

Percepcja czasu przez osoby zdrowe i chore na schizofrenię

Mariola Stecka

Katedra Psychologii Klinicznej Dorosłego
Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Lublinie

Streszczenie

Cel: Porównanie grupy osób zdrowych (N=30) i chorych na schizofrenię (N=30) pod względem sposobu percepcji czasu. Badania miały wykazać, że obie grupy różnią się w sposobie odbioru czasu. Rozeznanie w sposobie percepcji czasu, ma na celu podniesienie jakości życia chorego i usprawnienie jego funkcjonowania psychospołecznego.

Metoda: W badaniach posłużono się Skalą Orientacji Temporalnej AION-2000 autorstwa C.S. Nosała i B. Bajcar (2004), oraz metryczkami socjodemograficznymi, oddzielnymi na osób z grupy klinicznej (osób chorych na schizofrenię) i grupy kontrolnej (osób zdrowych).

Wyniki: Analiza wyników uzyskanych w badaniach wykazała, że istnieją różnicę w percepcji czasu pomiędzy grupą kliniczną i kontrolną, osoby zdrowe charakteryzują się większym skoncentrowaniem na przeszłości, w porównaniu do osób chorych, które wykazują większe poczucie destruktywności i niekontrolowalności czasu.

Wnioski: Osoby chore na schizofrenię, przejawiają trudności w dokonywaniu refleksji i analizy nad przeszłością. Osoby zdrowe postrzegają przyszłość pozytywnie w przeciwieństwie do osób chorych, którzy nie tylko mają trudność w tworzeniu planów, ale również częściej odczuwają czas, jako niszczący i niekontrolowalny.

Słowa klucze: percepcja czasu, schizofrenia, orientacja temporalna

Abstract

Aim: Comparison the time perspective between the group of healthy people (N=30) and the people with schizophrenia (N=30). Investigations showed, that both of groups are different in the way of experiencing the time. The aim of distinguishing the way of perception of time, is to improve quality of life and psychosocial functioning in patients with schizophrenia.

Method: The method used in investigations was Temporal Orientation Questionnaire AION-2000 devised by C.S. Nosal and B. Bajcar (2004), as well as socio-demographic surveys, different for clinical group (people with schizophrenia) and supervisory group (healthy people).

Results: The analysis of results from the investigation showed, that there are differences in perception of time between group of clinical patients and supervisory group, healthy people are more concentrating on past, then people with schizophrenia, which are more focused on destructivity and non-controlling the time.

Conclusions: People with schizophrenia have difficulties in making reflections and analysis of the past. Healthy people perceive future as positive, in contrast to people with schizophrenia, who not only have problems with creating plans, but also often feel that time is destructive and non-controlled.

Key words: time perception, schizophrenia, time orientation

Wstęp

Percepcja czasu to sposób w jaki subiektywnie odbieramy upływające interwały czasowe, zjawisko to często opisywane jest, jako zegar biologiczny. Neurologi wykazują, że za istnienie wewnętrznego poczucia upływającego czasu odpowiedzialne jest jądro skrzyżowania (suprachiasmatic nucleus, SCN). Złożone jest ono z około 10 tysięcy komórek mózgowych u podstawy mózgu w podwzgórzu (Klein, Moore, Reppert, za: Zimbardo, Boyd 2009). Obiór czasu przez osoby chore na schizofrenię jest różny od percepcji czasu przez osoby zdrowe, wynika to z objawów chorobowych i wpływa na funkcjonowanie psychospołeczne, oraz jakość relacji z innymi. Dezorganizacja struktury czasu, często doskwierająca pacjentom chorującym na schizo-

frenię, utrudnia funkcjonowanie w społeczeństwie, porozumiewanie się z bliskimi, a jednocześnie powoduje zaniedbanie obowiązków zawodowych i społecznych, stąd też, ważne wydaje się podjęcie tej tematyki w badaniach. Zrozumienie sposobu percepcji czasu i objawów chorobowych spowodowanych dezorganizacją struktury temporalnej, umożliwi lepsze zrozumienie dysfunkcjonalnego funkcjonowania chorych strukturze społecznej.

Celem niniejszych badań jest zbadanie i porównanie sposobu percepcji czasu przez osoby chore na schizofrenię i osoby zdrowe, analiza wniosków z otrzymanych wyników ma na celu podniesienie jakości życia chorego, oraz usprawnienie funkcjonowania w społeczeństwie.

Badania nad percepcją czasu

Badania pokazują, że u osób chorych na schizofrenię obserwuje się specyficzną strukturę percepcji czasu, różną od osób zdrowych (Obrębska, Nowak 2010). Osoby chore przejawiają większe skoncentrowanie na przeszłości (Melges za: Obrębska, Nowak 2010), ponadto wykazują większą dezorganizację czasu, co więcej wraz z długością lat trwania choroby zwiększa się zarówno skoncentrowanie na przeszłości, jak i poczucie destruktywności czasu, w praktyce oznacza to większą liczbę pomyłek dotyczących podawania prawidłowej daty i czasu (Stevens, 1987). Zagubienie w strukturze temporalnej może powodować izolację i wycofanie z kontaktów interpersonalnych.

Według Nosała i Bajcar (2004) funkcje poznawcze, wpływające na percepcję czasu zależą od sposobu kodowania ich w mózgu, który działa jak system powiązanych ze sobą punktów przez, które przepływa fala, zmieniając ich właściwości i dostosowując do otoczenia. Czas jest więc, według badaczy, funkcją wieloaspektową, subiektywnie odbieraną. Jego upływ, spowalnianie lub przyspieszanie jest sumą procesów metabolicznych organizmu, działalności jednostki, wymagań sytuacji, oraz procesów neuronalnych. U pacjentów chorych na schizofrenię i hospitalizowanych to sytuacja i procesy neuronalne są głównymi zmiennikami odbioru czasu. Sytuacja pobytu w szpitalu jest szczególną sytuacją, w której panują nowe rytmy dnia, chory, który jest odizolowany od ludzi i zamknięty w budynku, może odczuwać szybszy, bądź wolniejszy upływ czasu.

