
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN — POLONIA

VOL. XXI

SECTIO J

2008

Uniwersytet Medyczny, Lublin
Katedra i Klinika Psychiatrii

ANNA HUNCA-BEDNARSKA

*Zakłócenia procesów mediacji i konceptualizacji
podczas formowania wypowiedzi w Teście Hermanna Rorschacha.
Wskaźnik schizofrenii – SCZI*

Disruptions in the process of mediation and conceptualization in expression forming
in the Hermann Rorschach Test. Schizophrenia index: SCZI

WPROWADZENIE

Metoda opracowana przez Hermanna Rorschacha pomyślana była jako eksperyment służący ujawnianiu różnic indywidualnych i diagnozowaniu osobowości dla celów klinicznych; jej autor nie opracował teoretycznych podstaw dla swojej metody, szybko jednak wokół testu narosło coś w rodzaju jego metateorii: literatura poświęcona tablicom z barwnymi plamami atramentowymi wzrastała lawinowo, a i dziś trudno mówić o zakończeniu tego procesu. Inspiracją dla Rorschacha było spostrzeżenie, że percepcja ma charakter selektywny i że selektywność ta umożliwia zrozumienie psychiki człowieka.

Test plam atramentowych jest testem opartym jedynie na empirii; ocena reakcji, wyodrębnienie ich istotnych aspektów zasada się na analizie tego, co ludzie widzą w plamach i w jaki sposób komunikują to osobie badającej. Brak odniesienia do teorii osobowości, percepcji i myślenia sprawia, że poszczególni badacze materiał empiryczny ujmują w ramach tych orientacji teoretycznych, które są im bliskie, np. Z. Piotrowski czerpał z psychologii postaci, B. Klopfer z fenomenologii, D. Rapaport, R. R. Holt i R. Schafer z psychoanalizy, J. E. Exner z koncepcji poznawczych (Exner 2003; Holt 1975; Holt i Havel 1960; Rapaport, Gill, Schafer 1975; Schafer 1966; Stasiakiewicz 2004).

Na pewno nie jest to sytuacja korzystna, ale trudno nie docenić ogromnej pracy włożonej przez kolejnych badaczy w opis różnych typów reagowania na

zadanie testowe, a także w rozumienie psychologicznej sytuacji osoby badanej, osoby badającej oraz zachodzącej między nimi interakcji. Te ostatnie zagadnienia były wnikliwie opracowywane przez psychoanalitycznie zorientowanych autorów. Należy tu wymienić przede wszystkim R. Schafera, którego praca z 1954 r. doczekała się kilku wznowień, a niektóre obserwacje w niej zawarte mają wartość uniwersalną – szczególnie cenne są uwagi dotyczące wpływu interakcji badający–badany na liczbę uzyskiwanych wypowiedzi.

Na dane diagnostyczne można patrzeć z trzech punktów widzenia: jako na znaki, jako na próbki (zachowań) i jako na korelaty (wskaźniki uzyskiwane w badaniu testowym odpowiadają pewnym zachowaniom lub cechom badanej osoby) (Pałuchowski 1983, s. 22). Możemy przyjąć, że wszystkie te trzy podejścia możliwe są w odniesieniu do wypowiedzi uzyskiwanych w Teście H. Rorschacha. Analiza treści wypowiedzi narzuca podejście znakowe (pierwszy nurt). Stasiakiewicz (1994) podkreśla, że mimo swej wieloznaczności plamy Testu Rorschacha nie są bodźcami amorficznymi, lecz mają swoją strukturę, choć ta nie pochodzi z figuratywnej reprezentacji rzeczywistości. Możemy powiedzieć, że choć plamy prezentowane badanym w Teście H. Rorschacha nie posiadają znaczeń denotacyjnych, mają swoje, i to bogate, znaczenia konotacyjne, mogą więc pełnić funkcję znaków. Bodźce – znaki są interpretowane przez osobę badaną, a interpretacje te mogą być również traktowane jako znaki, które z kolei także mogą zostać poddane interpretacji, zgodnie z zasadą „koła hermeneutycznego”. Skoro badanie dostarcza nam znaków, należy przyjąć, że znaki te powiązane są stosunkiem oznaczania z jakąś niedającą się bezpośrednio obserwować właściwością podmiotową. Odkrycie tej właściwości, jej wyartykułowanie i zrozumienie byłoby więc zadaniem badającego. Znakowe podejście do Testu Rorschacha to podejście hermeneutyczne, podkreślające rolę przeżycia, ekspresji i zrozumienia. Wypowiedzi uzyskiwane w omawianym tu teście można także traktować jako próbki zachowań (drugi nurt), np. wówczas, gdy analizujemy sposób, w jaki osoba badana relacjonuje nam to, co widzi w plamie lub gdy oceniamy adekwatność jej wypowiedzi. I w końcu możliwe jest również traktowanie zachowań testowych badanego jako korelatów pewnych jego ogólniejszych zachowań czy właściwości. Do tego trzeciego nurtu zaliczyć możemy te wszystkie postępowania, które łączą się z licznymi badaniami określającymi, jak pewne cechy wypowiedzi czy też całe ich wiązki łączą się z właściwościami badanych osób, mierzonymi innymi narzędziami (tzw. testami obiektywnymi) lub też określonymi przez pewne zmienne niezależne, takie jak np. przynależność do określonych grup społecznych czy jednostek chorobowych.

Jak widzimy, Test H. Rorschacha trudno traktować jedynie jako „zwykły” test projekcyjny, lecz raczej jako metodę pozwalającą na zebranie empirycznego materiału, który może być interpretowany na różnych poziomach, w tym również na niemal „obiektywnym”, „psychometrycznym” poziomie, polegającym

na wyliczeniu wskaźników i indeksów łączących się z pewnymi cechami lub stanami psychicznymi. „Psychometryzacja” ta jest głównie zasługą J. E. Exnera, który od lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku podjął prace nad zwiększeniem trafności Testu H. Rorschacha i stworzeniem nowego systemu interpretacji (włączającego dotychczasowe osiągnięcia głównych badaczy) oraz nad rozszerzeniem materiału empirycznego (Exner 2003; Stasiakiewicz 2004). J. E. Exner opracował instrukcję dla badających, dokładnie precyzując, jakie informacje przekazywać osobie badanej, jak formułować polecenie testowe i – co najważniejsze – jak radzić sobie w ujednolicony sposób z problemem zbyt małej lub też nadmiernej liczby wypowiedzi (Exner 2003).

