

## **Poczucie i potrzeba władzy u pacjentów cierpiących na schizofrenię**

### **Sense and need for power in schizophrenic patients**

Dagna Kocur<sup>1</sup>, Sławomira Kwiatkowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet Śląski w Katowicach, Instytut Psychologii,  
Zakład Psychologii Społecznej i Środowiskowej

<sup>2</sup> Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALTERMED w Katowicach

#### **Summary**

**Aim.** The purpose of the research was to analyze the sense of power of schizophrenic patients in relations with others, physicians, their need for power and influence as well as the sense of being able to have power and influence. Dependencies linked with the age and gender were also analyzed by comparing the study group and the control group.

**Method.** The study group included 47 patients diagnosed with F20 (Schizophrenia). The patients in the control group did not use any psychiatric or psychological support and were selected based on the age and gender criteria. The following tools were used in the research: the Index of Personal Reactions (Bennett, 1988), the Sense of Power Scale (Anderson, John and Keltner, 2012) and an extended document history.

**Results.** Patients suffering from schizophrenia were characterized with a lower sense of power in comparison with the healthy individuals. The patients also obtained lower results in comparison with the control group with respect to the sense of power and influence. Individuals suffering from schizophrenia had a much higher sense of power in relations with their physician in comparison with the general relations with other individuals. Male patients suffering from schizophrenia scored much lower in the sense of power, ability to use the power and have influence as well as the need for influence in comparison with other men. No similar differences were observed in female groups.

**Conclusions.** The results may be used in the therapy of patients suffering from schizophrenia – during the analysis of therapy efficiency or therapeutic relations. Consecutive research should explore issues linked with the dependency between the sense of power, the course of the illness and prognosis.

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, poczucie władzy, płé

**Key words:** schizophrenia, power, gender

## Wstęp

Władza nie jest prostą kontrolą nad zasobami, nie jest też tożsama jedynie z pozycją społeczną. Władza to również stan psychologiczny – percepcja własnej zdolności wpływania na innych [1, 2]. Czasami osobiste poczucie władzy łączy się z kontrolą nad zasobami, pozycją, autorytetem czy statusem w oczach innych, czasami jednak tej zbieżności się nie obserwuje [3, 4]. Przekonania jednostek na temat posiadanej władzy mogą formować ich faktyczny wpływ na innych ludzi, niezależnie od ich pozycji w strukturach społecznych. Jednostki postrzegające siebie jako posiadające władzę zachowują się w sposób bardziej efektywny, zwiększając swoją faktyczną władzę [5–7].

Badania Anderson i wsp. [8] dostarczyły danych opisujących osobiste poczucie władzy (Personal Sense of Power) oraz narzędzie do jego pomiaru. Osobiste poczucie władzy jest umiarkowanie zgodne z kontekstami różnych relacji. Wynika ono nie tylko z czynników o podłożu społecznym, które zapewniają szczególne warunki jednostkom z większymi zasobami. Zmienne osobowościowe również odgrywają istotną rolę w determinowaniu tego, jak bardzo dana osoba czuje się kimś „posiadającym władzę” (powerful).

Bennett [9] jako pierwszy dokonał rozróżnienia między potrzebą władzy a potrzebą wywierania wpływu, wykorzystując do tego testy psychometryczne. Autor ten potrzebę władzy (need for power – nPower) postrzega jako egoistyczne dążenie do zdobycia pozycji, a potrzebę wywierania wpływu (need for Influence – nInfluence) jako chęć przekonywania i wpływania na innych [9].

Jednostkom motywowanym potrzebą posiadania władzy zależy na zdobyciu pozycji, w której będą mogły stosować władzę ze względu na siebie samych – na przykład dla satysfakcji, jaką czerpią z relacji z osobami zależnymi od nich. Jednostki, które są motywowane przez potrzebę wywierania wpływu, pragną wpływać na wydarzenia i ludzi. Osoby mające silną potrzebę wpływu mogą również mieć silną potrzebę władzy. Zamiast niej może je satysfakcjonować wywieranie wpływu przez środki inne niż nacisk, przymus czy nakaz. Potrzeba władzy i potrzeba wywierania wpływu są zatem pojęciowo różne i nie zawsze skorelowane [9]. Istotne jest tu także poczucie umiejętności czy zdolności do sprawowania władzy oraz wywierania wpływu.

