

## Mocne strony osób chorych na schizofrenię i osób zdrowych – podobieństwa i różnice

### Strengths in patients with schizophrenia and healthy people – similarities and differences

Paulina Rozya<sup>1</sup>, Maryla Sawicka<sup>1</sup>, Agnieszka Żochowska<sup>2</sup>,  
Paweł Bronowski<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Instytut Psychologii

<sup>2</sup> Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza

*Leczenie jest nie tylko naprawianiem tego, co zepsute; to pielęgnowanie tego, co najlepsze.*

(M.E.P. Seligman, M. Csikszentmihalyi [1])

#### Summary

**Aim.** The aim of the study was to assess the character strengths of people with schizophrenia and their importance in building life satisfaction, and also to identify differences and similarities in the character strengths between people with schizophrenia and healthy people.

**Methods.** 40 people with diagnosed schizophrenia and 40 healthy people participated in the study. Each participant was examined with the following tools: Socio-Demographic Data Questionnaire, Satisfaction with Life Scale (SWLS), International Personality Item Pool – Values in Action (IPIP-VIA).

**Results.** People with schizophrenia achieved significantly lower scores than those in the control group in terms of such strengths of character like: hope, humor, self-regulation, citizenship, leadership, capacity for love, kindness, social/emotional intelligence, bravery, industry, integrity, zest, curiosity, love of learning, perspective/wisdom. People with schizophrenia are also different from healthy people in terms of experiencing life satisfaction. At the same time, they do not differ in such strengths of character as: originality, judgment, fairness, forgiveness/mercy, modesty/humility, prudence, appreciation for beauty, gratitude, spirituality. The character strengths of people in the clinical group (more often than in the control group) are associated with the sense of life satisfaction. In older people suffering from schizophrenia, many strengths of their character are reduced.

**Conclusions.** People with schizophrenia are different from those in the control group in terms of 15 strengths. They are also less satisfied with their lives. Experiencing life satisfaction of people with schizophrenia is associated with a complex configuration of strengths.

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, satysfakcja z życia, mocne strony

**Key words:** schizophrenia, satisfaction with life, strengths

## Wstęp

Kliniczna psychologia pozytywna kształtuje się jako ta dziedzina psychologii pozytywnej, która wyrosła z niezadowolenia z teorii i praktyki deficytu jako centralnego pojęcia psychologii klinicznej. Stanowi także odpowiedź na doniesienia badawcze, które pokazały, że skupianie się tylko na leczeniu zaburzeń psychicznych może wyłącznie złagodzić objawy patologii, nie doprowadza jednak do poprawy psychologicznego samopoczucia osób chorych psychicznie [2].

W tradycyjnej psychiatrii kładzie się nacisk na nieprawidłowe i niepożądane aspekty funkcjonowania człowieka z zaburzeniami psychicznymi, czego konsekwencją jest stygmatyzacja chorobą psychiczną. Traktowanie niepełnosprawności jako autentycznych i naturalnych elementów życia doprowadziło do nieuwzględniania pozytywnych cech osób z zaburzeniami psychicznymi, choć są one dostrzegane. Takie właściwości osób chorych psychicznie, jak altruizm, wesołość czy prawość niejednokrotnie są opisywane językiem psychopatologii, mechanizmów obronnych, przez co nie uwzględnia się ich w planie terapeutyczno-rehabilitacyjnym. Nie ma na nie miejsca w sposobie myślenia ani samych zainteresowanych, ani profesjonalistów. Co więcej, w dalszej perspektywie skupienie się tylko na słabościach i niedomaganiach często nie doprowadza do poprawy kondycji psychicznej osób chorych psychicznie pomimo dobrych remisji objawowych i wyjścia ze szpitala. Tym samym zahamowaniu ulegają dwa kapitalne mechanizmy zdrowienia: rozwój potraumatyczny i własna niezgoda na stygmatyzację chorobą psychiczną.

Leamy i wsp. [3], analizując literaturę badawczą na temat czynników mających znaczenie dla procesu zdrowienia osób chorych psychicznie, stworzyli listę, która pokrywa się z tym, co nazywane jest w psychologii mocnymi stronami charakteru. Jednocześnie odnotowali, że samo pojęcie zdrowienia jest bliskie takim terminom, jak „dobre życie” i „samopoczucie”, które stanowią podstawę rozważań psychologii pozytywnej. Badacze ci podkreślają, że dobre samopoczucie i dobre życie osób chorych psychicznie powinny być zawsze rozpatrywane jako zjawiska dynamicznie zmienne, związane np. z długością chorowania, przy uwzględnieniu pewnych stałych i uniwersalnych czynników [4, 5]. Tymi stałymi czynnikami są: pozytywne emocje, brak objawów, więzi interpersonalne, nadzieja, poczucie własnej wartości, siła wewnętrzna [6].