W pracy tej wychodzi się od ujęcia procesu formowania wypowiedzi według J. E. Exnera (Exner 2003, s. 161–188 oraz s. 335–337; Stasiakiewicz 2004, s. 241–245). Ujęcie to jest pewną ramą hipotetyczną, ze względu jednak na zoperacjonalizowanie poszczególnych faz formowania wypowiedzi stanowi dogodny punkt wyjścia do zanalizowania różnic w wypowiedziach osób zdrowych i chorych na schizofrenię. Zadanie, jakie stawia się przed badanym w Teście H. Rorschacha, wymaga przetwarzania informacji percepcyjnych i generowania pojęć percepcyjnych, a następnie mediacji, czyli przetwarzania informacji na wejściu w taki sposób, by znaleźć podobieństwa między plamą lub jej częścią a jakimś obiektem. Fazy przetwarzania informacji na wejściu odpowiadają przede wszystkim te sygnatury wypowiedzi, które odnoszą się do jej lokalizacji w plamie. Fazy mediacji odpowiadają sygnatury dotyczące adekwatności między „widzianym” przez badanego obiektem a kształtem plamy, a także dotyczące częstości, z jaką konkretna treść łączona jest przez badanych z danym obszarem plamy – będą tu więc sygnatury mówiące o tzw. poziomie formy i popularności bądź unikatowości wypowiedzi. Trzecia (niekoniecznie w sensie czasowym) faza formowania wypowiedzi to faza konceptualizacji; w fazie tej kształtują się takie cechy wypowiedzi, jak np. dynamiczne ujęcie plamy, nadanie im specyficznych treści, uwzględnienie relacji między widzianymi w plamie obiektami. Sygnatury łączące się z fazą konceptualizacji to przede wszystkim sygnatury odnoszące się do determinant „ruchowych” wypowiedzi, do treści wypowiedzi, a także tzw. sygnatury specjalne ujmujące różne cechy dewiacyjne reakcji. W schizofrenii zakłóceniu ulega przede wszystkim proces mediacji i konceptualizacji i te dwa procesy są uwzględnione we wskaźniku schizofrenii (SCZI) opracowanym przez J. E. Exnera. Pierwszemu z tych procesów odpowiada percepcyjny aspekt formowania wypowiedzi, drugiemu natomiast aspekt asocjacyjny, inaczej myślowy (por. Rapaport 1975, s. 275–276 oraz 424–442). W niniejszej pracy postawiono hipotezę, że procesy mediacji i konceptualizacji będą u osób chorych na schizofrenię zaburzone, co ujawni się w podwyższeniu wskaźnika schizofrenii (SCZI). Porównamy również wyniki kobiet i mężczyzn, ponieważ niejednokrotnie stwierdzano różnice w sposobie reagowania w obu tych grupach, gdy badano je Testem H. Rorschacha (np. Hunca-Bednarska 2006a, 2006b).

METODA

Analizę protokołów z badania Testem H. Rorschacha przeprowadzono w prezentowanej tu pracy w tym celu, by odpowiedzieć na pytanie, czy rzeczywiście wypowiedzi relacjonujące to, co badana osoba widzi w plamach atramentowych, dostarczają wiarygodnych przesłanek w kierunku postawienia hipotezy: choroba psychiczna *versus* norma. Tak przedstawiony cel jest celem skromnym, możemy mówić tu jedynie o przyczynku do tego zagadnienia, zwłaszcza że liczba analizowanych pacjentów jest niewielka, a ich wypowiedzi rozpatrywane są w tych aspektach, które są już znane i niejednokrotnie opisywane jako istotne dla diagnozy psychotyczności. Prace tego typu nie są w polskiej literaturze liczne, według wiedzy autorki nie ma prac dotyczących wskaźnika schizofrenii – SCZI, a każda próba zweryfikowania podręcznikowych sugestii powinna być interesująca. Co więcej, wpływ czynników kulturowych na interpretowanie plam, choć nie podważa ogólnych prawidłowości, jest na tyle znaczący, że „wskaźniki schizofrenii” powinny być korygowane w ramach różnych środowisk i grup społecznych (Kalla i in. 2004). Badania przeprowadzono po ustąpieniu ostrej fazy choroby – czynienie tego w ostrym stanie psychotycznym wydaje się czymś absurdalnym – diagnostyczność testu jest ważna w stanach wątpliwych, prepsychotycznych lub w stanach remisji, a więc wówczas, gdy fakt choroby jest w jakiś sposób ukryty lub niejasny. Co więcej, jak za J. E. Exnerem twierdzi Outi Kalla (2004, s. 78), badanie testem H. Rorschacha po ustąpieniu ostrego stanu psychotycznego pozwala na wskazanie bardziej stabilnego obrazu osobowości, jej struktury i funkcjonowania, co sprawia, że badanie takie jest rzetelniejsze. Test H. Rorschacha nie jest magicznym rentgenem osobowości (por. Stasiakiewicz 2004, s. 9; Exner 2003, s. 34–36), na pewno jednak jest testem, który wiąże się często z nadmiernie nasilonym oczekiwaniem, że za jego pomocą można uchwycić i zróżnicować wszelkie objawy psychopatologiczne. Użyteczność tego testu dla diagnozy schizofrenii uznają jednak nawet jego krytycy (Lilifeld, Wood, Garb 2002, s. 39–41, 111) – ważna jest tu ocena adekwatności spostrzeganych obiektów do prezentowanych bodźców oraz analiza wypowiedzi dewiacyjnych.

