

ALEKSANDRA SUŁECKA

akceus@gmail.com

Uniwersytet Jagielloński

RELIGIJNOŚĆ A LECZENIE FARMAKOLOGICZNE U OSÓB CHORYCH NA SCHIZOFRENIĘ, CZYLI JAK WIARA WPŁYWA NA ZAŻYWANIE LEKÓW

RECENZJA

Recenzent: dr Katarzyna Prochwicz

Artykuł A. Sułeckiej omawia religijność osób cierpiących na schizofrenię w kontekście skuteczności leczenia farmakologicznego. Autorka wskazuje na religijność, rozumianą jako zespół przekonań i praktyk religijnych, jako ważny czynnik modyfikujący powodzenie w leczeniu chorych. Religijność omawiana jest w relacji do umiejscowienia kontroli, jako zmiennej pośredniczącej między życiem duchowym chorego a jego nastawieniem do leczenia farmakologicznego.

Temat podejmowany przez Autorkę dotyczy zagadnień stosunkowo rzadko omawianych w literaturze. Na uwagę zasługuje interdyscyplinarny charakter podjętej problematyki i próba połączenia podejścia medycznego, wiążącego skuteczność leczenia chorych przede wszystkim z systematycznym zażywaniem leków, z psychologicznym i duchowym wymiarem choroby. Autorka wyjaśnia, w jaki sposób te na pozór odległe sfery, wzajemnie na siebie oddziałują, a nawet wskazuje łączące je relacje przyczynowe. Zaletą pracy jest także wskazanie na złożone, często wielokierunkowe i wielowątkowe związki między religijnością a farmakologicznym leczeniem chorych. Zdaniem Autorki religijność może zarówno wspierać proces leczenia, dając pacjentowi pozytywny obraz własnej choroby i terapii, jak i go utrudniać, tworząc i podtrzymując negatywną wizję choroby. Dla Czytelnika z pewnością cenne będzie wskazanie na konkretne aspekty religijności, które sprzyjają leczeniu i te, które mogą wywoływać negatywne nastawienie do farmakoterapii, a także praktyczne wskazówki, które mogłyby ułatwić pracę z osobami chorymi na schizofrenię. Pewną wadą przeprowadzonych przez Autorkę analiz jest skupienie się wyłącznie na leczeniu farmakologicznym, w tym systematyczności przyjmowania leków. Wydaje się, że problem wpływu religijności na skuteczność leczenia ma znacznie szerszy zakres i w równym stopniu dotyczy motywacji do podejmowania wszelkich form terapii i rehabilitacji chorych na schizofrenię.

Artykuł ma poprawną strukturę, został napisany w przystępny sposób, choć niektóre fragmenty tekstu mogą być niejasne dla Czytelnika.

Artykuł stanowi interesujące źródło wiedzy na temat uwarunkowań skutecznego leczenia schizofrenii i powinien zostać opublikowany.

STRESZCZENIE

Leczenie schizofrenii, aby było skuteczne, a więc przeciwdziało nawrotom i hospitalizacjom, powinno opierać się na długotrwałej farmakoterapii, jednak wiele chorujących osób rezygnuje na pewnym etapie leczenia z zażywania leków przeciwpsychotycznych z wielu różnych przyczyn (m.in. ich skutków ubocznych). Czynnikiem modyfikującym zażywanie leków jest religijność chorego: z jednej strony im bardziej religijna osoba, tym bardziej będzie stosować się do leczenia farmakologicznego oraz terapii wspomagającej, z drugiej zaś strony wysoki wskaźnik religijności może prowadzić do zupełnie odwrotnego efektu. Religijność jest tu rozumiana jako zespół przekonań oraz praktyk religijnych, bez znaczenia pozostaje zaś rodzaj wyznawanej wiary. Religijność wpływa na reprezentację choroby posiadaną przez pacjenta oraz jego nastawienie do leczenia. U podłoża tego związku leży wiele procesów psychicznych, a jednym z najbardziej prominentnych jest poczucie umiejscowienia kontroli, które to silnie kształtowane jest pod wpływem posiadanych przekonań religijnych. Ten aspekt życia duchowego, jakim jest wyznawana wiara, może mieć znaczące implikacje w leczeniu szpitalnym oraz ambulatoryjnym nie tylko w kontekście wsparcia chorego, lecz również jego motywacji do leczenia oraz skuteczności całego procesu terapeutycznego.

Słowa kluczowe: religijność, farmakoterapia, schizofrenia

Leczenie schizofrenii polega na oddziaływaniach biologicznych i psychospołecznych. W spektrum opieki nad chorym znajduje się zmniejszanie objawów psychopatologicznych, przywracanie prawidłowego funkcjonowania poznawczego i społecznego oraz pomaganie pacjentowi przejąć na powrót role społeczne, co ma miejsce głównie na etapie rehabilitacji. Aby mogło dojść do odbudowania załamanej linii życiowej pacjenta, w pierwszej kolejności należy usunąć objawy pozytywne i negatywne, dlatego leczenie schizofrenii, aby było skuteczne, a więc przeciwdziało nawrotom i hospitalizacjom, powinno opierać się na długotrwałej farmakoterapii. Proces farmakologicznego leczenia schizofrenii składa się z trzech etapów: fazy ostrej, która rozpoczyna się przy zaostrzeniu psychotycznym, fazy stabilizującej, trwającej od około czterech do sześciu miesięcy oraz fazy podtrzymującej, która w przypadku dwu lub więcej epizodów trwa minimum pięć lat. Leczenie w przypadku schizofrenii wymaga więc dużej mobilizacji i zaangażowania pacjenta. Osoby obecne w terapii (*adherent*) to ci pacjenci, którzy po okresie hospitalizacji zażywają regularnie leki, co jest procesem wieloletnim lub dożywotnim.

