

# Nasilenie osobowościowych przejawów schizotypii wśród osób zdrowych a wartościowanie siebie i świata w kontekście zdrowia psychicznego. Próba walidacji skróconej skali schizotypii Oxford–Liverpool Inventory of Feelings and Experiences w warunkach polskich

Expression of schizotypal personality traits in healthy individuals versus self-esteem and positive orientation in a mental health context. The first attempt to adapt the shortened version of the Oxford–Liverpool Inventory of Feelings and Experiences to the Polish population

Anna Starkowska<sup>1</sup>✉, Katarzyna Adamowicz<sup>1</sup>, Tytus Kaleta<sup>2</sup>, Monika Mak<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej, ul. Broniewskiego 26, 71-460 Szczecin

<sup>2</sup> Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje”, ul. Mączna 4, 70-780 Szczecin

✉ a.starkowska.pum@gmail.com

## ABSTRACT

**Introduction:** The object of this study was the expression of schizotypal personality traits observed in healthy people, and their relationship with self-esteem and a positive attitude to life. The practical aim was the first attempt to use the Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE) in the Polish-language population.

**Materials and methods:** The questionnaire-based study on a group of 70 men and women employed the Polish translation of the English short version of the O-LIFE scale. In the previous pilot study (n = 202, age 19–88 years) analysis of reliability showed very satisfactory accuracy of the overall score ( $\alpha = 0.82$ ), and ranged from the low to high reliability of factor scores. Research on the adaptation of the O-LIFE scale to the conditions of the Polish population is currently continuing in the Department of Psychiatry at The Pomeranian Medical University in Szczecin in Poland.

**Results:** The study demonstrated negative relationships between self-esteem, positive orientation and all measures of schizotypal

traits, particularly in relation to the overall score ( $r = -0.518$ ) and the dimension of cognitive disorganization ( $r = -0.531$ ). Those coincide with the stronger manifestations of individual differences in schizotypy which (in the case of mental overload) may predispose patients to the development of schizotypal personality disorder or schizophrenia.

**Conclusions:** Within the limits of mental health, symptoms of schizotypal personality characteristics were associated with low self-esteem, greater pessimism and lower assessment of life satisfaction. These may reduce the sense of mental and physical well-being, and are risk factors for a variety of mental problems, especially from the psychotic spectrum. In addition, we noted the usefulness of the Polish version of the short O-LIFE scale, mainly in quantitative research and in outlining further research possibilities.

**Keywords:** personality measurement; schizotypy; personality disorders; schizophrenia.

## ABSTRAKT

**Wstęp:** Przedmiotem badania były przejawy schizotypii – rozumiane jako cechy osobowości ludzi zdrowych – oraz ich związek z samooceną i pozytywnym nastawieniem do życia. Celem praktycznym była próba walidacji skróconej skali schizotypii Oxford–Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE).

**Materiały i metody:** W badaniu kwestionariuszowym na grupie 70 kobiet i mężczyzn wykorzystano przetłumaczoną z języka angielskiego skróconą wersję O-LIFE. W uprzednim badaniu pilotażowym (n = 202) na zdrowych osobach w wieku 19–88 lat analiza rzetelności wykazała bardzo satysfakcjonującą dokładność pomiaru ogólnej skali schizotypii ( $\alpha = 0,82$ ) oraz wahającą się od niskiej po wysoką rzetelność wyników czynnikowych. Badania nad adaptacją skali O-LIFE do warunków populacji polskiej obecnie kontynuowane są w Katedrze Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

**Wyniki:** Wykazano ujemne związki pomiędzy samooceną i orientacją pozytywną a wszystkimi miarami cech schizotypowych,

zwłaszcza w odniesieniu do wyniku ogólnego ( $r = -0,518$ ) oraz do wymiaru dezorganizacji poznawczej ( $r = -0,531$ ). Niższe poczucie własnej wartości i negatywne nastawienie do otoczenia współwystępowały z większym nasileniem osobowościowych przejawów schizotypii, które w sytuacji psychicznego przeciążenia mogą predysponować do rozwinięcia schizotypowych zaburzeń osobowości czy schizofrenii.

**Wnioski:** Mieszczące się w granicach zdrowia psychicznego przejawy cech schizotypowych powiązane są z obniżoną samooceną, większym pesymizmem i niższą oceną zadowolenia z życia. Obniżając poczucie dobrostanu psychofizycznego, stanowią czynnik ryzyka różnych problemów psychicznych, zwłaszcza z kręgu psychoz. Dodatkowo wskazano na użyteczność polskojęzycznej wersji skróconej skali O-LIFE, zwłaszcza w badaniach ilościowych, i nakreślono dalsze możliwości badań.