Celem prezentowanego badania była zatem ocena mocnych stron osób chorych na schizofrenię oraz ich znaczenia w budowaniu satysfakcji z życia. Pytania badawcze, na jakie starano się uzyskać odpowiedź, były następujące:

1. Jakie są podobieństwa i różnice pomiędzy osobami chorymi na schizofrenię i osobami zdrowymi pod względem posiadanych mocnych stron charakteru?

2. Jakie mocne strony osób zdrowych i osób chorych na schizofrenię są związane z przeżywaną satysfakcją z własnego życia?

### Material i metoda

W badaniu wzięło udział 40 osób z rozpoznaną schizofrenią (wg ICD-10) oraz 40 osób zdrowych, które wyraziły na nie zgodę. Z badań były wykluczone osoby, które podały w wywiadzie: nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, niepełnosprawność intelektualną. Badanie osób chorujących na schizofrenię odbyło się w oddziale dziennym rehabilitacji psychiatrycznej. Były to osoby w stabilnym stanie psychicznym ocenianym podczas kwalifikacji do oddziału, gdzie wymogiem jest pomyślna remisja objawowa, umożliwiająca udział w intensywnych zajęciach rehabilitacyjno-terapeutycznych. Osoby te w wysokim stopniu współpracowały w leczeniu i pozostawały w długotrwałym kontakcie terapeutycznym. Rodzaj przyjmowanego leku i jego dawka pozostawały niezmienione przez co najmniej dwa tygodnie przed badaniem. Pacjenci przyjmowali leki przeciwpsychotyczne I generacji: clopixon i perazyne, oraz leki II generacji: amisulpryd, aripiprazol, risperidon, olanzapinę i kwetiapinę.

W grupie kontrolnej znalazły się osoby zdrowe, które w wywiadzie nie deklarowały wystąpienia jakiegokolwiek choroby psychicznej i nie skarżyły się na jakiegokolwiek zaburzenia psychiczne. Były to osoby dopasowane do grupy pacjentów pod względem wieku oraz płci. Każda osoba biorąca udział w badaniu została zbadana jednorazowo następującym zestawem narzędzi badawczych:

1. *Kwestionariusz Danych Społeczno-Demograficznych*. Został sporządzony na potrzeby badania i dotyczył: płci, wieku, wykształcenia, posiadanego rozpoznania psychiatrycznego, posiadanej rodziny oraz tego, czy badana osoba mieszka samotnie.
2. *Skala Satysfakcji z Życia* (SWLS, autorzy: E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larson, S. Griffin). Mierzy poziom zadowolenia z własnych osiągnięć i warunków życia. Osoba badana na 7-stopniowej skali ocenia, w jakim stopniu każde z określiń odnosi się do jej dotychczasowego życia. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom satysfakcji z życia. Wskaźnik rzetelności skali jest zadowalający i wynosi  $\alpha$  Cronbacha = 0,81 [7].
3. *Kwestionariusz do Pomiaru Mocnych Stron Charakteru* (IPIP-VIA, autor: L.R. Goldberg, w adaptacji M. Najderskiej i J. Ciecucha) [8]. Jest to narzędzie do pomiaru mocnych stron charakteru porządkowanych za pomocą cnót, oparte na koncepcji autorstwa Petersona i Seligmana [9]. Cnoty stanowią podstawowe właściwości człowieka, cenione przez filozofów moralności i myślicieli religijnych na przestrzeni wieków, powszechne i uniwersalne. Są nimi: mądrość, odwaga, humanitaryzm, sprawiedliwość, umiarkowanie oraz transcendencja. Psychologicznymi wskaźnikami cnót, dostrzeganymi i mierzalnymi, są mocne strony charakteru. Mocne strony przejawiają się w myślach, uczuciach i zachowaniu człowieka oraz stanowią podstawę do osiągnięcia dobrego i szczęśliwego życia [8–10]. Poniżej znajduje się zestawienie mocnych stron z podziałem na cnoty, którym są przyporządkowane (tłumaczenie nazw za M. Najderską i J. Ciecuchem):

- Mądrość: oryginalność/twórczość, ciekawość, rozsądek/otwartość umysłu, pasja zdobywania wiedzy, szerokie horyzonty umysłowe.
- Odwaga: waleczność/dzielność, pracowitość/wytrwałość/upór, spójność/szczerość/autentyczność, werwa/entuzjazm/witalność.
- Humanitaryzm: zdolność do kochania, życzliwość/wspaniałomyślność, inteligencja społeczna/emocjonalna/wgląd w siebie.
- Sprawiedliwość: przynależność/zespołowość, równość/uczciwość, przywództwo.
- Umiarowanie: umiejętność przebaczenia/okazania litości, skromność/pokora, roztropność, samoregulacja/samokontrola.
- Transcendencja: podziw dla piękna, wdzięczność, nadzieja/optyvizm, humor/wesołość, duchowość/religijność.