Podjęty w niniejszej pracy temat rozwiąże głównie w kontekście poczucia umiejscowienia kontroli, ponieważ jest to fragment wiedzy psychologicznej, który szczególnie mnie zajmuje. Poczucie sprawstwa łączy się ze zjawiskiem religii, co więcej, jest istotnym elementem poznania społecznego oraz funkcji poznawczych, dlatego też przywoływane będzie niejednokrotnie w związku z innymi zjawiskami psychicznymi związanymi z religijnością.

LEKI PRZECIWPASYCHOTYCZNE, CZYLI DOŻYWOTNIA FARMAKOTERAPIA

W pierwszym roku po wypisaniu ze szpitala 50–60% pacjentów ambulatoryjnych nie bierze leków przeciwpsychotycznych. Osoby ze schizofrenią niezażywające leków są bardziej narażone na nawrót choroby oraz ponowną hospitalizację niż chorzy biorący leki (Borras i in., 2007). Istnieje wiele badań, które próbują zidentyfikować i opisać czynniki wpływające na zażywanie leków, a wśród nich najważniejsze są: wgląd, nastawienie do własnej choroby oraz czynniki uboczne leków. Wieloletnie stosowanie leków przeciwpsychotycznych utrudnione jest przez fakt, że wywołują one nieprzyjemne skutki uboczne (dotyczy to również grupy atypowych neuroleptyków), do których zaliczyć można powikłania z zakresu układu pozapiramidowego w postaci dyskinezy późnej, akinezji, akatyzji, dystonii czy parkinsonizmu polekowego (silne neuroleptyki np. Haloperidol w wyniku długotrwałego zażywania mogą przyczyniać się do powstania jatrogennego parkinsonizmu oraz trwałych późnych

dyskinez, lecz z drugiej strony odstawienie leku może te objawy jeszcze pogłębić). Inne, już mniej dokuczliwe objawy, to senność, obniżony nastrój (niektóre silne leki przeciwpsychotyczne jak np. Haloperidol powodują inne zmiany w nastroju w postaci zubożenia i apatii, czasem nastroju depresyjnego – działanie sedatywne), problemy z koordynacją ruchową oraz deficyty motywacyjne. Co więcej, przeciwwskazane w stosowaniu neuroleptyków jest spożywanie alkoholu, co jeszcze bardziej zniechęca do zażywania tychże leków.

W literaturze znaleźć można klasyfikację Coldhama dotyczącą podziału pacjentów ze względu na stopień, w jakim przestrzegają farmakoterapii (Borras i in., 2007). I tak, są pacjenci stosujący leki w sposób regularny, nie opuszczają nigdy lub prawie nigdy dawek leków. Następną kategorią są pacjenci częściowo stosujący leki, a więc nieregularnie (opuszczają dawki leków, ale nie dłużej niż na kilka tygodni w ciągu roku) lub nie biorą całej przepisanej dawki. Dalej wyróżnia się pacjentów nie stosujących leków, natomiast ostatnią kategorią są chorzy otrzymujący leki za pomocą zastrzyków (*depot medication*), dzięki czemu zażywają je regularnie. (Ten sposób zażywania wynika z faktu, że pacjent nie stosował regularnie leków, co powodowało agresję lub autoagresję).

RELIGIJOŚĆ: CZYM JEST I JAK WPŁYWA NA ZAŻYWANIE LEKÓW

Związek między duchowością a zażywaniem leków jest szeroko badany w przypadku np. chorób terminalnych, zaburzeń nastroju i uzależnień od narkotyków. Istnieje wiele badań, które dowodzą, że religia przyczynia się do lepszego radzenia sobie z problemami u pacjentów ze schizofrenią, jednak nie ma praktycznie badań, które dotyczyłyby zależności między stosunkiem pacjenta do leczenia (farmakologicznego i terapii wspierającej) oraz jego religijnością.