**Słowa kluczowe:** pomiar osobowości; schizotypia; zaburzenia osobowości; schizofrenia.

## WSTĘP

O zachowaniu ludzi decyduje wewnętrzny układ wrodzonych i nabytych cech. Jednym z głównych konstruktów psychicznych odpowiadających za szeroki obraz różnic indywidualnych jest osobowość. Względnie stałe cechy osobowości wyznaczają reakcje w odpowiedzi na określone bodźce, tworząc typowe dla jednostki wzorce zachowań. Znajomość indywidualnych układów cech pozwala przewidywać (choć nigdy z całkowitą pewnością) zachowania jednostki w określonych sytuacjach. Zdrowa osobowość powinna być zarówno stabilna, jak i plastyczna – tak, aby zachowania człowieka były spójne, a zarazem dostosowane do zmiennych warunków otoczenia. Zachowania generowane przez zdrowe osobowości mają umożliwiać adaptację do warunków życia i efektywne funkcjonowanie w licznych codziennych sytuacjach życiowych. Indywidualna struktura osobowości może inicjować bardzo nietypowe i budzące zdziwienie zachowania, ale tak długo, jak są one spójne, plastyczne i respektują ogólnie przyjęte zasady społeczne i prawne, należy je traktować jako zachowania normalne, mieszczące się w zakresie zdrowia psychicznego [1].

Zdrową osobowość ma zatem osoba zdolna do efektywnego i elastycznego radzenia sobie w swoim środowisku, której sposób myślenia, zachowania i doświadczania różnych sytuacji sprzyja poczuciu zadowolenia z siebie i z życia. Zaburzony wzorzec osobowości występuje wtedy, gdy zostaną spełnione trzy kryteria: sztywność adaptacyjna (stosowanie tych samych sposobów radzenia sobie, nawet jeśli nie przynoszą efektów), destrukcyjność wzorców reagowania (wzmagająca podejmowanie zachowań na własną szkodę, autodestrukcyjnych lub utrudniających prawidłowe funkcjonowanie), nierównowaga (brak odporności na stres oraz nieefektywne radzenie sobie z nim) [2].

## SCHIZOTYPIA JAKO CECHA, RYS I ZABURZENIE

Indywidualne natężenia poszczególnych cech układają się w typy osobowości. Jeśli któreś z cech przeważają nad innymi, pewne sposoby zachowania mogą wyraźnie odznaczać się w całości zachowań danej osoby. W takiej sytuacji znacznego nasilenia pewnych dyspozycji osobowościowych można mówić o rysie osobowości. Osoby o rysie schizotypowym mogą zachowywać się i wyglądać ekscentrycznie, mogą mieć widocznie rozbudzoną wyobraźnię czy interesować się zagadkowymi kwestiami magii, duchowości, filozofii i sztuki. Zachowania te, choć wyraźne i nietypowe, mieszczą się w ogólnie przyjętych normach zdrowia psychicznego. Należy jednak mieć na uwadze, że posiadanie rysu osobowości predysponuje do rozwoju zaburzenia osobowości – w okolicznościach silnego stresu i psychicznego obciążenia zdrowa fantazja i transcendentne zainteresowania mogą przekształcić się w urojenie i przekonania itp. [2]. Rozumienie rysu osobowości i zaburzenia osobowości powinno być rozpatrywane jako kontinuum. Na jednym biegunie jest typ osobowości związany z normalnym funkcjonowaniem, na drugim zaburzenie związane z psychopatologią.

W takim ujęciu między zdrowiem a schizofrenią mogłaby znajdować się schizotypia o różnym nasileniu [3].

Według DSM-V schizotypowe zaburzenia osobowości są definiowane jako wzorzec społecznych, interpersonalnych i emocjonalnych deficytów wyrażających się w trudnościach w nawiązywaniu bliskich więzi, dyskomfortem z tym związanym oraz zniekształceniami w percepcji i ekscentrycznością w zachowaniu [4]. Jednak cechy schizotypowe mogą występować w całej populacji. Claridge i Beech wykazali, że w testach badających schizotypię wysokie wyniki mogą uzyskać zarówno osoby chorujące na schizofrenię, jak i osoby zdrowe nieprezentujące jakichkolwiek objawów ze spektrum schizofrenii [5]. Prowadzono także badanie na grupie 100 artystów i stwierdzono nasilenie pozytywnych objawów schizotypii oraz wystąpienie takich cech osobowości jak neurotyzm i otwartość na doświadczenie [6]. Ando i wsp. twierdzą, że osoby zdrowe, które wykazują cechy schizotypii, mogą odznaczać się wysoką kreatywnością i niekonwencjonalnym myśleniem [7]. Powstało kilka modeli schizotypii. Klasyczne ujęcie wyróżnia wymiar negatywny (deficyty) oraz pozytywny (cechy dodatkowe, np. urojenia czy złudzenia percepcyjne). Kerns proponuje ujęcie wzbogacone o trzeci wymiar – dezorganizacji, który związany jest z dziwacznym myśleniem i zachowaniem [8]. Natomiast Claridge i wsp. przedstawiają model, który zawiera cztery wymiary: zniekształcenia w zakresie spostrzegania i przekonań, dezorganizację procesów intelektualnych, introwersję i anhedonię oraz impulsywność i rozhamowanie w działaniach, zwłaszcza społecznych [9].