Deficyty poznawcze w schizofrenii są dobrze udokumentowane w licznych badaniach (Borkowska 2005; Green i in. 2000; Mueser 2000; Palmer, Heaton 2000; Rybakowski, Borkowska 2001; Weickert, Goldberg 2000). Deficyty te obejmują niemal wszystkie możliwe funkcje, percepcję i pamięć, język i myślenie. J. E. Exner (2003) stwierdził, że w odniesieniu do wypowiedzi uzyskiwanych w Teście H. Rorschacha trzy zmienne: procent wypowiedzi adekwatnych do kształtu plam ($X + \%$), procent wypowiedzi odnoszonych do niekonwencjonalnie wydzielonych obszarów plamy ($X_u \%$) oraz procent wypowiedzi nieadekwatnych do kształtu plam ($X - \%$), dobrze różnicują ludzi zdrowych i pacjentów psychiatrycznych, a także poszczególne jednostki chorobowe. Zmienna $X + \%$ mówi o tym, czy kształt plam wykorzystywany jest w konwencjonalny, zorien-

towany na rzeczywistość sposob. X-% reprezentuje te reakcje, które nie respektują właściwego użycia konturów plamy; objekty, o których mówi badany, trudno zidentyfikować w plamie, a w wielu wypadkach są one w ogóle niemożliwe do zobaczenia. W rezultacie reakcje oznaczone X są pogwałceniem poczucia rzeczywistości. Zmienne X-% i X+% według J. E. Exnera odznaczają się wysoką stałością i rzetelnością (2003, s. 389) i odzwierciedlają zaburzenia poznawcze lub emocjonalne. Chorzy na psychozy z kręgu schizofrenii w badaniach Bannatyne, Gacono i Greene'a z 1999 roku (za: Exner 2003, s. 390) uzyskali średnie wartości $X+% < .50$ i $X-% > .20$. Relacja między X+% i X-% nie jest jednak tak bezpośrednia, jak mogłoby się wydawać. Czasami niskie X+% nie jest wynikiem wysokiego procentu X-, lecz wysokiego procentu wypowiedzi X_u (X_u to wypowiedzi związane z mniej popularnymi sposobami przetwarzania pola bodźcowego, ale zgodne z poczuciem rzeczywistości). Gdy wypowiedzi X_u pojawiają się z niewielką częstością, są oznaką zdrowia, indywidualności badanej osoby. Gdy procent X_u jest podwyższony, należy liczyć się z tym, że badana osoba może mieć trudności adaptacyjne, szczególnie w tych sytuacjach, gdy środowisko wymaga liczenia się z konwencją i standardami społecznymi. Podwyższony procent zarówno X-, jak i X_u wzmacnia prawdopodobieństwo problemów dostosowawczych. J. E. Exner zaczął badać, jak te trzy zmienne łączą się z innymi zmiennymi, by stworzyć indeks psychotyczności, a zwłaszcza schizofrenii.

Wskaźnik schizofrenii opracowano w 1984 roku, a następnie zmodyfikowano w 1991 roku. Zrewidowany wskaźnik schizofrenii składa się z 6 warunków. Pierwsze dwa są następujące:

1. $X+% < .61$ i $S-% < .41$ lub $X+% < .50$

2. $X-% > .29$

- S oznacza interpretowanie białego tła zamiast plamy. S-% jest to liczba reakcji typu S jednocześnie nieadekwatnych do kształtu plam, podzielona przez liczbę wszystkich reakcji w badaniu ocenionych jako minusowe (Exner 1991, s. 17-18). Aby uzyskać punkt, nie należy mieć zbyt dużo reakcji S-. Zaważyły tu wyniki badań empirycznych, które wskazywały, że podwyższony %S- łączy się z silnym negatywizmem lub złością i występuje częściej u nieschizofrenicznych, zwłaszcza młodych osób, niż u chorych na schizofrenię.

Warunek trzeci:

3. $FQ->FQ_u$ lub $FQ->FQ_o + FQ+$

- dotyczy adekwatności tych wypowiedzi, które determinowane są samym kształtem*. Plus oznacza wypowiedź bardzo dobrą, o - wypowiedź typową, u - wypowiedź nietypową, minus zaś wypowiedź nieadekwatną.

* Stasiakiewicz pisze (2004), że sygnaturę FQ (jakości formy) można nadać każdej wypowiedzi, w której badany uwzględnił kształt plamy. Analiza przykładów w podręcznikach J. E. Exnera (1991, 2003) sugeruje, że we wskaźniku SCZI uwzględni się tzw. czystą formę, a więc te wypowiedzi, które determinowane są jedynie kształtem plamy.

Warunek czwarty dotyczy występowania tzw. sygnatur specjalnych związanych z cechami patologicznymi wypowiedzi. Aby uzyskać punkt, należy mieć więcej niż jedną taką sygnaturę ocenioną jako należąca do drugiego, bardziej patologicznego poziomu, oraz przynajmniej jedną wypowiedź, w której występują fantastyczne zestawienia dwóch lub więcej obiektów widzianych w odrębnych obszarach plamy (Fabcom) i wypowiedź ta powinna należeć do drugiego poziomu (Fabcom jest jedną z sygnatur specjalnych).

4. Sygn. Spec. II > 1 oraz Fabcom II > 0

Warunek piąty to wystąpienie więcej niż 6 sygnatur specjalnych lub przypadek, gdzie ważona suma takich sygnatur jest wyższa niż 17.

5. Sygn. Spec. > 6 lub ważona suma Sygn. Spec. > 17

Warunek szósty to więcej niż jedna wypowiedź determinowana ruchem ludzkim i jednocześnie nieadekwatna do plamy lub procent wypowiedzi nieadekwatnych większy niż .40.

6. M- > 1 lub X- % > .40

J. E. Exner przyznaje, że wskaźnik schizofrenii okazał się trafny w 65% do 80% w grupach osób z diagnozą schizofrenii. Od 10% do 25% osób z innymi stosunkowo poważnymi problemami psychiatrycznymi uzyskiwało 4 lub więcej punktów, szczególnie osoby z nasilonymi zaburzeniami afektywnymi (Exner 2003, s. 391). Warunki 1, 2 i 3 dotyczą głównie percepcyjnego aspektu wypowiedzi, 4 i 5 myślowego (asocjacyjnego), a 6 obu tych aspektów (Stasiakiewicz 2004, s. 170).