Według W. Jamesa (2001) religia to „takie uczucia, czyny i doświadczenia odosobnionej jednostki ludzkiej, o których jednostka ta mniema, że odnoszą się one do czegoś, co ona sama uznaje za boskie” (s. 30). Ten sposób rozumienia religii koresponduje z ujmowaniem tegoż terminu w pracach badawczych, do których sięgnęłam. Na religię składają się dwa komponenty: duchowy (pytania o egzystencję, transcendencję, sens życia) oraz praktyczny (praktyki religijne, doktryny, specyficzne środowisko społeczne). Religia może być czynnikiem wspierającym pacjentów, którzy w wyniku choroby doświadczyli degradacji życia społecznego oraz swojej tożsamości. Badania Borrassa (2007) wskazują, że duchowość i religia stanowią istotny aspekt życia dla wielu pacjentów ze schizofrenią i dotyczy to około 80% badanych. Poza faktem, że religia może pomagać choremu w uczestniczeniu w farmakoterapii, to

wpływa również pozytywnie na obraz choroby – jest ona łagodniejsza, z dłuższymi okresami remisji. Z drugiej jednak strony, może ona stanowić czynnik ryzyka nawrotów i pogorszenia stanu pacjenta, który ze względów na swe przekonania religijne może odmówić przyjmowania medykamentów. Pacjenci mogą też wierzyć, że tylko duchowość przywróci im zdrowie, tym samym nie ufają medycynie. U osób religijnych zażywających leki wiara oddziałuje poprzez kształtowanie pozytywnego obrazu choroby oraz leków. U osób religijnych niezażywających leki wiara tworzy negatywny obraz choroby i leków. Mniejsza część pacjentów ma duchowy obraz choroby i jednocześnie biologiczną wizję leczenia i medykamentów lub odwrotnie. Możliwe jest również odczuwanie przez chorego konfliktu między wiarą a leczeniem (np. traktowanie choroby jako próby danej od Boga, którą należy przejść siłą ducha bez pomocy medycyny; postrzeganie leków jako czegoś niezgodnego z Boską wolą; doświadczanie sprzeczności między przekazami Kościoła a terapeutami itd.). Osoby regularnie zażywające leki praktycznie nie doświadczają takich konfliktów.

KIEDY RELIGIJNOŚĆ POMAGA W TERAPII, A KIEDY JĄ UTRUDNIA?

Próbując wyjaśnić zależność między religijnością a zażywaniem leków przez pacjenta, należy zwrócić uwagę na kilka głównych kwestii. Ze zjawiskiem religii wiąże się taki konstrukt osobowości, jakim jest poczucie umiejscowienia kontroli – opisuje ono zgeneralizowane postrzeganie sprawstwa w stosunku do zdarzeń i zachowań. Według Rybarczyk „zewnątrzna lokalizacja kontroli wiąże się z motywem unikania porażek, zaś wewnętrzna – z motywem osiągnięcia sukcesów” (2007, s. 46). I tak, osoby o wewnętrznym poczuciu umiejscowienia kontroli postrzegają siebie jako mające wpływ na wzmocnienia w środowisku (skutki danej sytuacji zależą od ich działania), natomiast jednostki o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli różne sytuacje czy zachowania interpretują jako wynik niezależnych oraz niekontrolowanych przez nie wpływów, takich jak los, przeznaczenie, szczęście czy siła innych ludzi.

W kontekście religii wyróżnia się czynniki, które rozwijać mogą w jednostce zewnętrzne lub wewnętrzne poczucie kontroli. Jeśli chodzi o elementy religii, wypracowujące w jednostce większe poczucie zewnątrzsterowności, to za Ellis i Burdette (2012) należałoby wymienić sześć ogólnych właściwości religii, a więc konserwatywność wyznawanej wiary, literalizm w odczytywaniu nauk, dogmatów czy nakazań religijnych, doktrynę grzechu pierwotnego, pasywny styl radzenia sobie, zewnętrzne atrybucje oraz życie społeczności religijnej. Warto pamiętać, że badania na tym polu są niestety jeszcze w powijakach, dlatego być może lista ta nie jest kompletna i nie wyczerpuje w pełni omawianego zagadnienia.

Omawiając pokrótce wymienione właściwości religii, prowadzące do zewnętrznego poczucia sprawstwa jednostek ją wyznających, zacznę od stopnia konserwatywności, jakim może charakteryzować się określona wiara. Owa konserwatywność wiąże się z dokonywaniem zewnętrznych atrybucji, dosłownym odczytywaniem nauk religijnych i przekonaniem o ich nieomyślności oraz nierzadko z ingerującą grupą społeczną o charakterze religijnym. Często również zaangażowanie w daną religię, szczególnie, gdy jest to (jak w przypadku wyznań konserwatywnych) kosztowna inwestycja pod względem czasu, energii oraz innych zasobów materialnych i niematerialnych, implikuje zjawisko dysonansu poznawczego, które to jednostka dla przywrócenia dobrostanu psychicznego powinna starać się rozwiązać. Wydaje się, że doświadczenie dysonansu poznawczego jest rodzajem informacji zwrotnej dotyczącej porażki w osiągnięciu wyznaczonych celów, zaś duża ilość takich informacji zmusza jednostkę do ukształtowania przekonania o braku własnej skuteczności.