Zaburzenie osobowości schizotypowej zakłada znaczne usztywnienie zachowań i brak ich adaptacyjności. Na pełnym kontinuum postaci schizotypii za zaburzeniem osobowości należy ułożyć schizofrenię jako chorobę psychiczną [10]. Badania nad schizotypią pozwalają zrozumieć patogenezę schizofrenii, sugerując rolę prekursora postępującej choroby psychicznej, jednak nie jest to mechanizm uniwersalny. Można przypuszczać, że osoby o cechach osobowości schizotypowej, które nie zapadają na schizofrenię, mają wiele innych cech chroniących je przed załamaniem psychotycznym, a także brak jest u nich znaczących czynników ryzyka, np. komplikacji okołoporodowych, występowania schizofrenii w rodzinie czy czynników spustowych, takich jak stres społeczny [11].

Schizofrenia jest najostrzejszą ekspresją cech schizotypowych i charakteryzuje się osłabieniem/utrąceniem kontaktu z rzeczywistością oraz skrajną, autystyczną izolacją społeczną. Schizotypowe zaburzenie osobowości również wykracza poza normy zdrowia psychicznego. Przy zachowanej zdolności do racjonalnej oceny rzeczywistości generuje ono emocjonalny chłód i wycofanie z kontaktów społecznych i bliskich relacji, co istotnie utrudnia codzienne funkcjonowanie pacjenta i jego bezpośredniego otoczenia [2]. Łagodniejszą i społecznie akceptowalną ekspresją jest posiadanie rysu osobowości schizotypowej łączącego wybrane nasilone cechy występujące u zdrowych ludzi. Schizotypia może być także rozpatrywana jako utrwalona dyspozycja osobowościowa, mająca status nie objawu psychopatologicznego, ale różnicy indywidualnej.

W niniejszej pracy zakres rozważań zawężono do przejawów cech schizotypowych obserwowanych wśród ludzi psychicznie zdrowych. Zgodnie z koncepcją Mason i wsp. zwrócono uwagę zarówno na przejawy pozytywne (niezwykłe doznania percepcyjne i emocjonalne), jak i negatywne – odnoszące się do emocji (introwersja, anhedonia), myślenia (dezorganizacja poznawcza) i zachowania (impulsywny nonkonformizm) [12].

## OCENA SAMEGO SIEBIE I ŚWIATA ZEWNĘTRZNEGO W ZABURZENIACH Z KRĘGU PSYCHOZ

Dzięki predyspozycjom osobowościowym człowiek tworzy subiektywny obraz świata i siebie, wypracowuje strategie radzenia sobie z problemami życiowymi, kształtuje swój stosunek do samego siebie, innych osób i rzeczy. Samoocena niekiedy jest utożsamiana z koncepcją siebie lub traktuje się ją jako jeden z dwóch aspektów koncepcji siebie (samowiedza – komponent poznawczy oraz samoocena – komponent emocjonalny). Samoocena warunkowana jest obrazem własnego ciała, jednak ma też wiele innych składowych, np. ocenę własnych kompetencji, skuteczności, osiągniętych celów itp. Można rozumieć ją jako wskaźnik statusu jednostki w społeczeństwie. Kiedy czujemy się gorsi lub izolowani przez środowisko społeczne, wtedy wpływa to na samoocenę – pojawiają się negatywne myśli na własny temat, które dodatkowo potęgują problem. Pozytywny obraz własnej osoby koreluje z tym, jak jesteśmy postrzegani przez innych, dlatego staramy się być akceptowani przez otoczenie [13].

Rosenberg wyróżnia dwa wymiary samooceny: wysoką – związaną z pozytywną postawą wobec siebie oraz niską – oddającą negatywną postawę wobec własnej osoby. Przy wysokiej samoocenie można spodziewać się przekonania jednostki co do tego, że jest dobrą i wartościową osobą. Niska samoocena powoduje, że człowiek z góry zakłada, iż nie jest w stanie poradzić sobie z problemami, cierpi z poczucia bycia gorszym od innych. Odczuwa wiele negatywnych emocji związanych ze swoją osobą i jej oceną w oczach innych ludzi, co może pociągać za sobą chęć wycofywania się z sytuacji społecznych [14].

Problem w zakresie wartościowania siebie dotyczy wszystkich form zaburzeń osobowości oraz wielu chorób, w tym również schizofrenii. W odniesieniu do tej choroby nie ma jednoznacznych danych potwierdzających wysoką lub niską samoocenę, ponieważ wiele zależy od fazy choroby. Garfield i wsp. stwierdzili, że chorzy na schizofrenię nie charakteryzują się jednolicie niską samooceną we wszystkich wymiarach, a tylko w niektórych specyficznych jej dziedzinach [15]. Przebadano 193 chorych na schizofrenię lub psychozę schizoafektywną i stwierdzono, że samoocena związana jest z symptomami i intrapsychoicznymi deficytami. Im łagodniejsze symptomy i mniejsze deficyty, tym bardziej pozytywna samoocena [16]. Natomiast dla osobowości schizotypowej charakterystyczne jest przekonanie o własnej bezwartościowości i poczucie poniżenia, co związane jest z niższą samooceną [2].