Kwestionariusz IPIP-VIA składa się z 213 itemów (od 7 do 11 stwierdzeń w każdej ze skal). Badani ustosunkowują się do stwierdzeń wprost, np. „Często wyrażam swoją opinię, nawet wśród ludzi o przeciwnych poglądach” dla skali waleczność/dzielność/odwaga, oraz do stwierdzeń odwróconych, np. „Nie widzę potrzeby, aby dziękować osobom, które są życzliwe wobec mnie” dla skali wdzięczność, udzielając odpowiedzi na 5-stopniowej skali od 1 – „zdecydowanie się nie zgadzam” do 5 – „zdecydowanie się zgadzam”. Rzetelność polskiej adaptacji kwestionariusza jest zadowalająca i wynosi  $\alpha$  Cronbacha  $> 0,60$  dla siedmiu skal (nadzieja/ optymizm, roztropność, samoregulacja/samokontrola, przynależność/zespołowość, inteligencja społeczna/emocjonalna/wgląd w siebie, waleczność/dzielność, pracowitość/wytrwałość) oraz  $\alpha$  Cronbacha  $> 0,70$  dla pozostałych siedemnastu skal [8].

Dane zebrane za pomocą opisanych metod i procedur badawczych zostały podane analizom statystycznym. Wykorzystano następujące statystyki opisowe: średnie, frekwencje procentowe i liczbowe. Istotność różnic między średnimi sprawdzano za pomocą testu *t*-Studenta, a wielkość różnicy między średnimi za pomocą wartości *d*-Cohena. Współzmiennosć między wybranymi zmiennymi badano z użyciem współczynnika korelacji *r*-Pearsona. Przyjęto poziom istotności  $p = 0,05$ . W analizach statystycznych wykorzystano program statystyczny SPSS Statistics 21.

## Wyniki

Badane grupy osób zdrowych i chorych były zbliżone pod względem zmiennych opisujących ich funkcjonowanie społeczne oraz zmiennych demograficznych. Żadna z osób chorych psychicznie nie pracowała przynajmniej od kilku miesięcy, a wszystkie osoby zdrowe posiadały zatrudnienie. Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy ( $t = 0,54$ ;  $p = 0,59$ ) pomiędzy wiekiem osób chorujących na schizofrenię ( $M = 45,15$ ;  $SD = 9,98$ ) a wiekiem osób z grupy kontrolnej ( $M = 43,92$ ;  $SD = 10,04$ ).

Analizy zmiennych społeczno-demograficznych pokazały, że wszystkie osoby z grupy kontrolnej z kimś mieszkają, w grupie klinicznej wynik ten stanowi 62,5%. W grupie klinicznej 42,5% badanych ma wykształcenie wyższe, średnie – 52,5%,

a podstawowe 5%. W grupie kontrolnej wielkości te wynoszą: 57,5% dla wykształcenia wyższego i 42,5% dla średniego.

Podstawowym narzędziem prezentowanego badania był *Kwestionariusz Mocnych Stron Charakteru*, który jest narzędziem pomiaru mocnych stron porządkowanych za pomocą cnót. I to właśnie cnoty i budujące je mocne strony stanowiły istotę porównań pomiędzy osobami zdrowymi i z doświadczeniem zaburzeń psychicznych, także w kontekście odczuwanej satysfakcji z życia. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli 1.

**Tabela 1. Nasilenie poziomu mocnych stron oraz satysfakcji z życia w grupie osób z zaburzeniami psychicznymi (grupa kliniczna) i osób zdrowych (grupa kontrolna) – wartości średnie i różnice między nimi**