Absolutystyczne i dogmatyczne poglądy religijne mogą służyć jako iluzoryczna podpora psychologiczna, w tym sensie, iż zakładają swoją nieomyślność oraz wyższość ponad ludzkimi sprawami. Traktowanie nauk i treści religijnych literalnie oraz jako niekwestionowane jedyne poprawne podejście, skutkować może sztywnością poznawczą (niesięganiem do innych źródeł informacji) oraz odrzucaniem rozumowania intelektualnego, co wszystko razem ogranicza poczucie kontroli nad własnym życiem. Taki efekt widoczny jest u wierzących pacjentów, którzy nie zażywają leków – tłumaczą oni swoją chorobę i wynikającą z niej konieczność leczenia, odwołując się często tylko do życia duchowego oraz wiary, dewaluując tym samym skuteczność medycyny i demonizując samą chorobę (Borras i in., 2007). Dwa przekonania wcześniej wymienione, a więc doktryna grzechu pierwotnego oraz przekonanie o nieomyślności doktryn biblijnych (i w konsekwencji ich dosłowne odczytywanie) korelują z zewnętrznym poczuciem sprawstwa (Ellis, Burdette, 2012). Wydaje się, że dokonywanie zewnętrznych atrybucji czy wiara w grzeszną naturę człowieka mogą zbliżać wyznanie w kierunku konserwatywności, z drugiej strony jednak mogą stanowić niezależne czynniki charakteryzujące również bardziej liberalne założenia religijne.

Wiara w grzech pierwotny i idące za tym przekonanie o nieczystej naturze ludzkiej stanowić może źródło negatywnych emocji i przekonań na własny temat oraz w odniesieniu do człowieczeństwa może też nie dawać nadziei na zmianę, napawać poczuciem winy, wzmacniać ruminowanie. Niestety brak jest wystarczających badań nad związkiem między wiarą w grzech pierwotny a poczuciem kontroli, możliwe jest również, że między tymi zmiennymi pośredniczy trzecia zmienna, modyfikująca rodzaj zależności, a jeszcze niezidentyfikowana i nieopisana. Wiadomo natomiast, iż silne przekonanie o grzesznej naturze człowieka prowadzi ogólnie do niższej satysfakcji z życia, mniejszej pewności siebie oraz większego odczuwanego strachu. Wspomnia-

ne wcześniej w kontekście konserwatywności religijnej dokonywanie zewnętrznych atrybucji również warte jest krótkiego rozwinięcia. Przyjmowanie zewnętrznych atrybucji dotyczących odpowiedzialności za negatywne czy pozytywne wydarzenia, gdzie sprawcami są takie figury jak Bóg czy Szatan (wiara w Boską moc kontrolującą życie ludzkie), silnie ujemnie koreluje z wewnętrznym poczuciem kontroli u ludzi starszych, białych ze średnim lub wyższym statusem społeczno-ekonomicznym. Poczucie umiejscowienia kontroli jest częścią dokonywanych atrybucji, które są pojęciem szerszym, obejmującym, obok wymiaru zewnętrznego-wewnętrznego, również takie wymiary oceny zachowań i sytuacji, jak specyficzność-globalność oraz konkretność-ogólność.

Ciężka, przewlekła choroba psychiczna stanowi trudne doświadczenie życiowe, które, aby móc je udźwignąć, wymaga uruchomienia wszelkich posiadanych zasobów oraz nauczenia się funkcjonowania z daną przypadłością. Niemalże znaczenie ma tu wypracowany przez jednostkę styl radzenia sobie w trudnych i stresujących sytuacjach. Istnieje wiele podziałów i klasyfikacji stylów radzenia sobie ze stresem, jednak najważniejsze i uwzględniane w wielu teoriach to strategie walki, obrony, ucieczki oraz prewencji. Omawianie po kolei tych stylów radzenia sobie mija się z celem niniejszej pracy, dla uzupełnienia warto jednak dodać, że nie ma jednej słusznej strategii walki ze stresem – wszystko zależy od sytuacji, środowiska oraz indywidualnych właściwości jednostki. W przypadku radzenia sobie z przewlekłym stresem, jak ma to miejsce np. u osób ze schizofrenią, pomocne jest kanalizowanie swojego lęku (czemu służyć może właśnie religia), tworzenie złudzeń, a więc specyficzny sposób postrzegania faktów, który pozwala na ich pozytywniejszy odbiór. Również ta strategia radzenia sobie może być realizowana za pomocą zaangażowania religijnego (przekonanie w życie pozagrobowe, opieka wyższej mocy, wyższy sens oraz znaczenie choroby i cierpienia z nią związanego, rozwój duchowy jako droga do uzdrowienia fizycznego itd.). Zdolność radzenia sobie z problemami zorientowana na emocje jest czasem najzdrowszą w kontekście dobrostanu psychicznego formą działania, której służyć mogą właśnie wytwarzane iluzje oraz praktyki religijne czy uczestniczenie w społeczności wyznaniowej. Z drugiej strony, wymienione strategie działania mogą stanowić element stylu instrumentalnego, zorientowanego na działanie. Ta strategia jest kluczowa dla aktywnego przezwyciężania choroby i przyjmowania odpowiedzialności za napotymane problemy. Tylko w takich warunkach bowiem możliwe jest postrzeganie siebie jako jednostki sprawczej.

