaler/panna – 23 osoby, zamężna/żonaty – 3 osoby, wdowiec/wdowa – 2 osoby, rozwiedziony/a – 2 osoby). W grupie badawczej średnia ilość lat chorowania wynosiła 14,93 lat ($SD = 7,89$). W grupie kontrolnej średnia ilość lat chorowania wynosiła 17,57 lat ($SD = 11,46$). Różnica w średniej ilości lat chorowania w badanych grupach nie była istotna statystycznie.

Każda z badanych grup uczestniczyła w specyficznym dla swoich problemów programie rehabilitacyjnym. Pacjenci z grupy kontrolnej brali udział w terapii w oddziale dziennym rehabilitacji psychiatrycznej, gdzie zajęcia odbywały się w formie psychoterapii indywidualnej, grupowej oraz treningów różnych umiejętności. Program zawierał: trening umiejętności samoobsługi w zakresie higieny osobistej, trening funkcji poznawczych i społecznego poznania, trening kompetencji społecznych, psychoedukację, trening aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym, trening rozpoznawania objawów choroby, choreoterapię, trening budżetowy, trening relaksacyjny, trening organizacji czasu wolnego oraz trening prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów. Każdy z pacjentów miał indywidualnie opracowany program terapeutyczny, uwzględniający jego deficyty, zasoby oraz potrzeby (Fijałkowska i in. 2012, s. 49–53).

Pacjenci z grupy badanej przebywali na detencji w Klinice Psychiatrii Sądowej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, która jest oddziałem o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia. Program zajęć w klinice obejmował: psychoterapię indywidual-

ną oraz grupową, trening funkcji poznawczych, trening umiejętności społecznych, psychoedukację, trening rozpoznawania emocji, terapię uzależnień, terapię sprawców czynów seksualnych, filmoterapię, muzykoterapię oraz psychorysunek. Organizowane były również tzw. „spotkania rodzin”, odbywające się raz w miesiącu, podczas których rodziny mogły uczestniczyć w indywidualnych konsultacjach, warsztatach psychoedukacyjnych dotyczących choroby osoby bliskiej lub form pomocy psychologicznej po detencji oraz mogły uzyskać informację dotyczące kwestii prawnych. Pacjenci podlegający detencji spędzają w zakładzie psychiatrycznym zazwyczaj kilka lat, co stwarza możliwość skuteczniejszego leczenia oraz resocjalizacji, w tym prowadzenia długoterminowej psychoterapii i nawiązania relacji terapeutycznej, systematycznego przyjmowania leków przez pacjenta, poprawy zdrowia psychicznego i fizycznego, izolacji od środków odurzających oraz zdobycie umiejętności niezbędnych do życia w społeczeństwie (Markiewicz 2017).

Istotną kwestią jest opracowanie indywidualnego planu terapeutycznego dostosowanego do poszczególnych pacjentów. Wymaga to uwzględnienia wielu czynników, takich jak: specyfika choroby danego pacjenta, charakter popełnionego czynu, cechy osobowości, objawy psychopatologiczne, obecność uzależnienia, poziom motywacji, posiadane przez niego kompetencje społeczne i możliwości poznawcze (Kałwa i in. 2017, s. 38).

Zasadniczą różnicą między badanymi grupami było doświadczenie różnego rodzaju traumy. Osoby z grupy badanej znajdowały się na detencji z powodu popełnienia czynu zabronionego w stanie niepoczytalności. Charakter popełnionego czynu przez osoby badane przedstawiał się następująco: zabójstwo/usiłowanie zabójstwa (13), groźby karalne/czyny agresywne (12), czyny o charakterze seksualnym (5). W przeprowadzonym badaniu znaczenie miało to, jakie znaczenie przypisywali uczestnicy danemu zdarzeniu traumatycznemu oraz to, czy w ogóle postrzegali np. popełnienie czynu jako zdarzenie traumatyczne lub zmieniające życie.

Warto również zaznaczyć, że obydwie analizowane grupy pacjentów aktywnie uczestniczyły w programie terapeutyczno-rehabilitacyjnym, opartym na metodach treningowych, adekwatnym do rodzaju prezentowanych trudności. Pacjenci obydwu grup w czasie badania znajdowali się w wyrównanym poziomie nasilenia objawów psychotycznych badanych skalą BPRS, nie różnicującym grupy na poziomie istotności statystycznej.