Inne badania dotyczące neurologicznych zmian w mózgu, a związku z zaburzeniami percepcji temporalnej prowadzone były przez Damasio (Damasio za: Nosal i Bajcar 2004). Postulował on, że zaburzenia percepcji czasu mogą być spowodowane uszkodzeniami hipokampa, co powoduje niemożność układania zdarzeń osobistych w kolejności chronologicznej. Istotną rolę w chronologii czasu odgrywa też podstawna część przodomózgowia. Przewiduje się, że odpowiada ona za ustalanie kontekstu i umieszczanie wspomnień we właściwym interwale czasowym. Związek zaburzeń percepcji czasu ze zmianami neurologicznymi potwierdzają również szeroko prowadzone badania przez Maricq i Church (Maricq, Church za: Elvevag, McCormack, Gilbert, Brown, Weinberger, Goldberg, 2003), oraz Rammsayera (1999), na zwierzętach i ludziach. Pokazują one bardzo ciekawą zależność, dotyczącą tego, że mechanizmy odpowiadające za relację człowiek – czas, są wynikiem działania dopaminy, a jedną z hipotez zachorowania na schizofrenię jest hipoteza dopaminowa, co może świadczyć o związku pomiędzy zaburzeniami percepcji czasu, a specyfiką schizofrenii.

Zaburzenia w percepcji czasu mogą być różne. Badania prowadzone przez Elvevag, McCormack, Glibert, Brown, Weinberger (2003) pokazują, że w zadaniach dotyczących oceny interwałów czasowych pacjenci

chorzy uzyskują niższe wyniki, niż pacjenci zdrowi, oraz są oni mniej dokładni w szacowaniu długości interwałów czasowych. Ten fakt znacząco wpływa na dysfunkcje procesów psychologicznych związanych z orientacją w czasie. Główny problem chorych to nie tylko mała dokładność w szacowaniu czasu, ale też jego ocena, polegająca na przecenieniu interwałów czasowych, osoba chora zbyt szybko liczy upływające sekundy. Do oceny krótkich interwałów czasu (sekund) nie wymagane jest posługiwanie się specyficznymi funkcjami pamięci, natomiast ocena długich interwałów czasowych zawiera bardziej skomplikowane mechanizmy dotyczące już percepcji czasu, postrzegania czasu teraźniejszego i oceny procesów (Tysk, 1983). Oznacza to, że osoby z zaburzeniami w sferze poznawczej, mogą mieć trudność z oceną długich odstępów czasu, oraz z orientacją czasową.

W odbiorze czasu przez osoby chorujące na schizofrenię poza istotnością sfery poznawczej, należy wspomnieć też o sferze emocjonalnej. Wyraźne powiązanie między percepcją czasu i wyborem orientacji temporalnej, a nastrojem emocjonalnym widoczne jest w przypadkach depresji. Osoby w głębokiej depresji skoncentrowane są na przeszłych i teraźniejszych wydarzeniach, natomiast odległa im jest perspektywa przyszłościowa, czują się jakby czas się zatrzymał, a brak pozytywnego myślenia utrudnia im tworzenie przyszłościowych planów. Około 70-80% osób chorych na schizofrenię przejawia oznaki depresji, świadczyć to może o przejawianiu przez osoby chore na schizofrenię, podobnych zaburzeń w strukturze czasu, jak u osób chorych na depresję (Zimbardo, Boyd, 2009).

Badania Melgesa (Melges za: Zimbardo, Boyd 2009) dotyczą właśnie grup osób z depresją, które tkwiąc w błędnych kołach, negatywnych wydarzeń z przeszłości, mają trudność w spoglądaniu w przyszłość. Melges twierdził, że osoby chore psychicznie zawsze będą wykazywać zaburzenia w postrzeganiu czasu. Swoje wnioski opierał na badaniach różnych grup osób chorych, w tym też na osobach chorych na schizofrenię. Głównym problemem w percepcji czasu osób chorych na schizofrenię jest zagubienie się pomiędzy przeszłością, teraźniejszością, a przyszłością, co powoduje uczucie niezrozumienia i utraty poczucia kontroli nad rzeczywistością (Zimbardo, Boyd, 2009).

Katarzyna Terminińska (1995) dla potrzeb badań, prowadzonych na grupie osób chorych na schizofrenię, dokonała rozróżnienia w definicji czasu. Wyróżniła: czas jako warunek tożsamości, czas jako tworzenie, oraz czas jako podporządkowanie. Inny prezentowany podział dotyczy czasu w formie: subiektywnej, obiektywnej, metrycznej-bezwymiarowej, immanentnej-transcendentalnej, oraz indywidualnej-społecznej. Wyodrębnione rodzaje czasu nie są sztywne, przenikają się nawzajem w codziennym życiu. U osób chorych na schizofrenię miesza się ze sobą przeszłość, teraźniejszość i przyszłość antycypowana, co powoduje deper-

sonalizację, derealizację, oraz poczucie beczasowości. Odczucie tempa mijania czasu zależy od ruchliwości organizmu. Chory w katatonii odczuwa czas jako płynący wolniej, natomiast chory w manii, w psychozie będzie odczuwał szybszy upływ czasu. Czas tworzy tożsamość osoby, wielkość pola spostrzegania oznacza zdolność człowieka do transcendencji, a tym samym do samorozwoju, oznacza to, że osoby chore „zawieszone” w czasie mają utrudniony rozwój osobisty (Kępiński 1971, s. 201-206).