Ostatnim elementem religii, który powodować może *podkopywanie* poczucia sprawstwa, jest społeczność religijna, bowiem, gdy ma ona charakter konserwatywny, wymaga dużego nakładu energii, czasu oraz zasobów (przez co może powodować konflikty ról oraz dysonans poznawczy) wymusza konformizm, jest oceniająca i ingerująca. Jednak relacja między wspólnotą religijną a poczuciem kontroli nie

jest taka prosta, ponieważ z drugiej strony wspólnota może bardzo pozytywnie wpływać na chorą jednostkę. Praktykowanie wiary zapewnia jednostce wsparcie ze strony lokalnej społeczności związanej z tą religią. Co istotne, cechą różnicującą chorych na schizofrenię, którzy zażywają leki od tych, którzy ich nie biorą, jest właśnie uczestnictwo we wspólnocie religijnej (czyli praktyczny i społeczny wymiar religii). Osoby obecne w terapii różnią się od tych, które z niej odpadają (przestając brać leki po okresie hospitalizacji), tym, że są członkami religijnych zgrupowań i wspólnot – osoby niezażywające leków są w znacznej większości w grupie ludzi, dla których religia zajmuje ważne miejsce w ich życiu, jednak nie udzielają się w żadnych zgrupowaniach, brak więc aspektu praktycznego (Borras i in., 2007). Podsumowując, wspólnota religijna może wpływać pozytywnie lub negatywnie na zażywanie leków (oraz poczucie sprawstwa) w zależności od rodzaju i charakteru owej wspólnoty, od posiadanego już poczucia umiejscowienia kontroli oraz od postrzeganego (a nie rzeczywistego) otrzymywanego wsparcia. (Należy jednak wziąć pod uwagę inne alternatywne wyjaśnienia zależności poczucie sprawstwa–przynależenie do wspólnoty. Po pierwsze, być może to poczucie sprawstwa decyduje, do jakiej społeczności przynależymy, a nie odwrotnie. Możliwe jest również, że zależność między poczuciem sprawstwa a rodzajem wspólnoty, której jednostka jest członkiem jest dwukierunkowa. Po trzecie, możliwe jest również, że istnieje trzeci czynnik, który decyduje zarówno o poczuciu sprawstwa, jak i tym, do jakiej wspólnoty wchodzi jednostka – wtedy dwie ostatnie wymienione zmienne byłyby niezależne od siebie). Co ciekawe, osoby z wewnętrznym poczuciem kontroli postrzegają większe wsparcie niż osoby z zewnętrznym poczuciem kontroli. Być może poczucie otrzymywanego wsparcia jest drugim czynnikiem, obok poczucia umiejscowienia kontroli, które pośredniczy w związku między religijnością pacjenta a zażywaniem przez niego leków.

Przytaczane już badania Borrassa i in. (2007) wykazały, że ponad połowa pacjentów ze schizofrenią reprezentację swojej choroby buduje w oparciu o wyznawaną religię. I tak, może ona dawać pacjentowi pozytywny obraz własnej choroby, farmakoterapii oraz terapii wspomagającej (np. choroba jako część planu Boskiego) lub wręcz przeciwnie – tworzyć negatywną wizję, gdzie choroba jest karą za grzechy czy wpływem Szatana. Reszta pacjentów w rozumieniu choroby przyjmuje model biologiczny oraz genetyczną podatność na zachorowanie, nie angażując w to kwestii wiary. To, jaki obraz choroby i leczenia będzie miała osoba, zależy od wcześniej omówionych elementów religii, które oddziałują pozytywnie lub negatywnie na poczucie umiejscowienia kontroli, funkcjonowanie poznawcze, strategie radzenia sobie z problemem, style atrybucyjne czy kompetencje społeczne. Nie siła wiary czy zaangażowania religijnego decyduje o zażywaniu leków, lecz obraz tej wiary. W tym

miejscu nie można pominąć omówienia tych aspektów religii, które przyczyniają się do wzrostu prawdopodobieństwa zażywania leków przez pacjentów ze schizofrenią.

Jak już zostało wcześniej nadmienione, jedną z cech różnicujących osoby wierzące ze schizofrenią, gdzie jedna grupa zażywa leki, natomiast druga odpada z terapii w leczeniu ambulatoryjnym, jest zaangażowanie we wspólnotę religijną (co wyjaśnia to poczucie umiejscowienia kontroli, które to jest wyższe u osób przynależących do wspólnoty religijnej) – w tym kontekście ważna jest zarówno rola instytucji (jako źródła pomocy materialnej, duchowej oraz społeczno-emocjonalnej), jak i poczucie otrzymywanego wsparcia. Kolejnym aspektem religii pozytywnie wpływającym na zażywanie leków jest wiara w życie pozagrobowe, związek ten jednak jest bardziej skomplikowany, ponieważ bierze w nim udział jeszcze jeden czynnik – stan zdrowia osoby. Stan zdrowia jest albo czynnikiem wpływającym jednocześnie na poczucie sprawstwa oraz religijność osoby, albo czynnikiem pośrednim, moderującym wzajemny wpływ poczucia sprawstwa i religijności. Rodzaj i kierunek zależności nie jest zbadany. Liczne badania dowodzą dwukierunkowego wpływu między zdrowiem a poczuciem umiejscowienia kontroli, a mianowicie z jednej strony poczucie sprawstwa jest silnym predykatorem zdrowia psychicznego i fizycznego, z drugiej zaś, zły stan zdrowia może osłabiać poczucie sprawstwa i zdolności poradzenia sobie z problemem, skutkując rezygnacją z dalszego uczestnictwa w farmakoterapii. Przekonanie o życiu pozagrobowym koreluje natomiast z wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli. Spoglądając na związek tych trzech czynników, można wysunąć hipotezę na temat następującej zależności: przekonania religijne (jak wiara w życie pozagrobowe) oraz praktyki religijne (jak modlitwa) mogą pomagać chorującej jednostce (która postrzega swoje zdrowie jako słabe) w przeformułowaniu swojej hierarchii wartości tak, że ważniejszymi wymiarami w percypowaniu świata oraz kształtowaniu samooceny są cechy osobowości i charakteru, zaś status społeczny, sukcesy czy osiągnięcia schodzą na dalszy plan.