BADANA GRUPA

Z puli 37 protokołów z badania kobiet chorych na schizofrenię paranoidalną i z puli 47 protokołów chorych mężczyzn wylosowano po 15 protokołów. Każdy protokół zawierał zapis wypowiedzi osoby badanej oraz zapis tzw. fazy sprawdzającej, koniecznej do zasygnowania wypowiedzi. Do wylosowanych protokołów dobrano parami, według płci, wieku i wykształcenia, 30 protokołów z puli 71 protokołów z badania osób zdrowych. Losowanie protokołów pozwoliło ustrzec się tzw. efektu szuflady (Liliefeld, Wood, Garb 2002, s. 36), czyli tendencyjnego doboru pacjentów w taki sposób, by uzyskać wyższy stopień patologii.

Za kryterium choroby przyjęto diagnozę lekarską według DSM-IV. Z badań eliminowano wszystkie osoby sprawiające trudności diagnostyczne, osoby z podejrzeniem uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego oraz uzależnione od środków psychoaktywnych. Badania przeprowadzano na kilka dni przed wypisaniem pacjentów ze szpitala, gdy znajdowali się praktycznie w stanie remisji objawów wytwórczych (pozytywnych). Osoby zdrowe badano, podobnie jak chore, na terenie Kliniki Psychiatrii, w tym samym gabinecie psychologicznym. Z badań eliminowano osoby leczące się z powodu poważnych chorób somatycz-

nych i uzależnione od środków psychoaktywnych. Osoby zdrowe rekrutowały się z personelu Kliniki, stażystów i uczniów szkoły pielęgniarstwa. Wszystkich badanych informowano, że badanie ma charakter anonimowy, a jego cel jest czysto teoretyczny. Osoby chore dodatkowo zapewniano, że wyniki badania nie wpłyną na decyzje związane z leczeniem, wypisem czy uzyskaniem przepustki. Udział w badaniu był dobrowolny i w obu grupach badanych wynikał z uprzejmości.

W wylosowanej grupie chorych mężczyzn średni wiek wyniósł 25,5 lat (od 19 do 33) a choroba trwała średnio około 4 lat (4, 4). Więcej niż połowa badanych miała wykształcenie wyższe (8 osób), 4 osoby miały wykształcenie średnie, a 3 zawodowe. Średni wiek mężczyzn w grupie kontrolnej wynosił 25,6 lat (od 19 do 33); wykształcenie wyższe miało 10 osób, 1 osoba miała wykształcenie średnie, 3 zawodowe i 1 – podstawowe.

Chore kobiety były młodsze od chorych mężczyzn. Średni wiek wynosił 21,6 (od 16 do 30 lat). Czas choroby był również krótszy i wynosił 2,2 lata. Więcej niż połowa badanych miała wykształcenie wyższe (8 osób), a pozostałe miały wykształcenie średnie (7 osób). Średni wiek kobiet z grupy kontrolnej wynosił 22,2 lata (od 16 do 31). Wykształcenie wyższe miała więcej niż połowa osób (9), średnie wykształcenie miało 5 osób, a 1 osoba posiadała wykształcenie zawodowe.

Badanie testem H. Rorschacha wykonywała jedna i ta sama osoba, zorientowana w stanie zdrowia badanych, lecz nieznająca zasad obliczania SCZI. Oceny SCZI dokonywała ta sama osoba, posługując się tabelami w podręczniku Exnera, zawierającymi obszerne listy wypowiedzi ocenianych jako +, 0 oraz - (Exner 2003, s. 588–637). Ocenę cech wypowiedzi związanych z zaburzeniami myślenia konsultowano z dwoma psychologami klinicznymi, doświadczonymi w stosowaniu Testu H. Rorschacha.

WYNIKI

Wskaźnik SCZI równy 5 punktom uzyskała tylko jedna osoba z grupy chorych mężczyzn, tylko jeden raz można było więc z dużym prawdopodobieństwem sugerować chorobę. 4 punkty, czyli wartość graniczną, uzyskała też tylko jedna osoba (chory mężczyzna). Pozostałe osoby z grupy „chorej” często uzyskiwały 3 punkty (pięciu mężczyzn i jedna kobieta) lub 2 punkty (trzech mężczyzn i dwie kobiety). Najwięcej było wyników 1-punktowych: (czterech mężczyzn i cztery kobiety). 0 punktów uzyskał tylko jeden mężczyzna, ale aż siedem kobiet. Jak wynika z przedstawionego zestawienia, większość chorych osób uzyskiwała liczbę punktów pośrednią między brakiem a miernie nasiloną patologią (0–3 punkty), z tym że pełnym brakiem odchyłań (0 punktów) cechowała się więcej niż połowa chorych kobiet i tylko jeden mężczyzna.

W grupie osób zdrowych nikt nie uzyskał wyników sugerujących patologie, a większość osób uzyskiwała wyniki pośrednie (1–2 punkty), a tylko jedna osoba uzyskała 3 punkty. Aż trzynastu osób wykazało się brakiem jakichkolwiek odchyleń od normy. Nikt z grupy kontrolnej nie uzyskał 3 i więcej punktów. Częstości uzyskiwanych wartości SCZI w poszczególnych grupach badanych umieszczone są w tabeli 1.

Tab. 1. Wartości SCZI uzyskiwane w poszczególnych grupach badanych osób
SCZI values obtained in individual groups of subjects

Wartość SCZI	Chorzy mężczyźni	Chore kobiety	Zdrowi mężczyźni	Zdrowe kobiety
5	1			
4	1			
3	5	1		
2	3	2	3	1
1	4	4	5	1
0	1	8	7	13

W całej grupie osób chorych zaznaczyła się tendencja do wyższych wskaźników SCZI, ale różnica w porównaniu z grupą osób zdrowych zbliżała się jedynie do istotności. Fakt choroby różnicował bardzo istotnie mężczyzn, natomiast nie różnicował chorych i zdrowych kobiet. Chorzy mężczyźni bardzo istotnie przewyższali chore kobiety pod względem ujawnionej w badaniu patologii. Odpowiednie dane zawarte są w tabeli 2.