Poczucie władzy wśród osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, szczególnie schizofrenią, nie było do tej pory przedmiotem zainteresowania badaczy. Może być ono istotne w określaniu rokowań, wyborze najodpowiedniejszej terapii oraz procesie leczenia. Poczucie władzy w relacjach z lekarzem psychiatrą czy terapeutą zaś może być szczególnie ważne. Powiązania osobistego poczucia władzy z takimi zmiennymi jak umiejscowienie kontroli czy narcyzm oraz (ujemnie) z neurotyzmem [8] wskazują na istotność tej zmiennej także w obszarze szeroko rozumianej psychopatologii.

Potrzeba władzy i łączące ją zależności z zaburzeniami psychicznymi nie były do tej pory częstym przedmiotem zainteresowania badaczy. Istnieją badania osób z wysokim nPower dotyczące agresywności, przemocy seksualnej, molestowania seksualnego czy wykorzystywania innych osób [10–12]. Brak jest jednak jakichkolwiek badań w tym obszarze na temat potrzeby wywierania wpływu czy poczucia umiejętności wywierania wpływu i sprawowania władzy nad innymi osobami. Elementy te jak dotąd nie były

przedmiotem analiz u osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, choć potencjalne dane mogą mieć istotne znaczenie dla diagnozy oraz procesu leczenia.

Celem badania była analiza poczucia władzy w relacjach z innymi i w relacjach z lekarzem oraz analiza potrzeby władzy i wywierania wpływu, a także poczucia umiejętności wywierania wpływu i sprawowania władzy wśród pacjentów cierpiących na schizofrenię. Analizie poddano także zależności wieku i płci, porównując grupę badaną i kontrolną.

## Material i metody

### Narzędzia badawcze

1. **Kwestionariusz Potrzeby Władzy i Wywierania Wpływu** (*Index of Personal Reactions*) (Bennett, 1988; tłumaczenie własne). Jest to narzędzie służące do badania potrzeby władzy i wywierania wpływu jako cech osobowości. Składa się z 4 skal: *Skali Umiejętności Wywierania Wpływu i Sprawowania Władzy* (12 itemów), *Skali Potrzeby Władzy* (13 itemów), *Skali Potrzeby Wywierania Wpływu* (8 itemów) oraz *Skali Sprzeciwu Wobec Podporządkowania* (8 itemów). Rzetelność skal w niniejszym badaniu wynosiła od  $\alpha = 0,75$  do  $\alpha = 0,88$  [9].
2. **Skala Poczucia Władzy** (*The Personal Sense of Power*) (Anderson, John i Keltner, 2012; tłumaczenie własne). Jest to narzędzie przeznaczone do badania osobistego poczucia władzy. Składa się z dwóch części. Najpierw osoba przeprowadzająca badanie wybiera płaszczyznę (relację), której ma dotyczyć badanie (np. „W moich relacjach z innymi...”; „W relacji z moim lekarzem...”). Po określeniu relacji, której dotyczy badanie, osoba badana ustosunkowuje się do 8 twierdzeń dotyczących różnych przejawów władzy. Rzetelność tego narzędzia w niniejszym badaniu wynosiła od  $\alpha = 0,67$  do  $\alpha = 0,84$  [8].
3. **Rozszerzona metryczka** (metoda własna). Składa się z dwóch części. Pierwsza część metryczki zawiera pytania dotyczące cech socjodemograficznych osób badanych, druga zaś odnosi się do choroby i jest wypełniana przez lekarza prowadzącego.

### Sposób przeprowadzenia badania

Badania zrealizowano w okresie od czerwca 2016 do stycznia 2017 roku. Lekarz prowadzący przekazywał pacjentom szczegółowe informacje o badaniu i jego celach. Pacjenci byli informowani, że badanie jest dobrowolne oraz anonimowe.

### Badana grupa

Grupę badaną stanowiło 47 pacjentów z rozpoznaniem F20 (Schizofrenia). Kwalifikowanie pacjentów do badanej grupy opierało się na wcześniejszej diagnozie postawionej przez lekarza specjalistę. Pacjenci w chwili badania leczyli się w poradni zdrowia psychicznego. Średnia wieku badanej grupy wynosi 48,21 lat (SD = 11,13),

najmłodsza badana osoba miała 24 lata, a najstarsza 67 lat. W badaniu wzięło udział 25 mężczyzn (53,19%) oraz 22 kobiety (46,81%). Wykształcenie podstawowe w grupie badanej miało 9 osób (19%), zawodowe 17 (36%), średnie 18 (38%), a wykształcenie wyższe miały 2 osoby (4%). Jedna osoba nie podała informacji na temat swojego wykształcenia.