Ponadto, religia może być formą aktywnego stylu radzenia sobie z problemami, który w literaturze określany jest jako religijny styl radzenia sobie oparty na współpracy (*collaborative religious coping style*; Nareaho, 2008). Opiera się on na wierze jednostki, że Bóg aktywnie ingeruje w jej życie i pomaga jej w rozwiązywaniu problemów i osiągnięciu celów. Wszystko to osiągnięte jest w efekcie współpracy obydwu stron: człowieka i Boga. Osoba z takim stylem radzenia sobie z jednej strony kieruje się przekonaniem typowymi dla zewnętrznego poczucia kontroli, z drugiej jednak strony nie unika problemów, nie stosuje mechanizmów obronnych w myśleniu o chorobie, lecz przeciwnie – aktywnie reaguje na sytuację.

Innym ważnym związkiem w relacji religia–zdrowie–poczucie kontroli jest częstotliwość modlitw. Warto nadmienić, że indywidualne praktyki religijne nie

korelują z poczuciem sprawstwa, zależność ta powstaje natomiast wtedy, gdy zdrowie jednostki jest w złym stanie (i tak też jest przez nią postrzegane). Wtedy bowiem indywidualne praktyki religijne zmniejszają negatywny wpływ zdrowia na postrzeganie siebie i otoczenia, co chroni przed zmianami poczucia sprawstwa. Możliwe jest przytoczone wcześniej wyjaśnienie, iż jednostka w sytuacji złego stanu zdrowotnego dla ochrony dobrostanu psychicznego dokonuje zmiany wartości i kryteriów oceny siebie i innych ludzi. Wyraźnie widać, iż zdrowie stanowi ważny czynnik moderujący związek między poczuciem kontroli a religijnością.

Umieszczenie kontroli jest ważnym składnikiem samowiedzy oraz motywacji. Wewnętrzne poczucie kontroli związane jest z motywacją wewnętrzną, bowiem, jeśli jednostka postrzega siebie jako aktywną, mającą wpływ na otoczenie, z większym prawdopodobieństwem podejmie się realizacji wyznaczonych zadań i celów i wierząc w sukces. W przypadku zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli w aktywności własnej dominuje raczej motywacja zewnętrzna – ze względu na brak wiary w zdolność wpływania na otoczenie jednostka niechętnie angażuje się w daną sytuację (funkcja ochrony samooceny). Poza tym, dana sytuacja i jej skutki postrzegane są przez taką osobę jako niezależne od niej, przez co reaguje ona nie na własne stany wewnętrzne czy potrzeby, lecz na zewnętrzne i obiektywne w stosunku do niej wydarzenia i zjawiska. Osoba, która nie ma zaufania do własnych możliwości, nie będzie mieć również motywacji do zmiany zachowania czy osiągnięcia zamierzonego celu. Osoby o wewnętrznym poczuciu kontroli działają bardziej realistycznie, w większej mierze uczą się na własnych doświadczeniach i są odporniejsze na frustrację w porównaniu do osób o niskim poczuciu sprawstwa (Rybarczyk, 2007)

Ian Lynam (2005) w swojej pracy, poruszając problem czynników decydujących o tym, kiedy pacjent (badania dotyczyły populacji osób chorych na HIV, natomiast wymienione czynniki decydujące o obecności w terapii są uniwersalne we wszystkich ciężkich i przewlekłych chorobach) jest obecny w terapii (zażywa regularnie leki), a kiedy nie, przywołuje dwa kluczowe w tym zagadnieniu konstrukty psychiczne – poczucie umiejscowienia kontroli oraz regulację własnej autonomii (*autonomous regulation*). To ostatnie pojęcie wywodzi się z teorii samostanowienia (*Self-Determination Theory*, SDT) autorstwa Deci i Ryan. Teoria ta zakłada istnienie trzech wrodzonych potrzeb psychologicznych: kompetencji, autonomii oraz *relatedness*, które jednocześnie stanowią podstawy samookreślenia własnej osoby oraz integracji osobowości. Dwa pierwsze komponenty są szczególnie istotne, ponieważ konieczne są, aby w jednostce wzbudzona została motywacja wewnętrzna. Regulacja autonomiczna daje jednostce poczucie wolności w dokonywaniu wyborów oraz decydowaniu o sobie, dzięki czemu cele i aktywności narzucone z zewnątrz mogą zostać zinternalizowane, co pozwala zaangażować się w nie i oceniać je jako ważne i wartościowe. Regulacja autonomiczna