Tab. 2. Średnie wartości, odchylenia standardowe i istotności różnic między poszczególnymi grupami w odniesieniu do wskaźnika schizofrenii (SCZI)
Averages, standard deviations and significant differences between the groups with reference to SCZI

Grupa	Średnia M	Odchylenie standardowe SD	U Manna-Whitneya	z	Istotność asymptotyczna
Zdrowi	0,83	0,834	331,500	-1,829	0,067
Chorzy	1,50	1,383			
Mężczyźni zdrowi	0,73	0,799	38,000	-3,183	0,001*
Mężczyźni chorzy	2,27	1,335			
Kobiety zdrowe	0,93	0,884	96,000	-0,735	0,462
Kobiety chore	0,40	0,961			
Mężczyźni zdrowi	0,73	0,799	98,500	-0,621	0,534
Kobiety zdrowe	0,93	0,884			
Mężczyźni chorzy	2,27	1,335	39,500	-3,119	0,002*
Kobiety chore	0,73	0,961			

* $p \leq 0,01$.

Grupa chorych różniła się istotnie od grupy zdrowych liczbą wypowiedzi wygenerowanych w całym badaniu, w tym chorzy mężczyźni od zdrowych mężczyzn. Osoby chore dawały zdecydowanie mniej odpowiedzi. Kobiety zdrowe

i chore, zdrowi mężczyźni i zdrowe kobiety oraz chorzy mężczyźni i chore kobiety nie różnili się między sobą istotnie pod tym względem. W tabeli 3 podane są istotne różnice.

Tab. 3. Średnie, odchylenia standardowe i istotności różnic odnoszące się do liczby wypowiedzi w grupie osób chorych i zdrowych oraz chorych mężczyzn i zdrowych mężczyzn
Averages, standard deviations and significant differences concerning the number of utterances in the group of ill and healthy people and ill and healthy men

Grupa	Średnia M	Odchylenie standardowe SD	U Manna-Whitneya	z	Istotność asymptotyczna
Zdrowi	27,07	9,406	304,500	-2,153	0,031*
Chorzy	23,03	6,926			
Mężczyźni zdrowi	35,87	14,682	63,500	-2,034	0,042*
Mężczyźni chorzy	25,60	9,280			

* $p \leq 0,05$.

Grupy osób chorych i zdrowych nie różniły się między sobą poziomem formy w tych wypowiedziach, które determinowane były samym kształtem, poza częstym występowaniem form bardzo dobrych (FQ+) i dobrych (FQ₀) (różnica zbliżała się do istotności); formy nieadekwatne (FQ-) i niekonwencjonalne (FQ_u) nie różnicowały obu grup. Chorzy istotnie częściej dawali wypowiedzi dewiacyjne oceniane jako odpowiadające II poziomowi (bardziej patologicznemu), a także częściej zdarzały się u nich zniekształcenia werbalizacji (DV) (różnica zbliżała się tu do istotności) i zniekształcenia wypowiedzi (DR). Odpowiednie dane zawarte są w tabeli 4.

Tab. 4. Średnie, odchylenia standardowe i istotności różnic w niektórych zmiennych zawartych w SCZI między grupą osób chorych i grupą osób zdrowych
Averages, standard deviations and significant differences of certain variables in SCZI between the group of ill and healthy people

Zmienna	Grupa	Średnia M	Odchylenie standardowe SD	U Manna-Whitneya	z	Istotność asymptotyczna
FQ ₀ + FQ+	zdrowi	5,13	2,776	320,000	-1,943	0,052
	chorzy	3,70	2,246			
wypowiedzi dewiacyjne II poziom	zdrowi	0,00	0,000	315,000	-3,214	0,001**
	chorzy	0,67	1,729			
DV	zdrowi	0,57	0,858	339,000	-1,788	0,074
	chorzy	1,17	1,487			
DR	zdrowi	0,13	0,434	340,500	-2,250	0,024*
	chorzy	0,93	2,303			

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Podczas gdy mniejsza liczba wypowiedzi typu FQ₀ i FQ+ mogła łączyć się z ogólnie mniejszą liczbą wypowiedzi podanych w całym badaniu, co zmniejsza

ich znaczenie diagnostyczne, większa liczba wypowiedzi dewiacyjnych oraz zniekształceń werbalizacji i wypowiedzi u osób chorych staje się jeszcze bardziej istotna: mimo mniejszej liczby wypowiedzi zaburzenia te zdołały się zmanifestować, podczas gdy u osób zdrowych mimo większej ich produktywności nie ujawniły się.

Osoby chore istotnie częściej niż zdrowe spełniały warunek większej liczby wypowiedzi typu FQ niż liczby wypowiedzi typu FQ_u (warunek 3), a także element warunku 4 – większej niż 1 liczby wypowiedzi ocenionej jako należącej do poziomu II oraz warunek 5 (więcej niż 6 sygnatur specjalnych oraz ważona suma sygnatur specjalnych > 17). Odpowiednie dane zawarto w tabeli 5.

Tab. 5. Średnie, odchylenia standardowe oraz istotności różnic między osobami zdrowymi i chorymi dotyczące warunków indeksu schizofrenii
Averages, standard deviations and significant differences between ill and healthy people in reference to the SCZI index.

Zmienna	Grupa	Średnia M	Odchylenie standardowe SD	U Manna-Whitneya	z	Istotność asymptotyczna
FQ- > FQ _u (warunek 3)	zdrowi	0,10	0,305	360,000	-1,920	0,055
	chorzy	0,30	0,466			
Sygnat. spec. II > 1 (element warunku 4)	zdrowi	0,00	0,000	345,000	-2,791	0,005**
	chorzy	0,23	0,430			
Sygnat. spec. > 6 (warunek 5)	zdrowi	0,00	0,000	390,000	-2,053	0,040*
	chorzy	0,13	0,346			
Ważona suma sygn. spec. > 17 (warunek 5)	zdrowi	0,00	0,000	405,000	-1,762	0,078
	chorzy	0,10	0,305			

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01.