Wszystkie osoby biorące udział w badaniu wyraziły na nie świadomą zgodę.

Opis i analiza wyników

W celu weryfikacji postawionych hipotez przeprowadzono analizy statystyczne w programie IBM SPSS Statistics w wersji 24. Analiza kształtu rozkładu zmiennych wykonana została przy pomocy testu Shapiro-Wilka. Szczegółowe analizy statystyczne dotyczyły porównań między średnimi wynikami poszczegól-

nych zmiennych w badanych grupach oraz sprawdzono ich istotność. Miara siły związku była mierzona za pomocą wskaźnika d Cohena. Przy analizie wyników przyjęto $p \leq 0,05$.

Średnie wyniki cech osobowości w badanej próbie

W celu porównania średnich wyników cech osobowości (neurotyczność, otwartość na doświadczenie, ekstrawersja, ugodowość i sumienność) w badanych grupach zostały obliczone średnie grupowe oraz ich odchylenie standardowe. Istotność statystyczna otrzymanych wyników została sprawdzona przy pomocy testu t-Studenta. Uzyskane wyniki prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Właściwości osobowości – wartości średnie i różnice między nimi. $N = 60$

Cechy osobowości	M (grupa badana; $n = 28$)	SD	M (grupa kontrolna; $n = 30$)	SD	Test t	P
Neurotyczność	20,43	7,28	29,43	10,99	- 3,65	0,001 ($d = 0,965$)
Otwartość na doświadczenie	26,21	5,14	25,87	6,48	0,28	0,821
Ekstrawersja	27,07	6,82	21,43	7,63	2,97	0,004 ($d = 0,779$)
Ugodowość	28,61	6,33	30,20	5,14	- 0,98	0,333
Sumienność	32,57	6,30	29,37	9,76	1,47	0,146

Źródło: badania własne.

Analiza wyników nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy średnimi wynikami w takich cechach osobowości jak: otwartość na doświadczenie, ugodowość oraz sumienność. Istotne statystycznie okazały się różnice średnich międzygrupowych w przypadku neurotyczności ($t(50,63) = -3,65$; $p = 0,001$; $d = 0,965$) oraz ekstrawersji ($t(55,90) = 7,63$; $p < 0,01$; $d = 0,779$). Analiza wykazała, że średnia wartość cechy neurotyczność w grupie kontrolnej jest istotnie statystycznie wyższa niż w grupie badanej. Z kolei w przypadku ekstrawersji analiza wykazała, że średnia wartość tej cechy jest istotnie statystycznie wyższa w grupie badanej w porównaniu z grupą kontrolną.

W celu porównania średnich wyników wzrostu potraumatycznego oraz poszczególnych jego czynników (zmiany w percepcji siebie, zmiany w relacjach z innymi, większe docenianie życia i zmiany duchowe) w badanych grupach zostały obliczone średnie grupowe oraz ich odchylenie standardowe. Uzyskane wyniki prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Wzrost potraumatyczny i jego czynniki. N = 60

Wzrost potraumatyczny	M (grupa badana; n = 30)	SD	M (grupa kontrolna; n = 30)	SD	Test t	P
Wynik ogólny – wzrost potraumatyczny	64,83	19,03	51,97	24,61	2,27	0,027 (d = 0,584)
Czynnik 1 – Zmiany w percepcji siebie	27,07	9,47	19,70	11,74	2,68	0,010 (d = 0,691)
Czynnik 2 – Zmiany w relacjach z innymi	21,73	7,18	19,40	8,59	1,14	0,259
Czynnik 3 – Większe docenianie życia	10,03	2,95	8,03	3,63	2,34	0,023 (d = 0,604)
Czynnik 4 – Zmiany duchowe	6,00	2,98	4,83	3,42	1,41	0,165

Źródło: badania własne.

Analiza wyników wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy średnimi w ogólnym wyniku poziomu wzrostu potraumatycznego ($t(54,55) = 2,27; p < 0,05; d = 0,584$), w przypadku czynnika pierwszego – zmiany w percepcji siebie ($t(55,50) = 2,68; p < 0,05; d = 0,691$) oraz czynnika trzeciego – większe docenianie życia ($t(55,67) = 2,34; p < 0,05; d = 0,604$). Analiza testem t-Studenta wykazała, że średni wynik poziomu wzrostu potraumatycznego w grupie badanej jest istotnie statystycznie wyższy niż w grupie kontrolnej. W przypadku czynnika pierwszego i trzeciego analiza testem t-Studenta wykazała, że średni wynik tych zmiennych w grupie badanej jest istotnie statystycznie wyższy niż w grupie kontrolnej.