Celem niniejszego badania było sprawdzenie związków, jakie mogą zachodzić w obrazie własnej osoby i nastawieniu do otoczenia, w relacji do natężenia cech schizotypowych rozumianych jako ekspresja różnic indywidualnych wśród osób dorosłych i psychicznie zdrowych. Spodziewano się ujemnych zależności świadczących o obniżeniu samooceny i optymizmu w odniesieniu do podwyższonej ekspresji osobowościowej schizotypii.

## MATERIAŁY I METODY

W badaniu właściwym udział wzięło 70 osób w wieku 20–49 lat ( $M = 24,43$ ;  $SD = 6,30$ ), w tym 67% kobiet i 33% mężczyzn. Wyniki zbierane były od marca do kwietnia 2016 r. na terenie Szczecina. Wykorzystano następujące narzędzia kwestionariuszowe:

1. Skalę samooceny autorstwa M. Rosenberga w polskiej adaptacji Dzwonkowskiej i wsp. [17] składającą się z 10 twierdzeń ocenianych w skali od 1 – „zdecydowanie zgadzam się” do 4 – „zdecydowanie nie zgadzam się”, które odnoszą się do różnych przejawów wartościowania samego siebie.

2. Skalę orientacji pozytywnej autorstwa G. Caprara dostosowaną do polskich warunków przez Łagunę i wsp. [18]. Opisany konstrukt łączy samoocenę, optymizm i życiową satysfakcję w jedną cechę latentną (ukrytą), która w sposób obserwowalny wyraża się m.in. w zwiększonym zadowoleniu z siebie i otoczenia oraz większej motywacji w dążeniu do realizacji wyznaczonych sobie celów. Skala zawiera 8 stwierdzeń, które oceniane są w skali 5-punktowej.

3. Skalę schizotypii Oxford–Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE) w wersji skróconej autorstwa Mason i wsp. [12], która przed wykorzystaniem została przetłumaczona z języka angielskiego na polski i poddana badaniu pilotażowemu oraz analizie właściwości psychometrycznych. Wersja skrócona składa się z 43 pytań z odpowiedziami typu „tak” lub „nie”, zaś wersja pełna – ze 104 pytań. Narzędzie pozwala na obliczenie wyniku ogólnego, będącego miarą ogólnie ujętych cech schizotypowych w natężeniu mieszczącym się w granicach zdrowia psychicznego, a także wyników następujących podskal:

- a) niezwykle doznania – dotyczą niecodziennych wrażeń percepcyjnych i przekonań, które w ekstremalnym, chorobliwym natężeniu odpowiadałyby omamom i urojeniom. Wskaźnikami tych cech są odpowiedzi na takie pytania jak: „Czy twoje myśli są czasem tak wyraziste, że prawie jesteś w stanie je usłyszeć?” albo „Czy niektórzy ludzie mogą sprawić, że zaczniesz o nich myśleć tylko dlatego, że oni myślą o tobie?”

- b) dezorganizacja poznawcza – opisująca deficyty intelektualne w zakresie uwagi (np. „Czy łatwo się rozpraszasz, jeśli zbyt dużo dzieje się w tym samym czasie?”), myślenia (np. „Czy kiedykolwiek miałeś wrażenie, że twoją wypowiedź trudno zrozumieć, bo słowa są pomieszane lub nie mają sensu?”), czy kontroli poznawczej („Czy często masz trudności z kontrolowaniem własnych myśli?”),

- c) introwersja, anhedonia – wymiar ten opisuje introwersyjną skłonność do skupiania się na własnych myślach,



odczuciach i potrzebach, kosztem uwagi poświęcanej otczeniu, zwłaszcza kontaktom społecznym. Anhedonia natomiast oznacza trudność/nieemożność odczuwania przyjemnych emocji i doznań, co odzwierciedlają takie pytania jak np.: „Czy jesteś zbyt niezależny, by zaangażować się w związki z innymi ludźmi?”, „Czy uważasz, że patrzenie na światła miasta jest ekscytujące?”, „Czy kiedykolwiek czułeś się niekomfortowo, gdy twoi przyjaciele cię dotykali?”

d) impulsywny nonkonformizm – odnosi się do podejmowania nieprzemyślanych działań (np. „Czy zwykle robisz coś, zanim to dobrze przemyślisz?”, „Czy często masz ochotę wydać pieniądze na rzeczy, na które tak naprawdę cię nie stać?”), łamania norm uniwersalnych oraz zasad ładu społecznego (np. „Czy czasami masz ochotę zrobić coś krzywdzącego lub szokującego?”) lub wyrażających poczucie odmienności czy nawet wyższości nad innymi ludźmi (np. „Czy uważasz się za całkiem zwyczajną osobę?”, albo „Czy chciałbyś, by inni ludzie się ciebie bali?”) [12].

Badanie pilotażowe krótkiej skali O-LIFE prowadzono od września do listopada 2015 r. na grupie 202 osób (w tym 65% kobiet i 35% mężczyzn) w wieku 19–88 lat ( $M = 34,1$ ;  $SD = 14,03$ ). Miało ono na celu sprawdzenie dokładności pomiaru skali na populacji polskiej, a wyniki analizy rzetelności zawarto w tabeli 1.