Zdrowe i chore kobiety nie różniły się od siebie w żadnej zmiennej, natomiast zdrowi i chorzy mężczyźni różnili się między sobą istotnie liczbą wypowiedzi FQ_u i liczbą wypowiedzi dewiacyjnych zaliczanych do II poziomu oraz liczbą zniekształceń werbalizacji (DV). Chorzy mężczyźni częściej spełniali też elementy warunków: 1 ($X + \% < 0,61$), 4 (sygn. spec. II > 1) oraz częściej spełniali warunek 3 (FQ- > FQ_u). Odpowiednie dane zawarte są w tabeli 6.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 6. chorzy mężczyźni istotnie częściej udzielali wypowiedzi patologicznych i częściej spełniali niektóre warunki uzyskiwania punktów w SCZI. Wyjątek stanowiła liczba wypowiedzi niekonwencjonalnych FQ_u, większa u zdrowych mężczyzn. Wypowiedzi tego typu nie łączą się bezpośrednio z patologią, choć oczekiwano większej liczby tego typu wypowiedzi u mężczyzn chorych. Na wynik taki mogła jednak wpłynąć ogólnie wyższa liczba wypowiedzi wygenerowanych przez zdrowych mężczyzn (R). Na-

Tab. 6. Średnie, odchylenia standardowe oraz istotności różnic między zdrowymi a chorymi mężczyznami dotyczące niektórych zmiennych związanych z indeksem schizofrenii
Averages, standard deviations and significant differences between ill and healthy people concerning certain variables of the SCZI index

Zmienna	Grupa	Średnia M	Odchylenie standardowe SD	U Manna-Whitneya	z	Istotność asymptotyczna
FQ _u	zdrowi mężczyźni	6,00	3,317	59,000	-2,254	0,024*
	chorzy mężczyźni	3,67	3,200			
Liczba sygn. spec. II poziom	zdrowi mężczyźni	0,00	0,000	52,500	-3,209	0,001**
	chorzy mężczyźni	1,27	2,314			
DV	zdrowi mężczyźni	0,73	1,033	65,500	-2,044	0,041*
	chorzy mężczyźni	1,60	1,352			
X+% < 0,61 (element warunku 1.)	zdrowi mężczyźni	0,73	0,458	82,500	-2,112	0,035*
	chorzy mężczyźni	1,00	0,000			
FQ- > FQ _u (warunek 3.)	zdrowi mężczyźni	0,00	0,000	67,500	-2,693	0,007**
	chorzy mężczyźni	0,40	0,507			
Sygn. spec. II > I (element warunku 4.)	zdrowi mężczyźni	0,00	0,000	60,000	-2,971	0,003*
	chorzy mężczyźni	0,47	0,516			

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01

leży zauważyć, że grupy osób chorych i zdrowych nie różniły się w liczbie wypowiedzi X+ % a – co ważniejsze – X- %. Jedynie chorzy mężczyźni dali mniej wypowiedzi X+ % niż mężczyźni zdrowi, ale wpływało to prawdopodobnie z ich mniejszej produktywności. Dzięki większej liczbie wypowiedzi X_u zdrowi mężczyźni być może uniknęli przewagi wypowiedzi nieadekwatnych (minusowych) nad niekonwencjonalnymi (FQ- > FQ_u).

Płeć nie różnicowała osób w grupie „zdrowej”, natomiast chorzy mężczyźni i chore kobiety różnili się między sobą w 5 zmiennych i w elementach dwu warunków. Odpowiednie dane zamieszczone są w tabeli 7.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 7, wypowiedzi chorych mężczyzn, determinowane samą formą, częściej niż chorych kobiet były nieadekwatne do plan (FQ-), częściej pojawiały się u nich sygnatury specjalne i sygnatury specjalne należące do II poziomu, częściej pojawiały się też w ich wypowiedziach zniekształcenia werbalizacji. Chorzy mężczyźni częściej spełniali elementy warunku 1 i 4. Słowem, patologia istotnie częściej pojawiała się w grupie chorych mężczyzn niż chorych kobiet.

Osoby zdrowe nigdy nie podawały wypowiedzi, które oznaczono by sygnaturą specjalną należącą do II poziomu, a więc nigdy nie spełniły warunku 4. Nigdy też nie spełniły warunku 5.

Tabela 7. Średnie, odchylenia standardowe oraz istotności różnic między chorymi mężczyznami i chorymi kobietami dotyczące niektórych zmiennych związanych z indeksem schizofrenii
Averages, standard deviations and significant differences between ill men and ill women concerning certain variables connected to the SCZI index

Zmienna	Grupa	Średnia M	Odchylenie standardowe SD	U Manna-Whitneya	z	Istotność asymptotyczna
FQ-	chorzy mężczyźni	3,00	2,624	51,500	-2,624	0,009**
	chore kobiety	1,60	2,197			
Liczba sygn. spec. II poziom	chorzy mężczyźni	1,27	2,314	58,500	-2,779	0,005**
	chore kobiety	0,07	0,258			
Liczba sygn. spec.	chorzy mężczyźni	4,67	3,395	38,500	-3,108	0,002**
	chore kobiety	1,73	2,154			
Suma ważona sygn. specj.	chorzy mężczyźni	13,20	12,388	44,500	-2,832	0,005**
	chore kobiety	4,33	4,923			
DV	chorzy mężczyźni	1,60	1,352	56,000	-2,474	0,013*
	chore kobiety	0,73	1,534			
X+% < 0,61 (element warunku 1)	chorzy mężczyźni	1,00	0,000	82,500	-2,112	0,035*
	chore kobiety	0,73	0,458			
Sygn. specj. II > I (element warunku 4)	chorzy mężczyźni	0,47	0,516	60,000	-2,971	0,003**
	chore kobiety	0,00	0,000			

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Najbardziej wyrazistym rezultatem przedstawionych badań jest stwierdzenie, że tylko jedna osoba z badanych 30 chorych na schizofrenię paranoidalną po ustąpieniu ostrych objawów uzyskała wystarczająco wysoką liczbę punktów, by przypisać jej (z dużym prawdopodobieństwem) chorobę i tylko jedna osoba otrzymała liczbę punktów wystarczającą do uzasadnionych podejrzeń w kierunku tej choroby. Żadna ze zdrowych osób nie osiągnęła krytycznej wartości SCZI, trudno więc potwierdzić pogląd Lilifelda, Wooda i Garba, że Test H. Rorschacha w nieuzasadniony sposób patologizuje wyniki badania (2002, s. 110); sytuacja jest raczej odwrotna – trudniej jest uzasadnić fakt choroby. Żadna ze zdrowych osób nie uzyskała 3 punktów, można więc zastanowić się, czy ta wartość SCZI nie powinna być traktowana jako graniczna w odniesieniu do warunków polskich.