Wydarzenia traumatyczne doświadczone przez osoby badane

Przewidywano, że w grupie badanej najczęściej wybieranym wydarzeniem będzie popełnienie gwałtowanego lub obelżywego przestępstwa, a w grupie kontrolnej – przewlekła lub ostra choroba. W celu weryfikacji tych przewidywań zastosowano jedną z miar tendencji centralnej – dominanty. W obydwu grupach najczęściej wskazywaną odpowiedzią była „Przewlekła lub ostra choroba”. Szczegóły w tabeli 3.

Tabela 3. Wydarzenia traumatyczne doświadczane przez badanych – częstość

Grupa	Rodzaj wydarzenia traumatycznego	Częstość odpowiedzi
Grupa badana (n = 30)	Strata ukochanej osoby	23,3%
	Przewlekła lub ostra choroba	30%
	Gwałtowne lub obelżywe przestępstwo	10%
	Utrata pracy	10%
	Trudności finansowe	16,7%
	Inne	10%
	Ogółem	100%
Grupa kontrolna (n = 30)	Strata ukochanej osoby	13,3%
	Przewlekła lub ostra choroba	33,3%
	Wypadek lub uraz	3,3%
	Niepełnosprawność	10%
	Utrata pracy	10%
	Trudności finansowe	10%
	Zmiana w odpowiedzialności za rodzinę	3,3%
	Inne	16,7%
	Ogółem	100%

Źródło: badania własne.

Cechy osobowości a wzrost potraumatyczny

W celu weryfikacji hipotez dotyczących związku między badanymi cechami osobowości a wzrostem potraumatycznym w badanych grupach, zostały wykonane analizy korelacji r-Pearsona (tab. 4–5.)

Tabela 4. Związki między cechami osobowości i wzrostem potraumatycznym w grupie badanej. N = 30

Zmienne osobowościowe	Korelacja r-Pearsona	P
Neurotyczność	-0,132	0,503
Otwartość na doświadczenie	0,150	0,447
Ekstrawersja	0,573	0,001
Sumienność	0,294	0,128
Ugodowość	0,083	0,675

Źródło: badania własne.

W grupie badanej zaobserwowano istotną statystycznie korelację między poziomem cechy ekstrawersji a wzrostem potraumatycznym ($r = 0,573$; $p = 0,001$).

Tabela 5. Związki między cechami osobowości i wzrostem potraumatycznym w grupie kontrolnej. $N = 30$

Zmienne osobowościowe	Korelacja r-Pearsona	P
Neurotyczność	0,066	0,731
Otwartość na doświadczenie	0,823	0,130
Ekstrawersja	0,204	0,280
Sumienność	0,127	0,504
Ugodowość	0,042	0,828

Źródło: badania własne.

W grupie kontrolnej nie zostały zaobserwowane istotne statystycznie korelacje badanych zmiennych ze wzrostem potraumatycznym ($p > 0,05$).

Poziom wzrost potraumatycznego

Analizy średnich wyników poziomu wzrostu potraumatycznego między badanymi grupami znajduje się w tabeli 6.

Tabela 6. Wzrost potraumatyczny – wartości średnie i różnice między grupami. $N = 60$

	Grupa	N	M	SD	Test t	P
Wzrost potraumatyczny	Grupa badana	30	64,83	19,03	2,27	0,027 ($d = 0,584$)
	Grupa kontrolna	30	51,97	24,61		

Źródło: badania własne.

Grupa badana ($M = 64,83$; $SD = 19,03$) uzyskała średnio wyższe wyniki w poziomie wzrostu potraumatycznego niż grupa kontrolna ($M = 51,97$; $SD = 24,61$). Różnice okazały się istotne statystycznie.

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały również, że zmienne dotyczące ilość lat chorowania oraz płci, nie korelowały ze wzrostem potraumatycznym na poziomie istotności statystycznej w żadnej z badanych grup ($p > 0,05$).