Badania prowadzone przez Stevens'a i współpracowników (1978) na grupie osób chorych na schizofrenię, wykazały, że około 25% chorych przejawiało dezorientację co do własnego wieku, pomniejszając swój wiek o 5 lat od wieku rzeczywistego. Z osób badanych 50% wykazywało istotną dezorientację dotyczącą długości hospitalizacji, w tym 30% pacjentów miało trudności z podaniem prawidłowej daty, a 20% miało trudności z określeniem swojego prawidłowego wieku, dotyczyło to wyłącznie kobiet, mężczyźni nie wykazywali tej zależności. Wystąpiła też pozytywna korelacja między niskim poziomem wykształcenia, a częstszą dezorientacją w czasie. Z innych badań prowadzonych przez Melges'a z 1982 roku wynika, że długotrwały pobyt osób chorych w szpitalu powoduje większą koncentrację na przeszłości (Melges za: Obrębska, Nowak, 2010). Badanie eksperymentalne Densen'a (1977) pokazało ciekawy sposób szacowania czasu przez osoby chore na schizofrenię w stosunku do osób zdrowych. Osoby chore szacowały długość upływającego czasu, jako dłuższy, o 5-15 sekund więcej, niż u osób zdrowych, czyli osoby chore odczuwają upływający czas jako dłuższy. Obrębska i Nowak (2010) badając osoby chore na schizofrenię, pod kątem perspektywy czasowej, podzieliły grupę badawczą na osoby z objawami pozytywnymi i osoby z objawami negatywnymi. Wyniki pokazują, że osoby chore na schizofrenię z przewagą objawów pozytywnych były w 66% skoncentrowane na teraźniejszości, w 28% skoncentrowane na przeszłości, a w 5% skoncentrowane na przyszłości. Natomiast osoby chore z przewagą objawów negatywnych były w 80% skoncentrowane na teraźniejszości, w 15% skoncentrowane na przeszłości i tylko w 4% skoncentrowane na przyszłości. Oznacza to, że największą część w życiu osób chorych zajmuje perspektywa teraźniejsza, natomiast osoby z objawami pozytywnymi wykazują większe skoncentrowanie na perspektywie przeszłociowej, niż osoby z objawami negatywnymi.

Kępiński twierdził, że podstawą stałej tożsamości jest poczucie czasu i umiejętność chronologicznego uporządkowania zdarzeń życiowych. U osób chorych struktura czasu, poczucie porządku czasu i określanie jego interwałów, jest zaburzone. Być może jest to efekt choroby, środowiska szpitalnego lub obu czynników równocześnie. Zaburzona świadomość w psychozie schizofrenicznej uniemożliwia poruszanie się w czasie i przestrzeni, natomiast środowisko szpitalne poprzez

swój powtarzalny układ czynności i odizolowanie od zewnętrznego świata sprawia, że osoba może odczuwać, że czas przemija obok niej, a ona stoi w miejscu. Chorzy hospitalizowani nie czują upływu czasu, nie spieszą się, nie potrafią określić, czy czas płynie szybko, czy wolno, są jakby zawieszeni w „bezstanie”. Sytuacja się zmienia gdy następuje ostra faza choroby, dochodzi wtedy do zjawiska porównywanego do czasowej burzy, chory bardzo silnie przeżywa wiele wydarzeń naraz, niezależnie od tego czy są to wydarzenia z dalekiej przeszłości, czy z teraźniejszości. Zaburzeniu ulegają przeżycia ale nie działania, chory bardzo sprawnie porusza się w swojej czasoprzestrzeni, a jego stan zależy od siły oddziaływania choroby. Wpływa to na różny stopień umiejętności zorientowania w czasie, chory spytany o logiczny ciąg zdarzeń, może podać go bez większych trudności, lub może mieć z nim problem, jednak niezależnie od trudności zewnętrznych, nie przeszkadza to choremu w byciu w „swoim czasie” (Kępiński, 1971, s. 201-206).

Metody

W badaniach posłużono się Skalą Orientacji Temporalnej AION-2000 autorstwa C. Nosala i B. Bajcar, oraz ankietami socjodemograficznymi.

Skala AION-2000 powstała na bazie badań prowadzonych w latach 2001-2003, przebadano łącznie 1900 osób w wieku 18-80 lat, w tym 1086 kobiet i 814 mężczyzn. Początkiem dla stworzenia Skali był projekt Nosala i Bajcar „Umysłowe reprezentacje czasu”, który miał na celu sprawdzenie struktur temporalnych na większych grupach badawczych. Badacze przy konstrukcji Skali Orientacji Temporalnej wyszli z założenia, że skale pomiarowe powinny być bardzo jednorodne w swoim zakresie, oraz rozdzielone między sobą, dążyli to maksymalnej niezależności skal pomiędzy sobą (Nosala, Bajcar, 2004, s. 62).

Metoda mierzy trzy kategorie wymiarów temporalności, orientacje temporalne, postawy temporalne i reprezentacje temporalne. Skala AION-2000 składa się z 133 itemów, na które osoba badana odpowiada na pięciostopniowej skali Likerta: 5–zdecydowanie prawdziwe, 4–prawdziwe, 3–trudno ocenić, 2–nieprawdziwe, 1–zdecydowanie nieprawdziwe.

Wyniki uzyskane Skalą Orientacji Temporalnej tworzą osiem wymiarów orientacji temporalnej, oraz sześć wymiarów osobistych koncepcji czasu:

a) wymiary orientacji temporalnej: przeszłość (α Cronbacha 0,70), teraźniejszość (α Cronbacha 0,70), przyszłość (α Cronbacha 0,75), teliczność (α Cronbacha 0,82), planowanie (α Cronbacha 0,82), szczegółowość (α Cronbacha 0,80), wykorzystywanie czasu (α Cronbacha 0,66), presja czasu (α Cronbacha 0,81)

b) wymiary osobistych koncepcji czasu: czas linearny (α Cronbacha 0,66), czas cykliczny (α Cronbacha 0,73), czas niekontrolowany (α Cronbacha 0,60), czas

tajemniczy (α Cronbacha 0,65), czas iluzoryczny (α Cronbacha 0,75), czas destruktywny (α Cronbacha 0,73).