Do grupy kontrolnej zostały dobrane osoby pod kątem wieku i płci, niekorzystające z pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej. Wykształcenie zawodowe w grupie kontrolnej miało 9 (19%), średnie 18 (38%), a wykształcenie wyższe – 20 osób (43%).

## Wyniki

Zaobserwowano różnice w poziomie poczucia władzy w relacjach z innymi u pacjentów i w grupie kontrolnej. Pacjenci cierpiący na schizofrenię mieli istotnie statystycznie niższe poczucie władzy niż osoby zdrowe (tab. 1).

Tabela 1. Porównanie poczucia władzy w relacjach z innymi w grupie badanej i kontrolnej

	Grupa badana (n = 47)		Grupa kontrolna (n = 47)		U	Z	p	r*
	M	SD	M	SD				
Poczucie władzy w relacjach z innymi	3,968	0,922	4,532	0,776	710	-2,979	0,003	-0,307

\* Wskaźnik wielkości efektu zaproponowany przez G.V. Glassa

Różnice w poziomie wykształcenia w grupie badanej i kontrolnej skłoniły autorów do dalszych analiz wyjaśniających niższy poziom poczucia władzy w grupie badanej. W związku ze skorelowaniem wykształcenia z przynależnością do grupy badanej i kontrolnej wykonano dodatkowo analizę regresji, w której kontrolowano rolę wykształcenia. Analiza ta wykazała, że jedynym istotnym statystycznie predyktorem poczucia władzy jest przynależność do grupy badanej i kontrolnej ( $\beta = 0,31$ ;  $p = 0,008$ ) (korelacja semicząstkowa = 0,267; tolerancja 0,73). Zmienna „wykształcenie” okazała się nieistotnym statystycznie predyktorem poczucia władzy ( $\beta = 0,01$ ;  $p = 0,95$ ).

Wśród pacjentów zaobserwowano różnice w poczuciu władzy w różnych relacjach. Osoby cierpiące na schizofrenię miały istotnie wyższe poczucie władzy w relacjach ze swoim lekarzem niż ogólnie w relacjach z innymi osobami (tab. 2). Przeprowadzono także analizy testem Wilcozona ( $T = 214,5$ ;  $Z = 2,799$ ;  $p = 0,005$ ).

Tabela 2. Porównanie poczucia władzy w relacjach z innymi oraz w relacji z lekarzem w grupie badanej

	Poczucie władzy w relacjach z innymi		Poczucie władzy w relacji z lekarzem		Z	p	r*
	M	SD	M	SD			
Grupa badana (n = 47)	3,968	0,922	4,372	0,738	2,186	0,029	0,319

\* Wskaźnik wielkości efektu zaproponowany przez G.V. Glassa

Badanie ujawniło różnice między grupą badaną i kontrolną w zakresie poczucia umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu. Pacjenci uzyskali tu istotnie niższe wyniki niż osoby zdrowe. Zatem osoby cierpiące na schizofrenię czują się mniej zdolne do wywierania wpływu i sprawowania władzy nad innymi (tab. 3).

Tabela 3. **Potrzeba władzy i wywierania wpływu w grupie badanej i grupie kontrolnej**

	Grupa badana (n = 47)		Grupa kontrolna (n = 47)		U	Z	p	r*
	M	SD	M	SD				
Poczucie umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu	2,2836	0,8989	3,0265	0,9262	595	-3,849	< 0,001	-0,397
Potrzeba władzy	2,7331	0,8312	2,6064	0,8294	983	0,915	0,359	0,094
Potrzeba wywierania wpływu	2,579	1,019	2,7635	0,8213	944	-1,21	0,225	-0,125
Sprzeciw wobec podporządkowania	2,7127	0,7133	2,9175	0,7285	889	-1,622	0,1024	-0,167

\* Wskaźnik wielkości efektu zaproponowany przez G.V. Glassa

W związku ze skorelowaniem wykształcenia z przynależnością do grupy badanej i kontrolnej wykonano dodatkowo analizę regresji, w której kontrolowano rolę wykształcenia. Analiza ta wykazała, że jedynym istotnym statystycznie predyktorem poczucia umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu jest przynależność do grupy badanej i kontrolnej ( $\beta = 0,35$ ;  $p = 0,002$ ) (korelacja semicząstkowa = 0,30; tolerancja 0,73). Zmienna „wykształcenie” okazała się nieistotnym statystycznie predyktorem poczucia władzy ( $\beta = 0,05$ ;  $p = 0,64$ ).