Podsumowanie i dyskusja wyników

Celem przeprowadzonego badania była analiza związku, jaki mógłby zaistnieć pomiędzy przeżytym zdarzeniem traumatycznym, o różnym rodzaju i nasileniu a wzrostem potraumatycznym oraz różnic w poziomie tego rozwoju. Celem badania było też określenie, jakie cechy osobowości mają związek ze wzrostem potraumatycznym u osób chorujących na schizofrenię, które doświadczyły różnego rodzaju zdarzeń traumatycznych. Celem pracy było również sprawdzenie, jakie wydarzenia ze swojego życia, osoby chore postrzegają jako traumatyczne.

Porównanie średnich wyników poszczególnych zmiennych osobowościowych między badanymi grupami wykazało kilka istotnych statystycznie różnic między nimi. W grupie kontrolnej osoby odznaczały się większą neurotycznością w porównaniu z grupą badaną, z kolei osoby z grupy badanej były średnio bardziej ekstrawertywne niż osoby z grupy kontrolnej. Różnice między średnimi wynikami cech: otwartość na doświadczenie, sumienność i ugodowość nie okazały się być istotne statystycznie.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt uzyskania niższego wyniku w skali neurotyczności i podwyższonego w skali ekstrawersji przez osoby z grupy badanej biorąc pod uwagę jej specyfikę czyli ilość traumatycznych wydarzeń, które osoby te przeżyły – m.in. doświadczenie choroby psychicznej, popełnienie czynu zabronionego oraz wieloletnie życie w izolacji od społeczeństwa. Wysoki wynik w skali ekstrawersji oraz niski w skali neurotyczności sprzyjają częstszemu doświadczaniu pozytywnych emocji, aktywności, stabilności emocjonalnej czy zdolności do zmagania się ze stresem (Zawadzki i in. 1998). Z założenia osobowość jest konstruktem względnie stałym, trudno modyfikowalnym. W tym przypadku wydaje się, że struktura osobowości pacjentów będących na detencji ma korzystną konfigurację mogącą stać się podstawą dla oddziaływań terapeutycznych i resocjalizacyjnych. Związek cech osobowości osób chorujących na schizofrenię, które doświadczyły różnego rodzaju traumy, jest zagadnieniem wartym dalszego eksplorowania.

Kolejne założenie dotyczyło tego, że przewlekła choroba psychiczna oraz popełnienie przez chorego czynu zabronionego w większym stopniu determinuje wzrost potraumatyczny niż samo doświadczenie choroby psychicznej. Otrzymane wyniki zdają się potwierdzać tę hipotezę, gdyż w grupie badanej wystąpił istotnie statystycznie wyższy poziom wzrostu potraumatycznego niż w grupie kontrolnej. Ponadto, w grupie badanej osoby doświadczyły średnio większych zmian w dwóch czynnikach wzrostu potraumatycznego: zmiany w percepcji siebie oraz większego doceniania życia niż osoby w grupie kontrolnej. Różnice średnich międzygrupowych w przypadku tych dwóch czynników okazały się być istotne statystycznie.

Powyższe wyniki mogłyby świadczyć o tym, że wyższa intensywność traumy lub mnogość doświadczeń traumatycznych (w tym przypadku przewlekła choroba

i popełnienie czynu zabronionego) jest w większym stopniu związana z poziomem rozwoju niż samo doświadczenie choroby psychicznej. W przytaczanych wcześniej badaniach zależność między rodzajem i nasileniem traumy była niejednoznaczna. Niektórzy badacze skłaniają się ku zależności krzywoliniowej, co oznaczałoby, że trauma o słabym nasileniu skutkuje mniejszym poziomem wzrostu, silniejsza – większym, a ekstremalne wydarzenia mogą charakteryzować się brakiem wzrostu lub jego niskim poziomem. Inni badacze wskazują na zależność prostoliniową między intensywnością traumy a rozwojem potraumatycznym (Ogińska-Bulik 2013). Przeprowadzone badania nie odpowiadają jednak w pełni na pytanie jak wygląda ten związek w badanych grupach. Założeniem było, że osoby z grupy badanej doświadczyły traumy o większej intensywności niż osoby z grupy kontrolnej, dlatego też wystąpi u nich więcej pozytywnych zmian. Jednakże nie badano, jakie jest subiektywne odczucie względem tych wydarzeń, czy uważano je za ekstremalne, umiarkowane czy mało intensywne.