## WYNIKI

W tabeli 1 zestawiono wartości współczynnika alfa Cronbacha uzyskane w badaniu skróconej wersji w warunkach polskich oraz wartości uzyskane przez autorów narzędzia w badaniu pełną wersją na populacji brytyjskiej. Żeby móc uznać dokładność pomiaru za zadowalającą, współczynnik alfa Cronbacha powinien osiągnąć wartość wyższą niż  $\alpha = 0,7$ .

Zarówno w badaniu oryginalnym, jak i w badaniu własnym dwie z czterech podskal uzyskały zadowalający poziom rzetelności – są to miary niezwykłych doznań oraz dezorganizacji poznawczej. Rzetelność skali mierzącej introwersję i anhedonię w obu badaniach była nieco niższa od pożądanej. Natomiast

w odniesieniu do ostatniej skali impulsywnego nonkonformizmu zaobserwowano dość znaczny rozdźwięk pomiędzy dokładnością pomiaru w badaniu oryginalnym i własnym. Choć w obu przypadkach poziom rzetelności jest niższy od oczekiwanego, to w badaniu wyjściowym zbliża się do wartości satysfakcjonującej ( $\alpha = 0,63$ ), zaś w opisywanym projekcie jest dużo niższy ( $\alpha = 0,456$ ). Może istnieć kilka przyczyn takiej różnicy. Może ona wynikać np. z mniejszej reprezentatywności próbki w badaniu własnym, słabości wersji skróconej w stosunku do wersji pełnej lub z różnic kulturowych, które hipotetycznie mogą zachodzić w nasileniu impulsywnych zachowań nonkonformistycznych w danym kręgu kulturowym i społecznym (polskim lub brytyjskim). Bez względu na przyczyny niższej rzetelności czwartej z podskal, uznać należy, że nie wykazuje ona niezbędnej dokładności pomiaru impulsywnego nonkonformizmu i uzyskiwane dzięki niej wyniki powinny być interpretowane z dużą ostrożnością.

W badaniu własnym cała skala O-LIFE osiągnęła natomiast bardzo zadowalającą rzetelność ( $\alpha = 0,819$ ), co oznacza, że globalny wynik z dobrą dokładnością mierzy nasilenie ogólnych cech schizotypowych w populacji osób zdrowych. Zachęca to do stosowania skróconej skali O-LIFE w dalszych badaniach na terenie Polski.

W opisywanym projekcie, główna hipoteza badawcza zakłada istnienie zależności pomiędzy nasileniem cech schizotypowych a poczuciem własnej wartości oraz pozytywną orientacją na siebie i świat. W tabeli 2 zamieszczono wyniki analizy korelacji pomiędzy tymi zmiennymi. Zastosowano współczynnik  $r$  Pearsona ze względu na ilościowy charakter wszystkich zestawianych ze sobą zmiennych.

Wszystkie z testowanych zależności okazały się istotne statystycznie, różniąc się przy tym siłą i kierunkiem związków. Wynik ogólny, będący globalną miarą cech osobowości schizotypowej, był ujemnie i umiarkowanie związany zarówno z samooceną, jak i z orientacją pozytywną. Oznacza to, że badani o większym ogólnym nasileniu osobowościowych cech schizotypowych charakteryzowali się niższym poczuciem własnej wartości, optymizmem i subiektywną oceną jakości życia. Zbliżone zależności zachodziły w odniesieniu do wymiaru dezorganizacji

TABELA 1. Wskaźniki rzetelności pomiaru skróconej skali schizotypii Oxford–Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE) w badaniu własnym oraz oryginalnym badaniu walidacyjnym

Parametry	O-LIFE wynik ogólny	Niezwykłe doznania	Dezorganizacja poznawcza	Introwersja, anhedonia	Impulsywny nonkonformizm
Badanie własne (n = 202)	0,82	0,77	0,74	0,66	0,46
Oryginalne badanie (n = 1856)	–	0,80	0,77	0,62	0,63

TABELA 2. Współczynniki korelacji pomiędzy cechami schizotypowymi a samooceną i orientacją pozytywną

Parametry	Wynik ogólny	Niezwykłe doznania	Dezorganizacja poznawcza	Introwersja, anhedonia	Impulsywny nonkonformizm
Samoocena	-0,481***	-0,322**	-0,487***	-0,299*	-0,309**
Orientacja pozytywna	-0,518***	-0,271*	-0,531***	-0,440***	-0,365**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

poznawczej, wskazując na słabszą kontrolę procesów poznawczych, trudności z koncentracją uwagi i utrzymaniem zainteresowania oraz większą chaotyczność myślenia. Relacje o słabej sile łączą ocenę siebie i świata z nasileniem impulsywnego nonkonformizmu oraz niezwykłych doznań i przekonań. Ostatni wymiar – introwersja, anhedonia – był słabo związany z samooceną i umiarkowanie związany z orientacją pozytywną. Najwyraźniej osoby, u których nasilony był emocjonalny aspekt schizotypii, miały większy problem z optymizmem i satysfakcją z życia niż z poczuciem własnej wartości – chociaż i ta cecha obniżała się przy wzroście anhedonii i introwersyjnego wycofania.