Nie zaobserwowano korelacji poczucia i potrzeby władzy z wiekiem w grupie badanej. W grupie kontrolnej jednak potrzeba władzy i wywierania wpływu malała wraz z wiekiem (tab. 4).

Tabela 4. **Korelacje potrzeby władzy i wywierania wpływu z wiekiem w grupie badanej i kontrolnej**

	Grupa badana (n = 47)			Grupa kontrolna (n = 47)		
	r	t	p	r	t	p
Poczucie umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu	0,095	0,639	0,526	-0,037	-0,245	0,808
Potrzeba władzy	0,064	0,431	0,669	-0,319	-2,255	0,029
Potrzeba wywierania wpływu	0,009	0,060	0,952	-0,322	-2,284	0,027
Sprzeciw wobec podporządkowania	-0,122	-0,821	0,416	-0,209	-1,435	0,158

W grupie badanej zaobserwowano ujemne korelacje długości czasu leczenia z poczuciem władzy w relacji z lekarzem oraz poczuciem umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu na poziomie trendu statystycznego. Korelacje te nie były związane z wiekiem badanych (tab. 5).

Tabela 5. Korelacje zmiennych z czasem leczenia

Zmienne	Grupa badana (n = 47)		
	r	t	p
Poczucie władzy w relacjach z innymi	0,014	0,092	0,927
Poczucie władzy w relacji z lekarzem	-0,283	-1,981	0,054
Poczucie umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu	-0,255	-1,77	0,084
Potrzeba władzy	-0,201	-1,374	0,176
Potrzeba wywierania wpływu	-0,107	-0,721	0,475
Sprzeciw wobec podporządkowania	0,098	0,661	0,512

Zaobserwowano istotne dodatnie korelacje poczucia władzy w relacji z lekarzem z poczuciem umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu, potrzebą władzy oraz potrzebą wywierania wpływu. Ogólne poczucie władzy w relacjach z innymi korelowało jedynie z poczuciem umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu (tab. 6).

Tabela 6. Korelacje potrzeby władzy z poczuciem władzy w relacji z innymi i z lekarzem w grupie badanej

	Poczucie władzy w relacji z innymi			Poczucie władzy w relacji z lekarzem		
	r	t	p	r	t	p
Poczucie umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu	0,547	4,388	< 0,001	0,456	3,436	0,001
Potrzeba władzy	0,036	0,243	0,809	0,300	2,112	0,04
Potrzeba wywierania wpływu	0,117	0,790	0,433	0,306	2,155	0,037
Sprzeciw wobec podporządkowania	-0,063	-0,426	0,672	-0,135	-0,912	0,367

Zaobserwowano różnice międzypłciowe w grupie pacjentów oraz w grupie kontrolnej. Kobiety w grupie kontrolnej uzyskały niższe wyniki w zakresie poczucia umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu oraz potrzeby wywierania wpływu niż mężczyźni. W grupie badanej nie zaobserwowano różnic między kobietami i mężczyznami (tab. 7). Aby wyjaśnić niejednoznaczność wyników, przeprowadzono porównania kobiet z grupy badanej i kontrolnej oraz mężczyzn z grupy badanej i kontrolnej. Nie zaobserwowano różnic między kobietami cierpiącymi na schizofrenię a kobietami z grupy kontrolnej. Zaobserwowano natomiast różnice w grupach mężczyzn. Mężczyźni cierpiący na schizofrenię uzyskali niższe wyniki w zakresie poczucia władzy, poczucia umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu oraz potrzeby wywierania wpływu niż pozostali mężczyźni (tab. 8).