Ciekawą kwestią jest również to, że w grupie badanej, która uzyskała średnio wyższe wyniki wzrostu potraumatycznego, przeważali mężczyźni, a w świetle dotychczasowych badań nad rozwojem podkreśla się rolę płci żeńskiej (Ogińska-Bulik 2013, s. 51–66). W przeprowadzonym badaniu analizy dotyczące zależności między płcią a wzrostem traumatycznym w grupach badawczych nie wykazały korelacji na poziomie istotności statystycznej. Wydaje się, że kwestia związku płci i rozwoju po traumie mogłaby być warta uwagi w kolejnych badaniach nad wzrostem u osób chorujących na schizofrenię.

Założono, że w grupie badanej najczęściej wskazywanym wydarzeniem będzie popełnienie przestępstwa, a w grupie kontrolnej – doświadczenie przewlekłej choroby jaką jest schizofrenia. Jednakże hipoteza została jedynie częściowo potwierdzona, gdyż w obydwu grupach najczęściej wybieranym wydarzeniem było doświadczenie choroby. Odpowiedź na to pytanie była zaskakująca w odniesieniu do grupy badanej, gdzie jedynie cztery osoby uznały popełnienie przestępstwa za wydarzenie zmieniające ich życie. Wydaje się, że popełnienie czynu zabronionego, którego konsekwencją jest długoletnia internacja, powinno być zdarzeniem istotnie wpływającym na życie badanych, co w tym badaniu nie zostało potwierdzone. Możliwym powodem, dla którego to wydarzenie nie zostało wskazywane mogła być forma, w jakiej było ono podane w kwestionariuszu – „Gwałtowne lub obelżywe przestępstwo”. Stwierdzenie nacechowane jest wysoce negatywnie, jednakże badani mieli możliwość wpisania innego, własnego wydarzenia, które uważają za traumatyczne, na co zdecydowała się jedna osoba wpisując popełniony czyn w rubryczce „Inne”. Drugim powodem, który mógł mieć wpływ na nie zaznaczenie przestępstwa jako wydarzenia traumatycznego, jest fakt, że osoby badane były jego sprawcami, a nie ofiarami, więc w znaczący sposób może to wpływać na postrzeganie przez nich tego wydarzenia.

Ciekawą obserwacją jest również to, że cała próba osób badanych zaznaczała różne wydarzenia traumatyczne, nie tylko doświadczenie choroby. Może to

oznaczać, że nie zawsze osoby chorujące postrzegają swoją chorobę jako traumę, ponieważ doświadczają w ciągu życia całego spektrum wydarzeń, mogących być traumatycznymi, takich samych jak osoby zdrowe.

Podsumowując, przeprowadzone badania mogą zwrócić uwagę na kwestię wzrostu potraumatycznego u osób chorujących na schizofrenię, gdyż jest to obszar, który dotychczas nie był eksplorowany. Kwestią, o którą warto byłoby zadbać, jest równoliczny rozkład płci, który w przeprowadzonym badaniu nie był zachowany, głównie ze względu na specyfikę grupy badanej. Mogło to mieć istotny wpływ na wyniki, gdyż większość stosowanych kwestionariuszy jest wrażliwych na płeć osób badanych. Dalsze poszukiwanie determinantów wzrostu u osób chorujących mogłoby objąć inne zmienne wymieniane przy badaniach dotyczących ludzi zdrowych, takie jak np. nadzieja, samoocena, optymizm czy sprężystość (*resilience*). Istotną kwestią jest również liczebność grupy. Bardziej liczna oraz mniej specyficzna grupa mogłaby pomóc w ustaleniu norm dla populacji osób chorujących na schizofrenię. Pomogłoby to w uzyskaniu szerszego obrazu na temat pozytywnych zmian w wyniku traumy w grupie osób chorujących na schizofrenię.

Wnioski

Na podstawie przedstawionych wyników badań można sformułować następujące wnioski:

1. W badanych grupach można zaobserwować istotne różnice w ogólnym poziomie wzrostu potraumatycznego oraz w jego pierwszym czynniku – zmianach percepcji siebie. W obu przypadkach w grupie badanej otrzymane średnie wyniki były wyższe niż w grupie kontrolnej.
2. W całej badanej próbie najczęściej wskazywanym wydarzeniem traumatycznym było doświadczenie przewlekłej lub ostrej choroby.
3. W analizowanych grupach można zaobserwować istotne różnice w przypadku dwóch cech osobowości: neurotyczność i ekstrawersja. Osoby z grupy badanej uzyskały średnio niższe wyniki w skali neurotyczności niż osoby z grupy kontrolnej. Z kolei w skali ekstrawersji otrzymane średnie wyniki w grupie badanej były wyższe niż w grupie kontrolnej.