MOCNE STRONY	GRUPA KLINICZNA		GRUPA KONTROLNA		Statystyka	p	d-Cohena
	śr.	SD	śr.	SD			
Wdzięczność	3,7	0,64	3,9	0,54	t = -1,8	0,07	
Nadzieja	3,36	0,71	3,95	0,54	t = -2,8	0,007	0,63
Humor	3,3	0,6	3,6	0,59	t = -2,13	0,03	0,48
Duchowość	3,6	0,93	3,3	0,92	t = 1,47	0,14	
Piękno	3,7	0,61	3,7	0,52	t = -1,3	0,19	
Przebaczenie	3,4	0,5	3,4	0,49	t = 0,06	0,9	
Skromność	3,3	0,5	3,3	0,51	t = -0,012	0,9	
Roztropność	3,6	0,55	3,6	0,43	t = 0,52	0,6	
Samoregulacja	2,9	0,53	3,27	0,60	t = -2,53	0,013	0,57
Przynależność	3,33	0,53	3,7	0,63	t = -3,36	0,001	0,76
Równość	3,8	0,49	4,0	0,44	t = -1,76	0,08	
Przywództwo	3,11	0,76	3,73	0,57	t = -4,08	0,000	0,92
Zdolność do kochania	3,43	0,68	4,1	0,47	t = -5,11	0,000	1,16
Życzliwość	3,57	0,53	3,98	0,42	t = -3,83	0,000	0,87
Inteligencja społeczno-emocjonalna	3,2	0,57	3,58	0,43	t = -3,27	0,002	0,74
Waleczność	3,04	0,49	3,43	0,47	t = -3,57	0,001	0,81
Pracowitość	3,37	0,67	3,77	0,46	t = -3,08	0,003	0,7
Spójność	3,8	0,52	4,14	0,38	t = -3,19	0,002	0,72
Werwa	3,23	0,76	3,54	0,51	t = -2,08	0,04	0,47
Oryginalność	3,2	0,67	3,3	0,60	t = -0,59	0,55	
Ciekawość	3,5	0,70	4,00	0,44	t = -3,7	0,00	0,84
Rozsądek	3,5	0,56	3,7	0,41	t = -1,27	0,20	
Pasja zdobywania wiedzy	3,37	0,68	3,86	0,51	t = -3,55	0,001	0,81

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Szerokie horyzonty umysłowe	3,47	0,601	3,74	0,38	$t = -2,36$	0,002	0,54
Satysfakcja z życia	16,9	5,6	22,37	3,9	$t = -5,06$	0,000	1,15

Jak pokazano w tabeli 1, do mocnych stron charakteru, których nasilenie różnicuje istotnie statystycznie osoby chore na schizofrenię od osób zdrowych, zaliczają się: nadzieja, humor, samoregulacja, przynależność, przywództwo, zdolność do kochania, życzliwość, inteligencja społeczno-emocjonalna, waleczność, pracowitość, spójność, werwa, ciekawość, pasja zdobywania wiedzy, szerokie horyzonty umysłowe. Bardzo duże różnice pomiędzy badanymi grupami odnotowano pod względem takich mocnych stron, jak: zdolność do kochania, przywództwo, życzliwość, ciekawość, waleczność i pasja zdobywania wiedzy. Osoby chore na schizofrenię różnią się także od osób zdrowych w sposób istotny pod względem przeżywania satysfakcji z życia. Jednocześnie nie różnią się pod względem takich mocnych stron charakteru, jak: oryginalność, rozsądek, uczciwość, umiejętność przebaczenia i okazywania litości, skromność i pokora, roztropność, podziw dla piękna, wdzięczność, duchowość.

Otrzymane wyniki ujawniają ponadto, że mocne strony są często związane z zadowoleniem z życia osób z grupy klinicznej oraz ulegają przemianom u osób starszych. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 2.

Tabela 2. Korelacje między wartościami mocnych stron, poziomem satysfakcji z życia i wiekiem osób z zaburzeniami psychicznymi i zdrowych

MOCNE STRONY	GRUPA KLINICZNA				GRUPA KONTROLNA			
	Satysfakcja z życia		Wiek		Satysfakcja z życia		Wiek	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Wdzięczność	$r = 0,52$	0,001						
Nadzieja	$r = 0,53$	0,000			$r = 0,35$	0,027		
Humor	$r = 0,47$	0,002						
Duchowość	$r = 0,38$	0,015						
Samoregulacja	$r = 0,51$	0,001						
Zdolność do kochania	$r = 0,44$	0,005			$r = 0,36$	0,023		
Inteligencja społeczno-emocjonalna	$r = 0,49$	0,001						
Waleczność	$r = 0,37$	0,017						
Werwa	$r = 0,65$	0,000	$r = -0,36$	0,002				
Oryginalność	$r = 0,43$	0,006						
Ciekawość	$r = 0,44$	0,005	$r = -0,37$	0,018				
Rosądek	$r = 0,4$	0,001						
Szerokie horyzonty umysłowe	$r = 0,47$	0,002						

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Przywództwo			$r = -0,32$	0,045				
Pasja zdobywania wiedzy			$r = -0,41$	0,009				
Spójność							$r = -0,41$	0,008

Istotne związki z satysfakcją z życia odnotowane w grupie osób chorych na schizofrenię dotyczyły: poczucia wdzięczności, nadziei, humoru, duchowości, samo-regulacji, zdolności do kochania, inteligencji społeczno-emocjonalnej, waleczności, werwy, oryginalności, ciekawości, rozsądku i szerokich horyzontów umysłowych. Natomiast w grupie osób zdrowych odnotowane związki w tym zakresie dotyczyły jedynie nadziei i zdolności do kochania. Wiek osób chorych na schizofrenię wiązał się istotnie statystycznie z takimi mocnymi stronami charakteru jak: werwa, ciekawość, przywództwo oraz pasja zdobywania wiedzy. Jednocześnie w grupie osób zdrowych wiek był istotnie związany tylko ze spójnością.