wykorzystuje emocje typowe dla osobowościowej warstwy superego, jak wstyd czy poczucie winy, przeformułując wartości czy zachowania z narzuconych przez środowisko na zgodne z wewnętrzną hierarchią, pożądane i zindywidualizowane (Standage, Duda, 2005). Badania dowodzą, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli związane jest z częstszym uczestnictwem w terapii. Regulacja autonomiczności oraz poczucie umiejscowienia kontroli są związane z zażywaniem leków i braniem udziału w terapii wspomagającej przez pacjentów (Lynam, 2008), brak jednak badań nad naturą relacji między tymi dwoma predyktorami uczestnictwa w farmakoterapii. Dlatego istotne jest, aby pacjenci ze schizofrenią, uczestnicząc w długoterminowej farmakoterapii, kierowali się wewnętrzną motywacją, ponieważ świadczy ona o zaangażowaniu w aktywność i przede wszystkim poczuciu bycia wolnym i swobodnym w dokonywaniu wyborów. Natomiast z drugiej strony zapewnianie pacjentowi możliwości dokonywania wyborów wzmacnia w nim poczucie autonomii, sprawstwa oraz motywacji wewnętrznej (Gagne, Deci, 2005). Są to istotne w kwestii leczenia i kontaktu z pacjentem przesłanki, do których powrócę w dalszej części pracy.

Religia jest jedną z centralnych kwestii w ludzkim życiu, mimo to niewiele dotychczasowych badań zostało jej poświęconych, szczególnie w kontekście tak ważnego konstruktu psychicznego, jakim jest poczucie umiejscowienia kontroli, będącym podstawowym wymiarem oceny swoich oraz cudzych zachowań. Z jednej strony religia może mieć negatywny wpływ na odczuwane poczucie kontroli i funkcjonowanie poznawcze, a ujawnić się to może pod trzema postaciami: dewaluowania poznania rozumowego w rozwiązywaniu problemów, sztywności poznawczej lub ograniczaniu aktywności, zwiększających wiarę we własne możliwości i poczucie mocy. W kontekście leczenia farmakologicznego osób cierpiących na schizofrenię efektem tego może być demonizowanie medycyny oraz terapii, rezygnacja z szukania różnych, alternatywnych metod pomocy i samopomocy w walce z chorobą oraz z wynikającymi z niej problemami życia codziennego czy obwinianie siebie za przeżywane cierpienia. Z drugiej jednak strony religia może zbliżać jednostkę do innych ludzi, umożliwiając jej ćwiczenie różnych ról społecznych, wypełnianie obowiązków, dawanie pomocy i wsparcia, otrzymywanie tego samego, budowanie i przekształcanie swojej hierarchii wartości, uczenie się funkcjonowania z chorobą na nowo za pomocą modelowania i obserwacji innych członków społeczności religijnej. Ponadto, religia jako aktywny styl radzenia sobie może umacniać w jednostce motywację wewnętrzną, która to jest lepszym niż motywacja zewnętrzna gwarantem powodzenia w osiąganiu wyznaczonych celów. Ciekawe jest również, że takie przekonanie religijne jak wiara w życie pozagrobowe paradoksalnie pozytywnie koreluje z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli. Wydawałoby się bowiem, że owo przekonanie skłania raczej do mniejszego zainteresowania sprawami doczesnymi,

tymczasem wiara w życie pozagrobowe działa raczej jak bufor, dając poczucie nadziei, kompensując tym samym aktualnie przeżywany ból, lęk i inne negatywne emocje.

PRAKTYCZNE IMPLIKACJE, CZYLI JAK PRACOWAĆ Z PACJENTEM, BY ZWIĘKSZYĆ SZANSE REGULARNEGO ZAŻYWANIA PRZEZ NIEGO LEKÓW

Ważne jest, aby w pracy z pacjentem pracować nad jego wizją własnej choroby i przeformułować ją na pozytywną oraz pomóc zaakceptować konieczność leczenia. W przypadku religijnych pacjentów, którzy mają negatywną wizję leków (i przez to ich nie zażywają), należałoby współpracować z ich duchowymi przewodnikami, ponieważ to oni właśnie z większym prawdopodobieństwem mogą być dla pacjenta autorytetem i pomóc mu ukształtować bardziej pozytywny obraz leczenia i terapii. Grupa wsparcia to kolejny czynnik, który może zwiększyć prawdopodobieństwo, że wierzący pacjent, który odpadł z terapii, znów do niej powróci i będzie zażywał leki regularnie.

We wcześniejszej części pracy poruszony został związek między takimi konstrukcjami, jak poczucie kontroli, motywacja wewnętrzna oraz autonomia, które to stanowią ważne predykatory zażywania leków przez pacjenta ze schizofrenią. W związku z tym lekarz czy terapeuta powinien pamiętać o tych aspektach w trakcie pracy z chorym, dając pacjentowi możliwość wyboru (np. w poruszanych tematach, stosowanych technikach w terapii wspomagającej), dostarczając mu jak największą ilość informacji o lekach, farmakoterapii, innych rodzajach leczenia oraz innych aspektach związanych z leczeniem i chorobą – istotne jest budowanie relacji równoległej między pacjentem a lekarzem/terapeutą. Poza tym, warto zachęcać chorego do angażowania się w aktywności o charakterze społecznym (np. wspólnoty religijne), dające sposobność przywracania i wzmacniania pewności siebie, dawania poczucia wsparcia czy ćwiczenia ról społecznych. Wszystko to umożliwi społeczne przywrócenie pacjenta i umocnienie autonomii.