Abstract: Posttraumatic growth in detained patients with psychosis

The study concerns the relationship of personality and situational factors with posttraumatic growth in people suffering from schizophrenia who have experienced various types of traumatic events. The study group included people who committed an offense and were detained (N = 30), and the control group — patients hospitalized in the Daily Ward of Psychiatric Rehabilitation (N = 30). The following tools were used to measure the exami-

ned variables: NEO Five-Factor Inventory, Posttraumatic Growth Inventory, sociodemographic variables questionnaire and Brief Psychiatric Rating Scale. The study group presented higher results in posttraumatic growth than the control group. Results indicated that patients from the control group attained higher results in Neuroticism, however patients from the study group — in Extraversion. In both groups the most frequently indicated traumatic event was chronic disease.

Key words: schizofrenia, detention, posttraumatic growth, psychosocial rehabilitation.

Bibliografia

- [1] Bostock L., Sheikh A., Barton S., 2009, *Posttraumatic Growth and Optimism in Health-Related Trauma: A Systematic Review*, „Journal of Clinical Psychology in Medical Settings”, nr 16, s. 281–296.
- [2] Calhoun L.G., Tedeschi R.G., 1998, *Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research*, „Journal of Social Issues”, nr 54, s. 357–371.
- [3] Dekel S., Ein-Dor T., Solomon Z., 2012, *Posttraumatic growth and posttraumatic distress: a longitudinal study*, „Psychological Trauma”, nr 4(1), s. 94–101.
- [4] Fijałkowska P., Lewczuk E., Pawłowska B., 2012, *Rehabilitacja psychiatryczna osób z rozpoznaniem schizofrenii – przegląd wybranych metod*, „Current Problems of Psychiatry”, nr 13(1), s. 49–53.
- [5] Hajdukiewicz D., 2016, *Zagadnienia psychiatrii sądowej*, cz. 1: *Podstawy prawne i medyczne*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- [6] Kałwa A., Parnowska D., Fritz M., 2017, *Konsekwencje trudności diagnostycznych w terapii osób przebywających na detencji*, „Psychiatria po Dyplomie”, nr 3, s. 38.
- [7] Linley A., Joseph S., 2004, *Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review*, „Journal of Traumatic Stress”, nr 17(1), s. 11–21.
- [8] Mazor Y., Gelkopf M., Mueser K., Roe D., 2016, *Posttraumatic growth in psychosis*, „Frontiers in Psychiatry”, nr 7, s. 202.
- [9] Ogińska-Bulik N., 2013, *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*, Wydawnictwo Difin SA, Warszawa.
- [10] Ogińska-Bulik N., 2013, *Potraumatyczny wzrost – zróżnicowanie ze względu na rodzaj doświadczonego zdarzenia oraz płeć i wiek badanych osób*, „Acta Universitatis Lodziensis, Folia Psychologica”, nr 17, s. 51–66.
- [11] Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2010, *Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar*, „Psychiatria”, nr 7(4), s. 129–142.
- [12] Park C.L., Cohen L.H., Murch R.L., 1996, *Assessment and prediction of stress-related growth*, „Journal of Personality”, nr 64, s. 71–105.
- [13] Prati G., Pietrantonio L., 2009, *Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: a meta-analysis*, „Journal and Trauma”, nr 14(5), s. 364–388.
- [14] Taku K., Cann A., Tedeschi R.G., Calhoun L.G., 2009, *Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples*, „Anxiety, Stress, and Coping”, nr 22(2), s. 129–136.
- [15] Tedeschi R., Calhoun L., 1996, *The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma*, „Journal of Traumatic Stress”, nr 9(3), s. 455–470.

- [16] Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M., 1998, *Inwentarz osobowości NEO-FFI Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa.

Źródła internetowe

- [17] Markiewicz I., *Środki zabezpieczające w psychiatrii*), <http://www.ipin.edu.pl/wp-content/uploads/2015/11/%C5%9Arodki%20zabezpieczaj%C4%85ce%20w%20psychiatrii.pdf> (dostęp: 8.07.2020).