Tabela 7. Poczucie i potrzeba władzy z uwzględnieniem płci w grupie badanej i kontrolnej

	Mężczyźni (n = 25)		Kobiety (n = 22)		U	Z	p	r*
	M	SD	M	SD				
Grupa badana								
Poczucie władzy w relacjach z innymi	3,91	0,81	4,04	1,05	251,5	-0,49	0,62	-0,072
Poczucie władzy w relacji z lekarzem	4,4	0,76	4,34	0,72	261	0,288	0,773	0,042
Poczucie umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu	2,24	0,94	2,33	0,87	243	-0,67	0,50	-0,098
Potrzeba władzy	2,92	0,82	2,52	0,81	199	1,61	0,11	0,235
Potrzeba wywierania wpływu	2,62	0,97	2,54	1,09	259	0,33	0,74	0,048
Sprzeciw wobec podporządkowania	2,68	0,69	2,76	0,75	267	-0,16	0,87	-0,023
Grupa kontrolna								
Poczucie władzy	4,67	0,82	4,38	0,71	209,5	1,386	0,166	0,202
Poczucie umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu	3,33	0,97	2,68	0,75	163	2,377	0,017	0,347
Potrzeba władzy	2,73	0,77	2,46	0,89	223	1,098	0,272	0,16
Potrzeba wywierania wpływu	3,00	0,71	2,49	0,86	159,5	2,452	0,014	0,358
Sprzeciw wobec podporządkowania	2,99	0,90	2,84	0,46	231	0,927	0,354	0,135

\* Wskaźnik wielkości efektu zaproponowany przez G.V. Glassa

Tabela 8. Porównanie kobiet w grupie badanej i kontrolnej

	Grupa badana		Grupa kontrolna		U	Z	p	r*
	M	SD	M	SD				
Kobiety (n = 22)								
Poczucie władzy	4,04	1,05	4,38	0,71	202,5	-0,915	0,36	-0,138
Poczucie umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu	2,33	0,87	2,68	0,75	177	-1,514	0,13	-0,228
Potrzeba władzy	2,52	0,81	2,46	0,89	231,5	0,235	0,814	0,035
Potrzeba wywierania wpływu	2,54	1,09	2,49	0,86	238,5	0,07	0,944	0,011

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Sprzeciw wobec podporządkowania	2,76	0,75	2,84	0,46	205,5	-0,845	0,398	-0,127
Mężczyźni (n = 25)								
Poczucie władzy	3,91	0,81	4,67	0,82	144	-3,26	0,001	-0,461
Poczucie umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu	2,24	0,94	3,33	0,97	128	-3,570	<0,001	-0,505
Potrzeba władzy	2,92	0,82	2,73	0,77	253	1,145	0,252	0,162
Potrzeba wywierania wpływu	2,62	0,97	3,00	0,71	220,5	-1,775	0,076	-0,251
Sprzeciw wobec podporządkowania	2,68	0,69	2,99	0,90	238,5	-1,426	0,154	-0,202

\* Wskaźnik wielkości efektu zaproponowany przez G.V. Glassa

### Omówienie wyników

Badania Andersona i wsp. [8] pokazały zależności statusu socjoekonomicznego, na który składa się między innymi wykształcenie, z uogólnionym poczuciem władzy. Badania grupy zawodowej pielęgniarek również ujawniły, że lepiej wykształcone pielęgniarki miały wyższe poczucie władzy w relacjach z kolegami z pracy oraz z szefem [13], jednak w wypadku pacjentów schizofrenicznych poziom wykształcenia nie wiązał się z ogólnym poczuciem władzy.

Analizy przeprowadzone w niniejszym badaniu dowiodły, że jedynym istotnym statystycznie predyktorem poczucia władzy jest doświadczenie choroby schizofrenicznej. Niższe poczucie władzy może być zarówno przyczyną (brak zasobów, niższy status socjoekonomiczny, gorsze radzenie sobie ze stresem), jak i konsekwencją samej choroby. Doświadczenie omamów i halucynacji oraz negatywne reakcje otoczenia na chorobę pacjenta mogą obniżać jego poczucie władzy. Dodatkowo istotne mogą tu być stygmatyzacja i wykluczenie społeczne, które są istotnym problemem dla pacjentów schizofrenicznych [14].