Przy wymiarach podano wskaźniki rzetelności, ogólnie wszystkie wymiary mają stosunkowo wysoki wskaźnik rzetelności co świadczyć może o spójności pytań wchodzących w skład danego czynnika.

Skala Orientacji temporalnej bada trzy aspekty temporalności: orientację temporalną, pojęciowe reprezentacje czasu i postawy wobec czasu. Zgodność wewnętrzna skali zawarta jest w granicach 0,67 do 0,89 (Sobol-Kwapińska, Nosal, 2009; Nosal, Bajcar, 2004).

Ankiety dla grupy klinicznej i kontrolnej zostały opracowane na bazie Inwentarza Biograficznego autorstwa Zenomeny Płużek.

Ankieta dla grupy osób chorych na schizofrenię zawiera 17 pytań, w tym jedno dotyczące zgody na badanie. Grupa kontrolna – osoby zdrowe, zostały zbadane metryczką złożoną z 14 pytań. Liczba pytań w metryczce została dostosowana do specyfiki grupy badanej, są to pytania otwarte i zamknięte. Dotyczą one wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, rodzinnego, statusu zawodowego, choroby (w grupie klinicznej), oraz jakości życia rodzinnego, zawodowego i społecznego. Odpowiedzi dotyczące jakości życia udzielane były na skali 5-cio stopniowej Likerta, gdzie 1 – oznacza bardzo niskie, a 5 - bardzo wysokie.

Strategia badań

Badania osób chorych na schizofrenię (grupy klinicznej) i osób zdrowych (grupy kontrolnej) prowadzone były na terenie Lublina, Leżajska, okolic Radomska i Pszczyny.

Wszyscy badani wyrazili zgodę na przeprowadzenie badania, oraz zostali poinformowani o tajemnicy zawodowej, ochronie danych osobowych, oraz o celach badawczo-naukowych i edukacyjnych prowadzonych badań.

Grupa kliniczna została przebadana w oddziałach psychiatrycznych, w jej skład wchodziły osoby z Oddziału Ogólnopsychiatrycznego dla dorosłych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Lublinie, oraz osoby z Oddziału Psychiatrycznego z Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Leżajsku.

Sposób prowadzenia badania był dostosowany do potrzeb specyficznej grupy osób chorych oraz możliwości dojazdowych. W większości były to badania indywidualne, w miejscu odosobnionym, przerwy w badaniu

dostosowano do potrzeb osób badanych. Część chorych wypełniała baterie testów samodzielnie, część przy pomocy osoby badającej, która czytała poszczególne itemy i tłumaczyła w razie niezrozumienia treści zdań. Część badań prowadzona była również przez psychologa pracującego na oddziale, który został wcześniej poinformowany o sposobie przeprowadzenia badania. Z racji na specyfikę grupy klinicznej, chorobę schizofreniczną, oraz warunki szpitalne część badań prowadzona była w dwóch etapach. Często zdarzało się, że osoby pomijały itemy nie wypełniając ich, lub nie uzupełniały wszystkich informacji w ankiecie, dzięki długim pobytom w szpitalu, była możliwość uzupełnienia brakujących danych. Część badań, których nie było możliwości uzupełnienia, oraz zawierały zbyt wiele braków, została odrzucona.

Informacje zwrotne uzyskane w trakcie badań dotyczyły, trudności zrozumienia zdań przez osoby chore na schizofrenię, oraz zbyt dużej liczby pytań powodującą męczliwość w Skali Orientacji Temporalnej AION-2000.

Badania grupy kontrolnej prowadzone były w różnych rejonach Polski, starano się dobrać próbkę losowo, dopasowaną wiekiem i płcią do grupy klinicznej. Prowadzone były one indywidualne, w warunkach zapewniających intymność, osoby wypełniały kwestionariusze samodzielnie lub z pomocą badającego. Z racji na fakt, że badana grupa była grupą osób zdrowych niewiele badań wymagało ponownego uzupełniania. Stopień zrozumienia itemów również był większy w grupie osób zdrowych. W badaniach osób zdrowych zastosowano: Skalę AION-2000 do oceny percepcji czasu oraz metryczkę do charakterystyki socjodemograficznej.

Informacje zwrotne od osób badanych były podobne do uzyskanych w grupie klinicznej, badanym w obu grupach przeszkadzała duża ilość pytań.

Grupa badawcza

W badaniach uczestniczyło 60 osób, w tym 30 osób chorych na schizofrenię i 30 osób zdrowych. W grupie osób zdrowych starano się uwzględnić parametry wieku i płci, tak by obie grupy były jak najbardziej komplementarne do siebie.