Posiadanie cech schizotypowych współwystępuje zatem z niższą samooceną i bardziej negatywną orientacją na świat. Spośród szczegółowych cech to dezorganizacja poznawcza okazała się mieć największe znaczenie w obniżaniu wartościowania siebie i swojego życia. Im słabszą efektywnością procesów poznawczych charakteryzowali się badani, tym gorzej oceniali zadowolenie z jakości swojego życia oraz samych siebie, a do świata byli nastawieni bardziej pesymistycznie.

Sprawdzono także, czy nasilenie cech osobowościowych pozostaje zależne od wieku. Wyniki analizy korelacji przedstawiono w tabeli 3.

Istotne zależności zachodzą w przypadku trzech z pięciu sprawdzanych relacji. Wykazano, że ogólne nasilenie cech schizotypowych spada wraz z wiekiem, podobnie słabną przejawy dezorganizacji poznawczej oraz impulsywne zachowania nonkonformistyczne. Natomiast niezależne od wieku osób badanych pozostają wymiary percepcyjny i emocjonalny. Co ciekawe, wiek nie był związany ani z samooceną, ani z orientacją ( $p > 0,05$ ), co oznacza, że negatywne przejawy schizotypii słabną wraz z wiekiem, ale nie zachodzi przy tym wzrost samooceny czy optymizmu.

Dodatkowo sprawdzono, czy płeć różnicuje osoby badane pod kątem nasilenia mierzonych cech osobowościowych. Wyniki tej analizy zostały zawarte w tabeli 4.

W badanej grupie nie zaobserwowano żadnych istotnych różnic w nasileniu cech schizotypowych u kobiet i mężczyzn. Ekspresja tych właściwości osobowościowych jest zatem podobna u wszystkich ludzi, bez względu na ich płeć.

## DYSKUSJA

Większość cech psychicznych łączących (i różniących) ludzi między sobą rozciąga się na kontinuum od pełni zdrowia do choroby. Na wymiarze, którego patologicznym biegunem są takie zaburzenia psychotyczne jak schizofrenia, znajdują się również łżejsze i społecznie akceptowane formy ekspresji cech schizotypowych. W zdrowej populacji występują one w zmiennym nasileniu, składając się na różnice indywidualne powszechnie występujące między ludźmi. Osoby o wysokim (ale wciąż mieszczącym się w granicach zdrowia psychicznego) natężeniu osobowościowej schizotypii mogą przejawiać niższą wrażliwość emocjonalną. Cechuje je wycofanie społeczne i trudności w nawiązaniu bliskich kontaktów interpersonalnych, dziwaczność zachowań, ekscentryczny wygląd i styl życia czy nietypowe – bardziej transcendentne niż pragmatyczne – zainteresowania duchowością, magią, sztuką czy fantazją. Tak długo, jak osobowość pozostaje spójna i elastyczna, cechy te mogą przynosić pozytywne efekty (np. dla pracy twórczej) i skutkować wysokim zadowoleniem z siebie i swojego życia.

Jednym z zasadniczych czynników psychicznych moderujących poziom życiowej satysfakcji jest poczucie własnej wartości. Okazuje się, że nawet zdrowe natężenie cech schizotypowych współwystępuje z obniżoną samooceną i bardziej negatywną orientacją na siebie i innych. Samoocena i pozytywne nastawienie odgrywają niewątpliwie znaczącą rolę w ogólnym samopoczuciu tak osób zdrowych, jak i pacjentów cierpiących z powodu chorób psychicznych oraz fizycznych. W grupie młodych zdrowych ludzi negatywne wartościowanie własnej osoby i swojego miejsca w świecie fizycznym i społecznym było wyraźnym czynnikiem podnoszącym ryzyko podejmowania zachowań nakierowanych na wyrządzenie krzywdy samemu sobie [19]. Przeprowadzone badanie wykazało spadek samooceny i pozytywnego nastawienia towarzyszący wzrostowi wszystkich przejawów cech schizotypowych. Najsilniejsze związki odnosiły się do wymiaru dezorganizacji poznawczej, wskazując na pierwszorzędą rolę osłabionej sprawności przetwarzania informacji i kontroli nad procesami myślenia w obniżaniu poczucia własnej wartości i pozytywnego nastawienia.