## Dyskusja

Uzyskane w badaniu wyniki pokazują, że osoby z doświadczeniem przewlekłych zaburzeń psychicznych, wielokrotnie hospitalizowane, będące rencistami oraz posiadające orzeczenie o niepełnosprawności psychicznej różnią się od osób zdrowych nasileniem wielu mocnych stron. Należy odnotować, że osoby z zaburzeniami psychicznymi istotnie różniły się od osób zdrowych i osiągały niższe wyniki pod względem takich mocnych stron jak: ciekawość świata, pasja w zdobywaniu wiedzy, szerokie horyzonty umysłowe, waleczność, pracowitość, wytrwałość, spójność, witalność, zdolność do kochania, życzliwość, inteligencja społeczno-emocjonalna, wgląd w siebie, poczucie przynależności, przywództwo, samokontrola, nadzieja, optymizm, poczucie humoru.

Zaobserwowane właściwości odnotowano także w innych badaniach. Gruszczyński i Tsirigotis [11, 12], badając osoby chore na schizofrenię, stwierdzili, że w porównaniu z osobami zdrowymi mają one „niski napęd życiowy”. Na ten „niski napęd” składają się: niskie nasilenie dążeń hedonistycznych, aktywności, ekspansji oraz wyższy poziom bierności. Jednocześnie osoby te przejawiają niską motywację osiągnięć i potrzebę sukcesu. Ważnym spostrzeżeniem autorów jest także i to, że osoby chore na schizofrenię mają niskie potrzeby egocentryczne, osobiste, kompetencyjne i indywidualne oraz potrzeby dokonania czegoś ważnego, celebrowania przyjemności i życia pełnego wrażeń [11, 12]. Porównywane badanie różni się od naszego wynikiem dotyczącym twórczości oraz otwartości umysłu wśród osób chorych na schizofrenię. W innym badaniu autorzy podobnie odnotowują, że osoby chore na schizofrenię nisko cenią takie wartości jak praca zawodowa czy instytucjonalne formy życia społecznego [13].

Również w badaniu Petersona i wsp. [14] osoby z zaburzeniami psychicznymi prezentowały niższy poziom mocnych stron charakteru i satysfakcji z życia niż osoby bez zaburzeń i osoby, które doświadczyły w przeszłości problemów psychicznych, ale w pełni wyzdrowiały. W badaniu tym wzięły udział osoby chorujące na: depresję, chorobę afektywną dwubiegunową, uzależnienia, zaburzenia jedzenia, schizofrenię.

Interesujące jest, że z doświadczeniem zaburzeń psychicznych wiązał się wyższy niż u osób bez takiej historii poziom takich mocnych stron, jak: podziw dla piękna, pasja zdobywania wiedzy, oryginalność, ciekawość i wdzięczność, przy czym dwie pierwsze cechy łączyły się z odzyskaniem satysfakcji z życia po wyzdrowieniu. Autorzy sugerują, że wzmacnianie tych mocnych stron może pomóc rozkwitnąć osobom, które mają za sobą poważny psychiczny kryzys.

W naszym badaniu pacjenci chorujący na schizofrenię nie różnili się od osób zdrowych pod względem zdolności dostrzegania i doceniania piękna, wdzięczności oraz oryginalności w myśleniu i działaniu. Są to właściwości osób chorych na schizofrenię, które mogą być wykorzystywane podczas świadomego przeżywania zadowolenia z różnych zdarzeń życiowych. Wzbudzanie pozytywnych emocji skutkuje pozytywnymi konsekwencjami w obszarze funkcjonowania psychologicznego i fizjologicznego [15]. Dane te znajdują odzwierciedlenie w istniejących programach terapeutycznych, w których pacjenci są trenowani w umiejętnościach: poszukiwania sytuacji dających zadowolenie, delektowania się doznaniem płynącymi z różnych zmysłów, czerpania zadowolenia ze swoich wspomnień, budowania pozytywnej samooceny [16, 17]. Treningi te mają się przyczynić do procesu zdrowienia osób chorych na schizofrenię.