Tabela 1. Liczbowa (N) i procentowa (%) struktura grupy klinicznej i kontrolnej ze względu na przedziały wiekowe i płeć

Wiek \ Płeć	Grupa kliniczna				Grupa kontrolna			
	Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni	
	N	%	N	%	N	%	N	%
19-30	5	35,7	6	37,5	3	17,6	4	30,8
31-40	4	28,6	5	31,2	3	17,6	1	7,7
41-50	2	14,3	3	18,7	7	41,2	3	23,1
51-76	3	21,4	2	12,5	4	23,5	5	38,5
Razem	14	100	16	100	17	100	13	100

Powyższa tabela 1 ukazuje strukturę grupy klinicznej i kontrolnej, ze względu na przedziały wiekowe osób badanych, oraz zróżnicowanie na płeć i grupę badawczą. Grupa kliniczna składa się z 14 kobiet i 16 mężczyzn, natomiast grupa kontrolna z 17 kobiet i 13 mężczyzn. Ponadto z tabeli wynika, że największa liczba osób, wśród chorujących na schizofrenię, to osoby w wieku 19-30 i 31-40. W grupie kontrolnej najwięcej osób znajduje się z przedziału 41-50 i 51-76. Najmniej osób w grupie klinicznej jest w wieku 42-50, 51-76, natomiast w grupie kontrolnej najmniejsza liczba osób mieści się w przedziale 31-40. Przedziały wiekowe zostały sporządzone co 11 lat, natomiast ostatni przedział został poszerzony i zawiera przedział 25 lat. Poszerzenie wiekowe ostatniego przedziału wynika z chęci włączenia do badań osób w wieku późnym starszym, natomiast ich liczba była zbyt mała aby tworzyć kolejny przedział. W grupie osób chorujących na schizofrenię nie było osób po 60 roku życia, najstarsza osoba w tej grupie miała 60 lat, natomiast najstarsza osoba w grupie kontrolnej miała 76 lat.

Średnia wieku (M) w grupie klinicznej wynosi $M=36$, z czego średnia wieku kobiet wynosi $M=36,7$, a średnia wieku mężczyzn to $M=35,4$. Można więc powiedzieć, że średnie kobiet i mężczyzn są zbliżone.

W grupie kontrolnej średnia grupy wynosi $M=45,6$ z czego średnia wieku kobiet to $M=46,9$, a średnia wieku mężczyzn to $M=43,8$. Średnia wieku jest wyższa, niż w grupie osób chorych, wynika z tego, że szerszy wiekowy przedział w grupie kontrolnej przełożył się na wyższą średnią wiekową.

Wyniki

Podstawą analiz szacowania percepcji czasu przez osoby zdrowe i chore na schizofrenię są dane uzyskane badaniem Skalą Orientacji Temporalnej AION-2000 w opracowaniu Nosala i Bajcar (2004).

Obliczenia do badań uzyskano za pomocą programu STATISTICA. Przy testowaniu hipotez i ocenie błędów pomiaru posłużono się Testem t-Studenta

W pracy założono, że istnieją różnice pomiędzy osobami zdrowymi i chorymi na schizofrenię, uzyskane wyniki zinterpretowane zostały na podstawie dwóch poziomów analiz, poziom pierwszy dotyczy orientacji temporalnej, a poziom drugi osobistych koncepcji czasu, w skład obu poziomów wchodzi określone wymiary i cechy.

Badanie literatury przedmiotu skłaniało do wysunięcia założenia, że osoby chore na schizofrenię będą bardziej zorientowane na przeszłość, oraz, że będą w mniejszym stopniu odczuwać presję czasu w porównaniu do osób zdrowych. Pierwsza część analiz zostanie poświęcona porównaniu głównych wymiarów orientacji temporalnej u osób chorych na schizofrenię i osób zdrowych, druga zaś porównaniu cech orientacji temporalnej.

1. Porównanie grup pod względem wymiarów i cech orientacji temporalnej

Wymiary orientacji temporalnej badane Skalą Orientacji Temporalnej AION-2000 dotyczą sposobu percepcji czasu przez osoby badane, oraz rodzaju aktywności w ramach danej orientacji temporalnej.

Tabela 2. Wyniki średnie (M), odchylenie standardowe (δ), oraz różnice pomiędzy grupami kliniczną i kontrolną dla wymiarów orientacji temporalnej AION-2000

Wymiary	Grupa kliniczna		Grupa kontrolna		t-Studenta	p
	M	δ	M	δ		
Przeszłość	2,95	0,51	3,29	0,52	-2,56	.013
Teraźniejszość	3,15	0,43	3,27	0,29	-1,25	.215
Przyszłość	3,07	0,67	3,20	0,31	-0,92	.362
Teliczność	3,52	0,56	3,73	0,37	-1,66	.103
Planowanie	3,14	0,66	3,19	0,33	-0,38	.707
Szczegółowość	3,36	0,62	3,42	0,34	-0,47	.643
Wykorzystywanie czasu	3,85	0,51	3,99	0,60	-0,95	.347
Presja czasu	3,03	0,58	3,08	0,43	-0,40	.690

Powyższa tabela pokazuje różnice między grupą kliniczną i kontrolną pod względem ustosunkowania się do wymiarów orientacji temporalnej w AION-2000. Grupy istotnie różnią się pod względem zorientowania na przeszłość, osoby zdrowe częściej ukierunkowane są na przeszłość, w porównaniu do osób chorych. Porównując wyniki średnie w obu grupach zauważamy, że osoby zdrowe są częściej ukierunkowane na teraźniej-

szość i przyszłość. Ponadto osoby chore częściej odbierają czas, jako teliczny, czyli posiadający określony ciąg.

W celu dopełnienia powyższych wyników, dokonano analizy cech wymiarów orientacji temporalnej. Analiza ta polega na wglądzie w treść pytań konstruujących poszczególne wymiary.