TABELA 3. Współczynniki korelacji pomiędzy cechami schizotypowymi a wiekiem osób badanych

Parametr	O-LIFE wynik ogólny	Niezwykłe doznania	Dezorganizacja poznawcza	Introwersja, anhedonia	Impulsywny nonkonformizm
Wiek	-0,297*	-0,180	-0,380**	0,117	-0,339**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

TABELA 4. Porównanie średnich wyników pomiaru cech schizotypowych w zależności od płci osób badanych

Cechy schizotypowe	Kobiety (n = 46)		Mężczyźni (n = 24)		Test t-Studenta		
	M	SD	M	SD	t	df	p
O-LIFE – wynik ogólny	18,48	6,55	17,17	7,88	0,728	67	0,469
Niezwykłe doznania	6,35	3,09	5,22	3,58	1,358	67	0,179
Dezorganizacja poznawcza	5,07	2,56	4,26	2,22	1,284	67	0,204
Introwersja, anhedonia	2,67	1,33	2,78	1,81	-0,283	67	0,778
Impulsywny nonkonformizm	4,39	2,02	4,91	2,35	-0,958	67	0,342

Uzyskane wyniki korespondują z badaniami innych autorów, którzy wiązali niską samoocenę z osłabieniem jakości życia i zagrożeniem dla zdrowia psychicznego i fizycznego. Van Damme i wsp. wykazali, że belgijscy nastolatki o wyższej samoocenie mieli niższe wyniki w ocenie symptomów zaburzeń psychotycznych [20]. U pacjentów cierpiących na zaburzenia z kręgu psychoz, którzy doświadczyli przejawów dyskryminacji ze względu na stan zdrowia, wyższa samoocena pełniła funkcję czynnika łagodzącego poczucie samotności i odrzucenia [21]. Zarówno u pacjentów cierpiących na schizofrenię, jak i na zaburzenia nastroju obniżona samoocena współwystępowała z uwewnętrznionym poczuciem stygmatyzacji i niższą satysfakcją z relacji interpersonalnych, przyczyniając się do pogłębiania wykluczenia społecznego, które jest dużym problemem dla pacjentów psychiatrycznych [22]. Wysoka i stabilna samoocena uznawana jest za jeden z głównych czynników ochronnych nie tylko w zaburzeniach psychotycznych czy nastroju, ale i przy zagrożeniu uzależnieniem od alkoholu [23] oraz przy innych problemach natury psychologicznej. Pozytywny obraz siebie i optymistyczne nastawienie sprzyjają motywacji do działania, w tym do działań prozdrowotnych. Mają także swój udział w procesie leczenia dolegliwości fizycznych. Wykazano np., że optymistyczne podejście do efektów terapii chronicznego bólu u dzieci i młodzieży przekładało się na subiektywne złagodzenie intensywności bólu oraz strachu przed bólem – tak u dzieci, jak i u ich rodziców [24].

Zgromadzone informacje przemawiają za znaczeniem dla zdrowia psychicznego wartości przypisywanej sobie i otoczeniu. W odniesieniu do zjawiska schizotypii i szerszego wachlarza zaburzeń z kręgu psychoz obniżona samoocena zdaje się być znaczącym predyktorem rozwoju i intensywności przebiegu chorób oraz zaburzeń psychotycznych, które mogą rozwinąć się przy udziale zarówno czynników wewnętrznych (np. predyspozycji genetycznych), jak i zewnętrznych (np. stresu środowiskowego). Działania terapeutyczne zmierzające do podniesienia poczucia własnej wartości i pozytywnego nastawienia mogą odnosić również pozytywny skutek w łagodzeniu intensywności pojawiających się objawów psychotycznych.

Niewątpliwie ważnym aspektem opisywanego badania jest jego wartość praktyczna, wynikająca z przetestowania krótkiej skali schizotypii O-LIFE na warunkach populacji polskiej. Skala ta może okazać się użyteczna w badaniach naukowych, chociaż ze względu na niejednoznaczną rzetelność pomiaru nie powinna być wykorzystywana do diagnozy indywidualnej.

## WNIOSKI

1. Zjawisko schizotypii, wyrażające się w wycofaniu społecznym i emocjonalnym oraz ekscentrycznych zachowaniach, upodobaniach i poglądach, rozciąga się na kontinuum zdrowia i choroby psychicznej. W zdrowej populacji cechy schizotypowe występują pod postacią cech osobowościowych, które w zależności od indywidualnych różnic przyjmują nasilenia od niskich, przez średnie, do wysokich. Bardzo wysokie natężenie cech może budować rys osobowości schizotypowej, czyli

zdrową, ale wyraźnie widoczną w całokształcie zachowania ekspresję najsilniejszych cech. Posiadanie rysu predysponuje do psychopatologii; pod wpływem silnego obciążenia psychicznego może dojść do rozwoju zaburzenia osobowości schizotypowej (nieadaptacyjnego usztywnienia zachowań schizotypowych) albo schizofrenii czy innych jednostek chorobowych z kręgu psychoz.

2. Nasilenie osobowościowych przejawów schizotypii u zdrowych ludzi wiąże się z obrazem siebie i otaczającego świata. Wykazano negatywne zależności świadczące o niższym poziomie samooceny, satysfakcji z życia i optymistycznego nastawienia wśród osób, które wykazywały większe nasilenie cech schizotypowych. Z największym obniżeniem oceny siebie i świata wiązał się poznawczy wymiar schizotypii. U osób przejawiających oznaki dezorganizacji, zwłaszcza w zakresie uwagi i myślenia, spadek poczucia własnej wartości oraz wzrost negatywizmu były najsilniejsze.

3. Ogólne natężenie cech schizotypowych, przejawy dezorganizacji poznawczej oraz skłonność do impulsywnych zachowań nonkonformistycznych spadają wraz z wiekiem, a przy tym wszystkie oznaki schizotypii są niezależne od płci.