Podkreślanie przez wielu autorów różnic, jakie występują w funkcjonowaniu osób chorych i zdrowych, proponujemy zastąpić innym spojrzeniem na zagadnienie mocnych stron charakteru. Jest to swego rodzaju odpowiedź na apel Madduxa, Snydera i Lopeza z 2004 roku, aby zmienić pesymistyczne nastawienie do schizofrenii i włączyć dobrostan do charakterystyk osób chorych psychicznie [18]. W naszej analizie rozpatrujemy zatem podobieństwa, jakie występują pomiędzy tymi grupami. Osoby chore na schizofrenię różnią się od osób zdrowych piętnastoma, a nie różnią się dziewięcioma cechami, wśród których można wyróżnić:

- Mądrość. W tym aspekcie osoby chore i zdrowe zbliża do siebie oryginalność myślenia i działania mająca swój wyraz w dążeniu do tworzenia. Podobnie jest z otwartością umysłu przejawiającą się tendencją do wnikliwego rozważania rzeczy z wielu stron oraz bilansowania argumentów za i przeciw.
- Sprawiedliwość. Obie grupy w podobnym stopniu cechowały uczciwość i równość oznaczające traktowanie ludzi w podobny sposób, według zasad sprawiedliwości i równości, a także niekierowanie się osobistymi uprzedzeniami przy wydawaniu sądów oraz dawanie wszystkim takich samych szans.
- Umiarowanie. W obszarze tej cnoty osoby z zaburzeniami psychicznymi nie różniły się od osób zdrowych pod względem umiejętności przebaczenia i okazywania litości innym, gdy popełniają błędy czy zdradzają w różnych sytuacjach, że są niedoskonalimi. Wtedy podobnie często osoby chore mają tendencję do dawania innym drugiej szansy i równie często jak osoby zdrowe przejawiają niechęć do zemsty. Kolejną mocną stroną nieróżnicującą osób chorych i zdrowych była skromność i pokora, czyli nieprzechwalanie się swoimi osiągnięciami, niezabieganie o uwagę oraz trafność w samoocenie i poczucie własnej wyjątkowości. Osoby chore psychicznie i osoby



zdrowe podobnie ostrożnie i roztropnie zachowują się podczas dokonywania wyborów, podobnie często unikają zbędnego ryzyka oraz mówią i robią rzeczy, których potem nie muszą żałować.

- Transcendencja. Wśród pięciu charakteryzujących ją mocnych stron trzy zbliżają do siebie osoby zdrowe i chore. Pierwszą ważną mocną stroną jest podobnie przeżywany podziw dla piękna, jego dostrzeganie i docenianie. Osoby chore na równi ze zdrowymi cenią doskonałość oraz wszelkie przejawy zdolności u innych i we wszystkich dziedzinach życia (sztuce, matematyce, przyrodzie i codzienności). Drugą mocną stroną jest odczuwanie wdzięczności, czyli dostrzeganie i docenianie dobrych rzeczy, które spotykają osoby z obydwu porównywanych grup. Także podobną wagę przywiązują badane osoby do wyrażenia podziękowania. Trzecią mocną stroną jest duchowość. Osoby z zaburzeniami psychicznymi i osoby zdrowe nie różnią się pomiędzy sobą pod względem posiadania spójnych przekonań dotyczących celu i sensu istnienia wszechświata oraz sensu życia. Jednocześnie obydwie grupy podobnie traktują swoje przekonania religijne jako źródło ulgi i pociechy w trudnych momentach życia [8, 19].

Otrzymane wyniki pokazują również, że złożona konfiguracja psychologicznych właściwości osób z zaburzeniami psychicznymi wiąże się z przeżywaniem zadowolenia ze swojego życia. Jest to tym bardziej uderzające w porównaniu z jedynie dwoma czynnikami, które mają związek z zadowoleniem z życia osób zdrowych psychicznie. Żeby być zadowolonym ze swojego życia, osoby chore psychicznie powinny dysponować szeroko rozumianą cnotą, jaką jest mądrość, z takimi jej przejawami jak: dysponowanie szerokimi horyzontami umysłowymi i umiejętnością widzenia świata w sensowny dla siebie i innych sposób, ciekawością, dużą dawką rozsądku oraz oryginalnością w myśleniu i działaniu. Jednocześnie powinny cechować się odwagą przejawiającą się walecznością i werwą życiową. Humanitaryzm, jako pożądana cnota tak u osób zdrowych, jak i u osób chorych, jest podstawą tworzenia związków, dlatego zdolność do kochania stanowi tu istotę działania i przeżywania. Zdolności do kochania towarzyszy inteligencja społeczno-emocjonalna jako uzupełnienie czynników budujących zadowolenie z życia w tym obszarze. Inną ważną właściwością wpływającą u osób chorych na zadowolenie z życia jest umiejętność samoregulacji oraz samokontroli przejawiająca się w różnych obszarach funkcjonowania. Najwięcej mocnych stron, które przekładają się na dobrostan u osób z zaburzeniami psychicznymi, określa cnotę, jaką jest transcendencja, i są to: nadzieja i optymistyczne podejście do życia, wdzięczność, poczucie humoru i ogólna wesołość oraz duchowość traktowana także jako celebrowanie życia religijnego.