Tabela 3. Wyniki średnie (M), odchylenia standardowe (δ) oraz istotne różnice w grupie klinicznej i kontrolnej w wymiarach orientacji temporalnej (AION-2000)

Wybrane numery pytań z AION-2000	Grupa Kliniczna		Grupa kontrolna		t –Studenta	p
	M	δ	M	δ		
Przeszłość						
13. Nie ma sensu wracać do przeszłości	2,43	1,45	3,13	1,22	-2,02	.048
67. Wolę nie myśleć o przeszłości, żeby uniknąć niedobrych wspomnień	2,37	1,22	3,23	1,01	-3,01	.004
114. Moja przeszłość jest skarbnicą wiedzy i doświadczeń	3,47	1,20	4,07	0,87	-2,22	.030
118. Liczy się tylko teraźniejszość, przeszłość nie ma dla mnie zbyt dużej wartości	2,50	1,25	3,30	1,18	-2,55	.014
Teliczność						
24. Potrafię oprzeć się pokusom gdy mam jakąś pracę do wykonania	3,43	1,33	4,27	0,91	-2,83	.007
Presja czasu						
41. Czas jest dla mnie ciągłym wyścigiem	3,60	1,30	2,77	1,14	2,64	.010
77. Czas płynie spokojnie i regularnie	2,37	1,25	3,30	1,18	-2,98	.004
86. Nie nadążam za szybkim tempem upływu czasu	3,37	1,22	2,67	1,06	2,37	.021
108. Nie panuję nad swoim czasem	3,10	1,30	2,13	0,86	3,40	.001
Planowanie						
45. Zmiany wokół nas są tak szybkie, że planowanie nie ma większego sensu	2,57	1,17	3,33	1,09	-2,63	.010
95. Zanim zacznę coś robić, myślę jak to zrobić najlepiej	3,57	0,97	4,27	0,87	-2,94	.005

Przyszłość						
120. Myślenie o przyszłości jest dla mnie czymś przyjemnym	3,23	1,41	3,83	0,83	-2,01	.050
129. Przyszłość jest ciekawa	3,23	1,38	3,93	0,78	-2,41	.020

Powyższa tabela prezentuje istotne różnice w wynikach średnich w pytaniach wchodzących w skład wymiarów orientacji temporalnej, w obu grupach badanych. Jest ona uzupełnieniem do wymiarów orientacji temporalnej. Z danych uzyskanych w tabeli 2 wynika, że osoby zdrowe są bardziej zorientowane na przeszłość, w porównaniu do osób chorych. Pytania wchodzące w skład podskali „przeszłość” dotyczą pogodzenia się z przeszłością, swobodnego wracania do niej myślami, umiejętności refleksji i wyciągania wniosków z minionych doświadczeń. Analiza danych tej podskali wykazuje, że osoby chore są w mniejszym stopniu skupione na przeszłości, w porównaniu do osób zdrowych. Prawdopodobnie wspomnienia chorobowe są trudniejsze do „przepracowania”, niż wspomnienia osób zdrowych i mogą wywoływać cierpienie, stąd chorzy wykazują trudność w powracaniu myślami do przeszłości.

Interesująca obserwacja dotyczy różnic pomiędzy grupami w pytaniach dotyczących wymiaru presji czasu, choć nie ma istotnych różnic w czynniku presji czasu, występują różnice w opisie cechy presji czasu, które osiągają poziom istotności statystycznej.

Analiza wyników cech presji czasu wykazuje, że osoby zdrowe częściej postrzegają czas, jako płynący powoli i spokojnie, natomiast osoby chore postrzegają czas, jako uciekający. Spodziewano się, że osoby będące w warunkach szpitalnych, gdzie tryb dnia jest unormowany i jednostajny, będą bardziej postrzegać czas, jako powolny. Uzyskany wynik może świadczyć o tym, że

chorzy odbierają swoją chorobę, jako coś co „kradnie” im czas z życia poza szpitalem, pozostawiając niewiele miejsca dla normalności. Być może choroba jest dla nich po prostu „wyścigiem z czasem” w walce o swoje życie.

Należy się przyjrzeć również różnicom w pytaniach wchodzących w skład podskali „przyszłość”, okazuje się, że osoby chore nie postrzegają przyszłości jako coś dobrego, czy ciekawego, w przeciwieństwie do osób zdrowych. Może to wskazywać na brak nadziei na poprawę stanu zdrowia, gdyż większość osób badanych to osoby z więcej niż jednym epizodem chorobowym.

2. Porównanie grup pod względem wymiarów i cech osobistych koncepcji czasu

Osobiste koncepcje czasu badane przy pomocy Skali Orientacji Temporalnej AION-2000 dotyczą sposobu percepcji czasu przez osoby zdrowe i chore na schizofrenię. W ich skład wchodzi podskale mówiące o sposobie upływu czasu: czas linearny, cykliczny, podskale dotyczące mistycznej formy percepcji czasu: czas tajemniczy, iluzoryczny, oraz podskale dotyczące działania czasu: czas niekontrolowany i destruktywny.

Tabela 4. Wyniki średnie (M), odchylenia standardowe (δ), oraz różnice pomiędzy grupami kliniczną i kontrolną dla osobistej koncepcji czasu AION-2000

Grupy Koncepcje czasu	Grupa kliniczna		Grupa kontrolna		t-Studenta	p
	M	δ	M	δ		
Czas linearny	2,73	0,44	2,81	0,56	-0,57	.574
Czas cykliczny	3,68	0,73	3,41	0,82	1,33	.188
Czas niekontrolowany	3,00	0,44	2,66	0,44	2,99	.004
Czas tajemniczy	3,26	0,42	3,26	0,59	0,03	.974
Czas iluzoryczny	2,96	0,79	2,97	0,58	-0,09	.926
Czas destruktywny	3,30	0,77	2,83	0,69	2,45	.017

Powyższa tabela 4 przedstawia różnice międzygrupowe pod względem osobistych koncepcji czasu. Z tabeli wynika, że osoby chore częściej odbierają czas jako niekontrolowany i destruktywny. Może być to spowodowane negatywnymi skutkami objawów choro-

bowych, które często powodują degradację wielu płaszczyzn funkcjonowania osoby.