4. Skrócona wersja skali O-LIFE może być użytecznym narzędziem do pomiaru zróżnicowanej ekspresji cech schizotypowych w populacji osób zdrowych psychicznie. W polskich warunkach narzędzie wykazuje niejednorodną rzetelność, chociaż ogólny wynik oraz dwie pierwsze skale osiągnęły w pełni zadowalającą dokładność pomiaru. Powodem mogą być różnice kulturowe i ograniczona reprezentatywność próby. W obu przypadkach stwarza to możliwości kontynuacji badań, zarówno nad adaptacją tego narzędzia do warunków polskich, jak i nad zjawiskiem społecznie akceptowanej ekspresji cech schizotypowych oraz związków z brakiem zdrowia psychicznego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Strelau J. Różnice indywidualne. Warszawa: Scholar; 2015.
2. Millon T, Davis R. Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2005.
3. Cierpiatkowska L, Soroko E. Zaburzenia osobowości. Problem diagnozy klinicznej. Poznań: Wyd. Nauk. UAM; 2014. p. 86-8.
4. DSM V. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
5. Claridge G, Beech T. Fully and quasi-dimensional constructions of schizotypy. In: Raine A, Lencz T, Mednick SA, editors. Schizotypal personality. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. p. 192-216.
6. Nelson B, Rawlings D. Relating schizotypy and personality to the phenomenology of creativity. Schizophr Bull 2010;36(2):388-99. doi: 10.1093/schbul/sbn098.
7. Ando V, Claridge G, Clark K. Psychotic traits in comedians. Br J Psychiatry 2014;204:341-5. doi: 10.1192/bjp.bp.113.134569.
8. Kerns JG. Schizotypy facets, cognitive control, and emotion. J Abnorm Psychol 2006;115(3):418-27. doi: 10.1037/0021-843X.115.3.418.
9. Claridge G, McCreery C, Mason O, Bentall R, Boyle G, Slade P. The factor structure of "schizotypal" traits: a large replication study. Br J Clin Psychol 1996;35:103-15.
10. Chemerinski E, Triebwasser J, Roussos P, Siever LJ. Schizotypal personality disorder. J Pers Disord 2013;27(5):652-79. doi: 10.1521/pedi.2012.26.053.
11. Raine A, Lencz T. Conceptual and theoretical issues in schizotypal personality research. In: Raine A, Lencz T, Mednick SA, editors. Schizotypal personality. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. p. 3-18.

12. Mason O, Linney Y, Claridge G. Schort scales for measuring schizotypy. *Schizophr Res* 2005;78(2-3):293-6. doi: 10.1016/j.schres.2005.06.020.
13. Leary MR, Baumeister RF. The nature and function of self-esteem: Socio-meter theory. *Adv Exp Soc Psychol* 2000;32:1-62. doi: 10.1016/S0065-2601(00)80003-9.
14. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press; 1965.
15. Garfield DA, Rogoff ML, Steinberg S. Affect recognition and self-esteem in schizophrenia. *Psychopathology* 1987;20(5-6):225-33.
16. Brekke J, Levin S, Wolkon G, Sobel G, Slade E. Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993;19(3):559-608.
17. Dzwonkowska I, Lachowicz-Tabaczek K, Łaguna M. SES – Skala Samooceny Rosenberga: podręcznik testowy. Warszawa: Pracownia Testów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2008.
18. Łaguna M, Oleś P, Filipiuk D. Orientacja pozytywna i jej pomiar: Polska adaptacja Skali Orientacji Pozytywnej. *Stud Psychol* 2011;49(4):47-54.
19. Phillips R, Spears MR, Montgomery AA, Millings A, Sayal K, Stallard P. Could a brief assessment of negative emotions and self-esteem identify adolescents at current and future risk of self-harm in the community? A prospective cohort analysis. *BMC Public Health* 2013;13:604. doi: 10.1186/1471-2458-13-604.
20. van Damme L, Colins OF, Vanderplasschen W. Gender differences in psychiatric disorders and clusters of self-esteem among detained adolescents. *Psychiatry Res* 2014;220(3):991-7. doi: 10.1016/j.psychres.2014.10.012.
21. Świtaj P, Grygiel P, Anczewska M, Wciórka J. Experiences of discrimination and the feelings of loneliness in people with psychotic disorders: the mediating effects of self-esteem and support seeking. *Compr Psychiatry* 2015;59:73-9. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.02.016.
22. Oliveira SE, Esteves F, Carvalho H. Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatry Res* 2015;229(1-2):167-73. doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.047.
23. Tomaka J, Morales-Monks S, Shamaley AG. Stress and coping mediate relationships between contingent and global self-esteem and alcohol-related problems among college drinkers. *Stress Health* 2013;29(3):205-13. doi: 10.1002/smi.2448.
24. Cousins LA, Cohen LL, Venable C. Risk and resilience in pediatric chronic pain: exploring the protective role of optimism. *J Pediatr Psychol* 2015;40(9):934-42. doi: 10.1093/jpepsy/jsu094.