Pacjenci cierpiący na schizofrenię uzyskali niższe wyniki niż osoby zdrowe w zakresie poczucia umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu. Oryginalne badania Benneta [9] nie dostarczyły wyników dotyczących zależności wykształcenia z podskalami *Kwestionariusza Potrzeby Władzy i Wywierania Wpływu*. Badania pielęgniarek pokazały jednak wyższe poczucie umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu w grupie lepiej wykształconych respondentek [13]. Analizy przeprowadzone w niniejszym badaniu ujawniły, że jedynym istotnym statystycznie predyktorem poczucia umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu jest przynależność do grupy badanej i kontrolnej, a wykształcenie okazało się nieistotne statystycznie.

Wśród pacjentów zaobserwowano różnice w poczuciu władzy w różnych relacjach. Osoby cierpiące na schizofrenię miały istotnie wyższe poczucie władzy w relacjach



ze swoim lekarzem niż ogólnie w relacjach z innymi osobami. Poczucie władzy w relacjach z lekarzem może istotnie przekładać się na skuteczność oddziaływań terapeutycznych. Badania nad czynnikami sprzyjającymi powodzeniu w terapii wyróżniają dobrą relację terapeutyczną jako „warunek sine qua non pożądanego wyniku terapii” [15, s. 48]. W opinii pacjentów relacja terapeutyczna jest najważniejszym czynnikiem w ich leczeniu. Badania Sosnowskiej i wsp. [16] pokazały, że pozytywna współpraca terapeutyczna wpływa na poprawę objawową u pacjentów z doświadczeniem psychozy. Zaobserwowano także istotne dodatnie korelacje poczucia władzy w relacji z lekarzem z poczuciem umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu, potrzebą władzy oraz potrzebą wywierania wpływu. Wynik ten podkreśla istotność poczucia władzy w relacji z lekarzem dla procesu terapeutycznego.

W badaniu zaobserwowano ujemne korelacje długości czasu leczenia z poczuciem i potrzebą władzy w grupie badanej na poziomie trendu statystycznego. Korelacje te nie były związane z wiekiem badanych. Choć wynik ten jest słaby, może pokazywać doświadczenia pewnej grupy pacjentów. Być może spadek poczucia i potrzeby władzy wiąże się z objawami negatywnymi w schizofrenii, a także z samą specyfiką choroby przewlekłej. W badaniach Gawędy i wsp. [17] stwierdzono negatywne korelacje poczucia wpływu na przebieg choroby między innymi z objawami negatywnymi w schizofrenii. Może to także wiązać się z sytuacją społeczną i zawodową badanych – wskaźnik zatrudnienia chorych na schizofrenię wynosi od 13 do 52% w chwili rozpoczęcia choroby, a po kilku latach jej trwania spada i wynosi od 9 do 30% [18, 19].

Mężczyźni cierpiący na schizofrenię uzyskali niższe wyniki w zakresie poczucia władzy, poczucia umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu oraz potrzeby wywierania wpływu niż pozostali mężczyźni. Płeć odgrywa istotną rolę w całym procesie chorobowym schizofrenii. Mężczyźni częściej chorują na schizofrenię, a początek choroby jest u nich wcześniejszy [20]. W podłużnych badaniach przeprowadzonych przez Jaracz i wsp. [21] kobiety uzyskiwały wyższe wyniki w porównaniu z mężczyznami w podskali „samodzielność realizowana” *Skali Funkcjonowania Społecznego* [22].

Kolejne badania powinny skupić się na wyjaśnieniu zależności poczucia władzy i jej potrzeby z przebiegiem procesu chorobowego, objawami oraz rokowaniami. W następnych pomiarach, które warto by przeprowadzić na większych próbach, cenna mogłaby się okazać analiza związków poczucia i potrzeby władzy z poczuciem wpływu na przebieg choroby jako, być może, istotnej zmiennej.

### Wnioski

1. Pacjenci cierpiący na schizofrenię charakteryzowali się niższym poczuciem władzy niż osoby zdrowe.
2. Osoby cierpiące na schizofrenię miały istotnie wyższe poczucie władzy w relacjach ze swoim lekarzem niż ogólnie w relacjach z innymi osobami.
3. Pacjenci uzyskali niższe wyniki niż grupa kontrolna w zakresie poczucia umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu.