Mimo znikomej liczby osób „zdiagnozowanych” jako chore na schizofrenię, wysokości SCZI różnicowały dwie badane grupy, choć różnica zbliżała się jedynie do istotności. Kierunek różnic był zawsze zgodny z oczekiwaniami z wyjątkiem większej liczby wypowiedzi niekonwencjonalnych (FQ_u) w grupie zdrowych mężczyzn*, na wynik mogła tu jednak wpłynąć większa liczba wszystkich wypowiedzi podana przez zdrowych mężczyzn.

* Oczekiwanie to nie wynika jednak bezpośrednio z treści SCZI, ważniejsza jest relacja FQ- > FQ_u.

U chorych kobiet patologia zaznaczona była słabiej niż u chorych mężczyzn; chore kobiety nie różniły się istotnie od kobiet zdrowych. Patologia występowała głównie w grupie chorych mężczyzn, która różniła się istotnie zarówno od grupy zdrowych mężczyzn, jak i od grupy chorych kobiet. Wyniki badania chorych mężczyzn mogły wynikać z dłuższego trwania choroby, ale mogły też łączyć się z płcią – wiele prac wskazuje na większe nasilenie objawów negatywnych u mężczyzn (Jarema 2001, s. 28; Nieznański 1999), co często sprzyja defektom intelektualnym. Objawy negatywne to duża i ważna grupa objawów związanych z dostrzegalnymi ograniczeniami różnych czynności psychicznych, takimi jak np. zubożenie treści i formy myślenia, mniejsza aktywność, bladeść emocji (Wciórka 2002). Z objawami negatywnymi mogła łączyć się zaobserwowana u chorych mężczyzn mniejsza liczba wypowiedzi wygenerowanych w całym badaniu. Analizowane w tej pracy osoby oceniono pod kątem organizacji ich wypowiedzi (Hunca-Bednarska 2006, s. 229–241) i wykazano, że chorzy mężczyźni nie tylko udzielają mniej wypowiedzi, ale także wypowiedzi ich mają uboższą organizację, częściej dotyczą pojedynczych części płamy i nie wykorzystują możliwych kombinacji różnych części płamy oraz białego tła. Na mniejszą liczbę wypowiedzi typu FQ_u w grupie chorych mężczyzn można również popatrzeć jako na przejaw małej oryginalności wynikającej z zubożenia psychiki. Obie grupy kobiet, zdrowych i chorych, nie różniły się między sobą liczbą wypowiedzi podanych w całym badaniu; nie różniły się także pod względem typu organizacji wypowiedzi, z wyjątkiem nieco mniejszej liczby wypowiedzi dotyczących całej płamy.

Większa liczba wypowiedzi podana przez osoby zdrowe w kontekście problematyki podjętej w niniejszej pracy jest w zasadzie korzystna. Większa produktywność osób zdrowych nie przyczyniła się do ujawnienia większej patologii. Mimo że chorzy dawali mniej wypowiedzi, nie uchroniło to ich od ujawnienia większej patologii niż w grupie osób zdrowych. Większość różnic, jakie stwierdzono między grupą osób zdrowych i chorych, dotyczyła raczej zaburzeń myślenia niż percepcji. U osób chorych pojawiła się większa liczba wypowiedzi dewiacyjnych wyraźnie patologicznych (sygnatury specjalne II poziomu) i częściej spełniony był warunek 5: osoby chore częściej dawały więcej niż 6 takich wypowiedzi, a ważona suma punktów uzyskana za te wypowiedzi częściej przekraczała 17. Osoby chore uzyskiwały też wyższą liczbę wypowiedzi dewiacyjnych ocenianych jako należące do II poziomu i częściej dawały więcej niż jedną taką wypowiedź (element warunku 4). Osoby zdrowe nie dały ani jednej wypowiedzi ocenianej jako przynależnej II poziomowi (patrz średnie w tabeli 5), a więc nigdy nie spełniały warunku 4. Nigdy nie spełniły też warunku 5. Przeanalizowano typy wypowiedzi dewiacyjnych i okazało się, że tylko wśród osób chorych występowały wyraźnie patologiczne fantastyczne zestawienia (Fabcom II), np. „chmura burzowa, z której żaby wyskakują”, „krokusy wyrastają z płuc”.

Wszystkie inne typy sygnatur specjalnych zdarzały się w grupie osób zdrowych, ale z małą częstością i nigdy nie zasługiwały na przypisanie do II poziomu.