Jednocześnie należy odnotować, że w obydwu grupach tylko wiek badanych ma niewielki związek z istnieniem i przeżywaniem mocnych stron. U starszych osób niechorujących psychicznie spada poczucie spójności, a u osób chorych zmniejszają się: werwa, dążenie do przywództwa oraz pasja zdobywania wiedzy i ciekawość świata.

Zaprezentowane analizy dotyczyły osób z zaburzeniami psychicznymi, które doświadczyły niepełnosprawności psychicznej w wyniku choroby i związanych

z nią wielokrotnych hospitalizacji oraz samej długości jej trwania. Zachorowanie na schizofrenię jest doświadczeniem kryzysowym i może łączyć się z obniżeniem samooceny, utratą sensu, planów i celu życia, poczuciem stygmatyzacji i obniżeniem jakości życia [20]. Ale też – jak pokazują badania realizowane w nurcie „zdrowienia” – to załamanie linii życia nie dotyczy wszystkich pacjentów i czas jest tu ważnym sprzymierzeńcem. Wiele osób chorujących na schizofrenię osiąga znaczną poprawę objawową i polepsza swoje funkcjonowanie w perspektywie czasu [21]. Zdrowienie obejmuje wiele elementów, a jednym z ważniejszych jest zmiana sposobu myślenia o sobie, o swoich osobowych właściwościach. Zmiana ta dotyczy: odnalezienia nadziei i sensu życia zgodnych ze swoją filozofią, odbudowywania pozytywnej tożsamości, budowania odpowiedzialności za własny los i dobrostan [22]. Elementami procesu zdrowienia opisywanymi z osobistej perspektywy pacjentów są: więzi interpersonalne, nadzieja i optymizm dotyczące przyszłości, poczucie tożsamości i znaczenia własnego życia [3, 23].

Co z tego wynika? Otóż osoby uczestniczące w badaniu dysponują całkiem pokazną baterią umiejętności oraz postaw życiowych, które mogą stać się podstawą dobrego życia w ich środowisku. Środowisku, do którego wracają po zaostreniach chorobowych i w którym mogą także szukać wsparcia w trudnych sytuacjach, gdy tego potrzebują (umiejętność przebaczenia, wdzięczność, skromność, roztropność, uczciwość, szczerość). Osoby z zaburzeniami psychicznym różnią się od osób zdrowych nie tylko przeżywaniem choroby psychicznej, ale także jej konsekwencjami. Jak wskazują wszakże badania, istnieje wiele ważnych mocnych stron, które są wykorzystywane przez osoby zdrowe w radzeniu sobie z trudnościami i budowaniu dobrostanu i które mogą być wykorzystane także przez osoby z zaburzeniami psychicznymi. Właściwości te opisywane są również jako istotne w procesie zdrowienia. Pytanie, jakie w tym momencie należy zadać, powinno dotyczyć przyczyn, dla których osoby chore psychicznie nie wykorzystują posiadanych możliwości w swoim życiu – pomimo ich obiektywnego istnienia i odnotowywania w samoświadomości osób chorych. Czy może mocne strony różnicujące osoby zdrowe i chore na schizofrenię są istotniejsze w budowaniu zadowolenia z życia niż te, które są podobne?

### Wnioski

W badaniu wzięło udział 40 osób chorych na schizofrenię, będących w okresie remisji objawowej, oraz 40 osób zdrowych psychicznie. W wyniku przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że:

1. Osoby chore na schizofrenię różnią się od osób zdrowych pod względem takich mocnych stron charakteru jak: ciekawość świata, pasja w zdobywaniu wiedzy, szerokie horyzonty umysłowe, waleczność, pracowitość i wytrwałość, spójność, witalność, zdolność do kochania, życzliwość, inteligencja społeczno-emocjonalna i wgląd w siebie, poczucie przynależności, przywództwo, samokontrola, nadzieja i optymizm, poczucie humoru i wesołość.
2. Osoby chore na schizofrenię nie różnią się od osób zdrowych nasileniem takich mocnych stron charakteru jak: oryginalność myślenia, rozsądek i otwartość umysłu,

potrzeba równości i uczciwości, umiejętność przebaczenia i okazywania litości, skromność i pokora, roztropność, podziw dla piękna, wdzięczność, duchowość oraz religijność.

3. Osoby chore na schizofrenię mają niższe niż osoby zdrowe poczucie satysfakcji z życia.
4. Mocne strony charakteru osób chorych na schizofrenię częściej niż u osób zdrowych są związane z poczuciem satysfakcji z życia.
5. Wiek osób chorujących na schizofrenię jest ujemnie skorelowany z takimi mocnymi stronami charakteru jak: werwa, ciekawość, przywództwo, pasja zdobywania wiedzy.