Zależność między byciem we wspólnocie i praktykami religijnymi a zażywaniem leków może być odwrotnie rozumiana niż wcześniej zaprezentowany sposób myślenia, zgodnie z którym wspólnota i praktyki działają pozytywnie na samopoczucie i emocje jednostki, jej radzenie sobie ze stresem i poczucie sprawstwa. Z drugiej jednak strony, związek ten może mieć odwrotny kierunek: w im lepszym stanie psychicznym jest jednostka, tym bardziej jest ona zdolna do udzielania się w życiu społecznym. Jeśli jest w złym stanie psychicznym przez odczuwane negatywne emocje, niepełną remisję, objawy ubytkowe lub mniejsze zdolności komunikacyjne czy społeczne,

to jednocześnie jest mniej zdolna i zmobilizowana do angażowania się w praktyki religijne i życie wspólnoty. Religijna grupa wsparcia może być też dobrym rozwiązaniem dla pacjentów niewierzących, ale będących w kryzysie i mających trudności z braniem leków – wspólnota może dać choremu poczucie więzi i bliskości z innymi, zmniejszyć odczucie osamotnienia oraz utwierdzić go w przekonaniu, że inni też mają podobne problemy. Grupowe praktyki religijne oraz inne aktywności społeczne dają większe poczucie mocy i sprawstwa oraz są konstruktywnym sposobem na radzenie sobie ze stresem i kanalizacją negatywnych emocji. Konkludując tę myśl, zdecydowanie terapeutycznym celem w pracy z osobami dotkniętymi schizofrenią byłoby przywrócenie ich do roli członków wspólnoty.

Należy również wziąć pod uwagę, że osoby z wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli są bardziej zmobilizowane do samodzielnego rozwiązywania problemów, mają nastawienie zadaniowe w sytuacjach trudnych i lepiej znoszą stres. Osoby charakteryzujące się zewnętrznym poczuciem kontroli są natomiast bardziej podatne na sugestie, wolą sugerować się radami innych, są niepewne i więcej sytuacji życiowych postrzegają jako poza ich kontrolą (Rybarczyk, 2007). Jeśli więc pacjent jest raczej zewnątrzsterowny, to na etapie rehabilitacji (gdy inne funkcje psychiczne są odbudowane) lekarz lub terapeuta może skupić się na pracy nad poczuciem sprawstwa chorego, tak by je umocnić. Już Rotter pisał, że poczucie umiejscowienia kontroli jako wymiar osobowości jest cechą względnie stabilną na przestrzeni życia, jednak są pewne jej aspekty, które poddają się zmianom. Poczucie kontroli może odnosić się do zgeneralizowanych (trudno modyfikowalne) oraz specyficznych oczekiwań (dotyczących konkretnych sytuacji) i właśnie te ostatnie mogłyby stanowić materiał do pracy w trakcie terapii (np. przeformułowywanie myślenia o własnej chorobie). Już starożytni doceniali zbawczą moc poczucia sprawstwa – według Marka Aureliusza, zmieniając własną ocenę sytuacji, możemy stać się spokojniejsi i mniej zestresowani.

Leczenie schizofrenii jest procesem kompleksowym w tym sensie, iż wymaga współpracy specjalistów z zakresu różnych dziedzin. W kontekście nowych odkryć badawczych warto rozważyć, czy nie należałoby do ich grona włączyć również księdza, rabina czy pastora. Duchowość powinna zostać zintegrowana z leczeniem psychologicznym oraz psychiatrycznym, ponieważ jest ona źródłem nadziei w radzeniu sobie z cierpieniem.

BIBLIOGRAFIA

- Birchwood, M., MacMillan, F., Healy J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23, 387–395.
- Borras, L., Mohr, S., Brandt, P.-Y., Gillie'ron, C., Eytan, A., Huguelet, P. (2007). Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1238–1246.
- Gagne, M., Deci, E. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 331–362.
- Lynam, I., Catley, D., Goggin, K., Rabinowitz, J. L., Gerkovich, M. M., Williams, K. i in. (2008). Autonomous regulation and locus of control as predictors of antiretroviral medication adherence. *Journal of Health Psychology*, 14, 578–586.
- Nareaho, L. (2008). The cognitive science of religion: philosophical observations. *Religious Studies*, 44, 83–98.
- Silverstein, S. M. (2010). Bridging the gap between extrinsic and intrinsic motivation in the cognitive remediation of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 949–956.
- Standager, M., Duda, J., Ntoumanis N. (2005). A test of self-determination theory in school physical education. *British Journal of Educational Psychology*, 75, 411–433.
- Rybarczyk, M. (2007). Poczucie umiejscowienia kontroli a efektywność zawodowa. W: M. Gwoździcka-Piotrowska, A. Zduniak, J. Wołęjszo (red.), *Edukacja XXI wieku. Edukacja w społeczeństwie ryzyka. Bezpieczeństwo jako wartość* (t. 3, s. 44–49). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa w Poznaniu.
- William, J. (2001). *Doświadczenia religijne*. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.