Porównanie wyników średnich w obu grupach wskazuje na to, że osoby zdrowe częściej odbierają czas, jako cykliczny, czyli wyznaczany przez cykle życia

np. rodzinnego, w porównaniu do osób chorych na schizofrenię. Może być to spowodowane zaburzeniami rytmu życia rodzinnego, czy zawodowego, poprzez dezorganizujące epizody chorobowe, oraz hospitalizacje. Co więcej cykliczność płynącego czasu jest szczególnie zaznaczona w życiu rodzinnym, a osoby chorujące na schizofrenię stosunkowo rzadko zakładają rodzi-

ny, czy też mają trudności w podporządkowaniu się systemowi życia rodzinnego.

Komplementarnie do opisanych wyżej cech orientacji temporalnej, w poniższej tabeli 5 zaprezentowano porównanie grupy klinicznej i kontrolnej pod względem cech osobistych koncepcji czasu.

Tabela 5. Wyniki średnie (M), odchylenia standardowe (δ) oraz istotne różnice w grupie klinicznej i kontrolnej w osobistej koncepcji czasu (AION-2000)

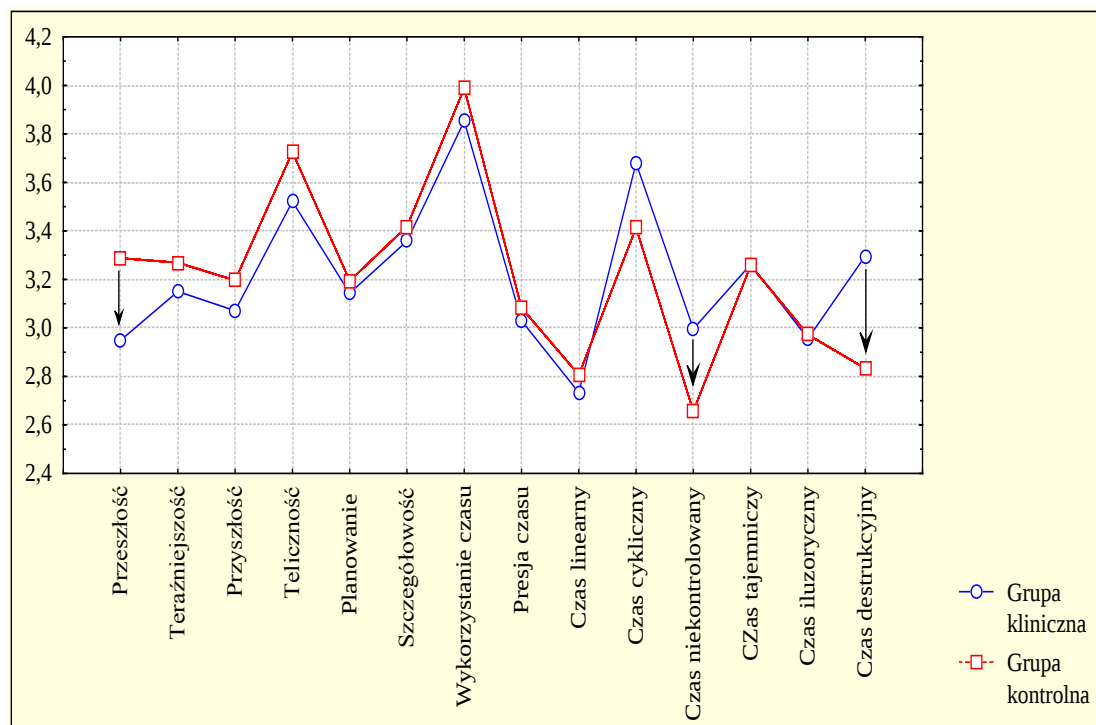
Wybrane numery pytań z AION-2000	Grupa kliniczna		Grupa kontrolna		t-Studenta	p
	M	δ	M	δ		
Czas destruktywny						
9. Czas jest siłą niszczącą	3,27	1,36	2,43	1,19	2,52	.015
37. Czas jest gigantem, który wszystko tworzy i niszczy	3,53	1,33	2,77	1,04	2,48	.016
90. Czas burzy cokolwiek zostało zbudowane	3,63	1,03	3,07	1,20	1,96	.055
105. Czas jest sojusznikiem śmierci	3,23	1,10	2,60	1,16	2,16	.035
Czas tajemniczy						
28. Czas zawiera ukryte przeznaczenie	3,77	1,07	3,17	1,21	2,04	.046
Czas niekontrolowany						
47. Czas jest wszechmocny	3,57	1,36	2,87	1,17	2,14	.036
78. Czas i przeznaczenie oznaczają to samo	2,90	1,30	2,17	1,12	2,35	.022
Czas iluzoryczny						
59. Czas jest formą obrony przed chaosem i dezorganizacją	3,73	0,91	3,17	0,99	2,32	.024
Czas cykliczny						
62. Czas przypomina obracające koło	3,73	1,26	3,03	1,27	2,14	.036
Czas linearny						
70. Czas upływa jednakowym rytmem	3,33	1,18	2,53	1,07	2,74	.008

Powyższa tabela przedstawia różnice między grupą kliniczną i kontrolną w itemach Skali AION-2000, które wchodzi w skład wymiarów osobistych koncepcji czasu.

Istotne różnice między grupami dotyczą poczucia, że czas zawiera ukryte przeznaczenie. Osoby chore na schizofrenię bardziej niż osoby zdrowe doszukują się drugiego znaczenia upływającego czasu, oraz często postrzegają czas w fikcyjny, nierealny sposób. Osoby te częściej zgadzały się z twierdzeniem, że czas jest niszczący, wszechmocny, oraz że nie można go kontrolować, oznacza to, że osoby chore istotnie różnią się od

osób zdrowych w odbiorze cechy destruktywności czasu. Struktura czasu, według osób chorych, przypomina obracające się koło.

Dopełnieniem, a jednocześnie graficzną ilustracją wyników średnich uzyskanych w badaniu Skalą Orientacji Temporalnej AION-2000, w zakresie percepcji czasu, w grupie osób chorych i zdrowych jest poniższy wykres.