Zastosowana metoda powoduje pewne ograniczenia w interpretacji wyników. Badanie opierało się na miarach samoopisowych, a próba kliniczna była mała. Korelacyjny charakter badań uniemożliwia jednoznaczne wyciąganie wniosków. Prezentowane badanie posłużyło także do sformułowania kolejnych pytań badawczych, na które nie można na tym etapie uzyskać odpowiedzi.

### Piśmiennictwo

1. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. *Positive psychology: An introduction*. Am. Psychol. 2000; 55(1): 5–14.
2. Rashid T. *Positive interventions in clinical practice*. J. Clin. Psychol. 2009; 65(5): 461–466.
3. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. *A conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis*. Br. J. Psychiatry 2011; 199(6): 445–452.
4. Schrank B, Riches S, Coggins T, Tylee A, Slade M. *From objectivity to subjectivity: Conceptualization and measurement of well-being in mental health*. Neuropsychiatry 2013; 3(5): 525–534.
5. Sims A, Barker C, Price C, Fornells-Ambrojo M. *Psychological impact of identifying character strengths in people with psychosis*. Psychosis 2015; 7(2): 179–182.
6. Schrank B, Riches S, Bird V, Murray J, Tylee A, Slade M. *A conceptual framework for improving well-being in psychosis*. Epidemiol. Psychiatr. Sci. 2013; 23(4): 377–387.
7. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 2001.
8. Najderska M, Ciecuch J. *Polska adaptacja Kwestionariusza do pomiaru Mocnych Stron Charakteru International Personality Item Pool-Values In Action (IPIP-VIA)*. Wyniki wstępne. Studia Psychologica 2013; 13(1): 65–83.
9. Peterson C, Seligman MEP. *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York: Oxford University Press; 2004.
10. Park N, Peterson C. *Does it matter where we live? The urban psychology of character strengths*. Am. Psychol. 2010; 65(6): 535–547.
11. Gruszczyński W, Tsirigotis K. *Struktura potrzeb osób z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(2): 249–265.
12. Gruszczyński W, Tsirigotis K. *Hierarchia wartości u osób z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(2): 235–248.

13. Kozub S, Kwiatkowska A. *Rola Klubu Pacjenta w kształtowaniu się identyfikacji społecznych osób chorych na schizofrenię*. Psychologia Jakości Życia 2002; 2: 35–58.
14. Peterson C, Park N, Seligman MEP. *Greater strengths of character and recovery from illness*. The Journal of Positive Psychology 2006; 1(1): 17–26.
15. Cohen S, Doyle WJ, Turner RB, Alper CM, Skoner DP. *Emotional style and susceptibility to the common cold*. Psychosom. Med. 2003; 65(4): 652–657.
16. Meyer PS, Johnson DP, Parks A, Iwansky C, Penn DL. *Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia*. The Journal of Positive Psychology 2012; 7(3): 239–248.
17. Slade M, Brownell T, Rashid T, Schrank B. *Positive psychotherapy for psychosis*. Hove: Routledge; 2017.
18. Maddux JE, Snyder CR, Lopez SJ. *Toward a positive clinical psychology: Deconstructing the illness ideology and constructing an ideology of human strengths and potential*. W: Liney PA, Joseph A. red. *Positive psychology in practice*. Hoboken: Wiley; 2004. S. 320–334.
19. Park N, Peterson C, Seligman MEP. *Strengths of character and well-being*. J. Soc. Clin. Psychol. 2004; 23(5): 603–619.
20. Chądzyńska M, Osuchowska-Kościjańska A, Bednarek A. *Porównanie obrazu siebie przed i po wystąpieniu kryzysu psychotycznego poprzez analizę narracji osób chorych na schizofrenię*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(6): 951–960.
21. Lysaker P, Buck KD. *Is recovery from schizophrenia possible? An overview of concepts, evidence, and clinical implications*. Primary Psychiatry 2008; 15(6): 60–65.
22. Andersen R, Oades L, Caputi P. *The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2003; 37(5): 586–596.
23. Lloyd C, King R, Moore L. *Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: A cross-sectional study*. Int. J. Soc. Psychiatry 2010; 56(3): 220–229.

Adres: Paulina Rozya  
Akademia Pedagogiki Specjalnej  
00-773 Warszawa, ul. Dolna 11  
e-mail: paulina.rozya@gmail.com

Otrzymano: 14.04.2017  
Zrecenzowano: 2.11.2017  
Otrzymano po poprawie: 10.12.2017  
Przyjęto do druku: 10.12.2017