4. Mężczyźni cierpiący na schizofrenię uzyskali niższe wyniki w zakresie poczucia władzy, poczucia umiejętności sprawowania władzy i wywierania wpływu oraz potrzeby wywierania wpływu niż pozostali mężczyźni. W grupach kobiet nie zaobserwowano analogicznych różnic.

### Piśmiennictwo

1. Bugental DB, Blue J, Cruzcosa M. *Perceived control over caregiving outcomes: Implications for child abuse*. Dev. Psychol. 1989; 25(4): 532–539.
2. Galinsky AD, Gruenfeld DH, Magee JC. *From power to action*. J. Pers. Soc. Psychol. 2003; 85(3): 453–466.
3. Anderson C, Galinsky AD. *Power, optimism, and risk-taking*. European Journal of Social Psychology 2006; 36(4): 511–536.
4. Fast NJ, Chen S. *When the boss feels inadequate: Power, incompetence, and aggression*. Psychol. Sci. 2009; 20(11): 1406–1413.
5. Bandura A. *Social cognitive theory of personality*. W: Pervin LA, John OP red. *Handbook of personality: Theory and research*, wyd. 2. New York: Guilford Press; 1999. S. 154–196.
6. Bugental DB, Lewis JC. *The paradoxical misuse of power by those who see themselves as powerless: How does it happen?* Journal of Social Issues 1999; 55(1): 51–64.
7. Mowday RT. *The exercise of upward influence in organizations*. Administrative Science Quarterly 1978; 23(1): 137–156.
8. Anderson C, John OP, Keltner D. *The personal sense of power*. J. Pers. 2012; 80(2): 313–344.
9. Bennett JB. *Power and influence as distinct personality traits: Development and validation of a psychometric measure*. Journal of Research in Personality 1988; 22(3): 361–394.
10. McClelland DC. *Power: The inner experience*. New York: Irvington; 1975.
11. Pryor JB. *Sexual harassment: Proclivities in men*. Sex Roles 1987; 17(5): 269–290.
12. Anderson KB, Cooper H, Okamura L. *Individual differences and attitudes toward rape: A meta-analytic review*. Personality and Social Psychology Bulletin 1997; 23(3): 295–315.
13. Kocur D. *Poczucie i potrzeba władzy oraz poziom dyrektywności wśród pielęgniarek*. W: Mandala E, Doliński D red. *Wpływ społeczny w sytuacjach codziennych i niecodziennych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2015. S. 184–202.
14. Jackowska E. *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(6): 655–670.
15. Yalom I, Leszcz M. *Spójność grupy*. W: Yalom I, Leszcz M red. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006. S. 47–67.
16. Sosnowska M, Prot-Klinger K, Scattergood M, Paczkowska M, Smolicz A, Ochocka M. *Relacja terapeutyczna w psychiatrii środowiskowej z perspektywy pacjenta i terapeuty*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(5): 723–735.
17. Gawęda Ł, Buciuński P, Staniszewski K, Słodki Z, Sym A, Kokoszka A. *Związki wglądu w chorobę, poczucia wpływu na jej przebieg, stylów radzenia sobie z chorobą z objawami psychopatologicznymi w schizofrenii*. Psychiatria 2011; 5(4): 124–133.
18. Marwaha S, Johnson S. *Schizophrenia and employment – A review*. Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol. 2004; 39(5): 337–349.

19. Załuska M. *Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię po 15 latach od pierwszej hospitalizacji (cz. I – ocena funkcjonowania)*. Psychiatr. Pol. 1997; 31(5): 559–572.
20. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. *A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology*. BMC Medicine 2004; 2: 13.
21. Jaracz K, Górna K, Kiejda J, Rybakowski J. *Prospektywna ocena wczesnego przebiegu schizofrenii u kobiet i mężczyzn po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(1): 33–46.
22. Załuska M. *„Skala funkcjonowania społecznego” (SFS) Birchwooda jako narzędzie oceny funkcjonowania społecznego chorych na schizofrenię*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 1997; 6: 237–251.

*Badanie nie było sponsorowane.*

Adres: Dagna Kocur  
Uniwersytet Śląski, Instytut Psychologii  
40-126 Katowice, ul. M. Grażyńskiego 53  
e-mail: dagna.kocur@us.edu.pl

Otrzymano: 26.05.2017  
Zrecenzowano: 18.10.2017  
Otrzymano po poprawie: 24.10.2017  
Przyjęto do druku: 12.11.2017