Wykres 1. Porównanie grupy klinicznej i kontrolnej pod względem wyników w skalach AION-2000

Istotne różnice w poszczególnych wymiarach orientacji temporalnej i wymiarach osobistych koncepcji czasu zaznaczone zostały strzałkami. Dzięki graficznej prezentacji widoczna jest wielkość różnic w obu grupach. Interesujące jest, że niektóre wymiary w obu grupach się pokrywają, np. czas tajemniczy, czy czas iluzoryczny. Warto zauważyć, że choć różnica w percepcji czasu cyklicznego między grupą kliniczną i kontrolną, nie wykazuje istotności statystycznej, wyróżnia się na tle innych nieistotnych różnic.

Dyskusja

Analiza wyników uzyskanych w badaniach grupy klinicznej (osób chorych na schizofrenię) i kontrolnej (osób zdrowych), umożliwiła wyciągnięcie wniosków dotyczących specyfiki percepcji czasu przez osoby chore na schizofrenię. Wyniki porównania wymiarów i cech orientacji temporalnej wykazują, że osoby zdrowe są bardziej skoncentrowane na przeszłości, w porównaniu do osób zdrowych, wynikać to może z tego, że osoby zdrowe częściej dokonują refleksji nad przeszłością, a także potrafią „zamknąć” przeszłość za sobą, oznacza to również, że osoby chore, z negatywnymi doświadczeniami z przeszłości, mają trudność w radzeniu sobie ze wspomnieniami z przeszłości. Wynik ten nie jest zgodny z badaniami Melgesa (Obrębska, Nowak za: Melges 1982) i Stevens’a (1978), które wykazały, że osoby chore na schizofrenię skoncentrowane są na przeszłości. Różnica pomiędzy badaniami może wyni-

kać z czasowych różnic pomiędzy prowadzonymi badaniami, oraz z małą grupą kliniczną w badaniach własnych.

Osoby chore częściej odpowiadały, że czas jest niekontrolowalny, że jest ciągłym wyścigiem, za którym nie mogą nadążyć, ponadto odbierają czas jako destruktywnie, dezorganizująco wpływający na ich życie. Skutkiem takiej percepcji czasu są zaburzenia w strukturze czasu, takie jak pomyłki w podawaniu prawidłowej daty i czasu (Obrębska, Nowak za: Melges 1982).

Ponadto istotne są różnice w postrzeganiu opisu cechy wymiaru dotyczącego przyszłości, osoby zdrowe częściej twierdziły, że przyszłość jest dla nich interesująca i przyjemna, w porównaniu do osób chorych. Działania rehabilitacyjno-terapeutyczne powinny być ukierunkowane na przepracowanie nieprzyjemnych wspomnień z przeszłości i tworzenie krótkoterminowych planów na przyszłość.

Osoby chore, częściej w porównaniu do osób zdrowych, doszukują się podwójnego znaczenia czasu, postrzegają też czas, jako obracające się koło, które porusza się jednakowym rytmem.

Praktyczne zastosowanie wniosków dotyczy działań rehabilitacyjnych w pracy z pacjentami z rozpoznaną schizofrenią. Powinno się stymulować osoby chore do pozytywnego myślenia o przyszłości i konstruowaniu planów na przyszłość, a także stopniowo uczyć dokonywania refleksji na przeszłością, w celu akceptacji swojej choroby.

Wnioski

1. Osoby zdrowe są bardziej skoncentrowane na przeszłości w porównaniu do osób chorych na schizofrenię.
2. Osoby chore częściej postrzegają czas jako destruktywny i niekontrolowalny.
3. Osoby chore częściej odbierają wpływający czas, jako wpływający cyklicznie, oddzielony powtarzającymi się zdarzeniami.
4. Osoby zdrowe częściej w porównaniu do osób chorych na schizofrenię, postrzegają przyszłość pozytywnie.

Piśmiennictwo

1. Densen E. (1977). Time perception and schizophrenia. *Perceptual and Motor Skills*, 44 (2), 436-438.
2. Elvevag B., McCormack T., Gilbert A., Brown G. D. A., Weinberger D.R., Goldberg T. E. (2003). Duration judgments in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33 (7), 1249-1261.
3. Kępiński A. (1972). *Schizofrenia*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
4. Nosal C., Bajcar B. (2004). *Czas psychologiczny: wymiary, struktura, konsekwencje*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN.
5. Obrębska M., Nowak A. (2010). Perspektywa czasowa w schizofrenii. Doniesienie z badań. *Current Problems of Psychiatry*, 11 (4), 323-327.
6. Rammsayer T. H., (1999). Neuropharmacological evidence for different timing mechanisms in humans. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology Section. B*, 52 (3), 273-286.
7. Sobol-Kwapińska M., Nosal C. (2009). How does one conceive time? Measurement by means of Time Metaphors Questionnaire. *Polish Psychological Bulletin*, vol. 40 (3), 1-7.
8. Stevens M., Crow T.J., Bowman M. J., Coles E.C. (1978). Age disorientation in schizophrenia: A constant prevalence of 25 per cent in chronic mental hospital population. *British Journal of Psychiatry*, (133), 130-136.
9. Terminińska K. (1995). Fenomenologia zaburzeń czasu w schizofrenii. IV LSN 1995, str 161-164, Źródło: <http://www.badiananadschizofrenia.org/index.php?get=page,345,198>, Pobrano dnia: 07.10.2011.
10. Tysk L. (1983). *Time estimation by healthy subjects and schizophrenic patients: a methodological study*. *Perceptual and Motor Skills*, 56 (3), 983-988.
11. Zimbardo P., Boyd J. (2009). *Paradoks czasu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Correspondence address

Mariola Stecka
Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego
w Lublinie
20-439 Lublin, ul. Głuska 1
Tel: 81-744-09-67