W żadnej z grup nie pojawiła się dziwaczna logika (Alog) – w tego typu wypowiedziach wielkość i proporcje plam oraz ich układ wykorzystywany jest w absurdalny sposób do uzasadnienia treści wypowiedzi. Osoby chore szczególnie różniły się od zdrowych osób w językowej warstwie wypowiedzi: częściej pojawiały się u nich zniekształcenia werbalizacji (DV) i zniekształcenia wypowiedzi (DR). Zniekształcenia werbalizacji polegały głównie na niewłaściwym użyciu wyrazów lub ich zniekształceniu, np. „jakiegoś zwierzęcia buzia”, „tak jakby dwie ręce tutaj się sklejały” (zamiast: składały), „lub miednicę kościową”. Zniekształcenia wypowiedzi polegały najczęściej na wtrąceniach, np. „dwa psy, które się zderzyły ze sobą i krew im nosem, miałem kolegę, który psa marihuaną karmił i on oszalał” lub na rozmyciu tematu, np. „dwa zwierzaki bardzo ładne, wspinające się na szczyt i chcą się spotkać, ale są tak ładnie narysowane, że nie dojdą do siebie, gdyby doszły, to byłoby po całym tym widoku, popsułyby kompozycję i w życiu lepiej czasem, jak dwie osoby się nie spotkają”. W aspekcie percepcyjnym zaznaczyły się tylko dwie różnice: osoby chore budowały mniej najbardziej wartościowych wypowiedzi determinowanych formą ($FQ+$ oraz FQ_0) (mogła na to wpłynąć ogólna większa liczba wypowiedzi osób zdrowych), a także częściej podawały więcej wypowiedzi nieadekwatnych niż wypowiedzi niekonwencjonalnych, niecodziennych ($FQ- > FQ_u$); częstsze więc u osób chorych było niepowodzenie w upodobnieniu plamy do czegoś niż zaznaczenie własnej indywidualności i oryginalności wyrażonej w FQ_u – i tutaj liczba wypowiedzi dana w całym badaniu nie wydaje się istotna. Ta właśnie cecha różni osoby chore od zdrowych (różnica ta zbliżała się do istotności). Należy zauważyć, że obie grupy nie różniły się między sobą ani procentem wypowiedzi dodatnich ($X+$ %), ani ujemnych ($X-$ %) w sytuacjach, gdy nie bierze się pod uwagę jedynie czystej formy.

Poziom formy bardziej różnicował badanych w odniesieniu do wypowiedzi determinowanych samym kształtem (bez dodatkowych determinant), i to spostrzeżenie można uznać za potwierdzające sposób myślenia i oceniania wypowiedzi zawarty w systemie Z. Piotrowskiego (Grzywak-Kaczyńska 2006). Ze względu na niewielką liczbę osób, których wypowiedzi poddano analizie, uzyskanych wyników nie można generalizować. Można jednak stwierdzić, że pacjenci w stanie remisji stosunkowo dobrze radzili sobie, wykonując test plam atramentowych. Aspekt percepcyjny wypowiedzi był jedynie w małym stopniu gorszy niż w grupie osób zdrowych. Chorzy jako grupa spełniali tylko jeden z 3 warunków związanych z percepcyjnym aspektem wypowiedzi (warunek 3: $FQ- > FQ_u$). Przetwarzanie informacji percepcyjnych w taki sposób, by znaleźć podobieństwo między plamą lub jej częścią a jakimś obiektem przebiegało niemal zadowolająco. Można jedynie powiedzieć, że osoby chore dawały mniej

wypowiedzi bardzo dobrych (FQ+) i typowych (FQ₀), a jednocześnie wykazały się mniejszą oryginalnością (FQ_u), wszystko to mogło się jednak łączyć z mniejszą liczbą wypowiedzi wygenerowanych przez osoby chore w całym badaniu. Mniejsza liczba wypowiedzi FQ_u mogła przyczynić się do tego, że relacja wypowiedzi FQ- i FQ_u wypadła u osób chorych na ich niekorzyść. Należy natomiast stwierdzić, że osoby chore miały wyraźne trudności z konceptualizacją, czyli z organizacją symboli i pojęć w taki sposób, by nadać plamom specyficzne znaczenia. Konceptualizacja zawarta jest w każdym procesie formowania i artykułowania odpowiedzi. Tutaj jednak pojęcie konceptualizacji ujęte jest nieco wężziej (Exner 2003, s. 399–400) – jako nadawanie bodźcom treści znaczących, ważnych dla badanych osób; istotne jest tu więc to, czy badani wprowadzą do swych wypowiedzi dynamikę, szczegóły, kontekst. Należy odróżnić pojęcie konceptualizacji od projekcji. J. E. Exner pojęcie projekcji rezerwuje do wyrażania osobistych problemów badanego. Projekcja często manifestuje się poprzez konceptualizację, ta ostatnia jednak jest zjawiskiem szerszym. Jeśli stwierdzimy np., że chore na schizofrenię kobiety często mówią o widzianych w plamach liściach i liście te są uschłe, zniszczone i spróchniałe (Hunca-Bednarska 2000), to należy przyjąć, że mówią o czymś dla siebie ważnym, ale jest to ich konceptualizacja, ich znaczenia nadawane światu, ale niekoniecznie odzwierciedlenie osobistych, jednostkowych problemów. Konceptualizacja jest procesem myślowym, który ulega zaburzeniu, gdy pojęcia stają się niejasne, zagęszczone, a sądy pozbawione logiki i poczucia rzeczywistości. Trudności w konceptualizacji ujęte we wskaźniku schizofrenii wyrażają się w sygnaturach specjalnych: zniekształceniach werbalizacji (DV), zniekształceniu wypowiedzi (DR), niedorzecznych zestawieniach (Incom), fantastycznych zestawieniach (Fabcom), kontaminacji (Contam), dziwacznej logice (Alog). W zgromadzonym w tej pracy materiale osoby chore istotnie częściej niż zdrowe wykazywały zaburzenia myślenia i częściej spełniały te warunki SCZI, które dotyczą tego aspektu wypowiedzi. Najwięcej istotnych różnic zaobserwowano między chorymi mężczyznami i chorymi kobietami. Chorzy mężczyźni byli istotnie „gorsi” od chorych kobiet zarówno w aspekcie percepcyjnym, jak i myślowym. Dawali więcej wypowiedzi nieadekwatnych do plam wówczas, gdy były one determinowane samą formą (FQ-), i mniej wypowiedzi adekwatnych (X+%). W grupie chorych mężczyzn istotnie częściej niż w grupie chorych kobiet występowały cechy świadczące o zniekształconej konceptualizacji (częściej pojawiały się sygnatury specjalne o wyraźnie patologicznym charakterze). Na pewno konieczne są dalsze badania nad SCZI na większej liczbie osób z użyciem ślepej próby. Wskazany byłby też dobór protokołów o tej samej liczbie wypowiedzi.

Na koniec należy uświadomić sobie, że uzyskane wyniki oparte są na wypowiedziach zebranych w szczególnych warunkach. W Teście H. Rorschacha zwracamy się do osoby badanej z pytaniem, „co to może być, do czego jest to podob-

ne?”, podczas gdy prezentowany bodziec jest jedynie plamą. Udowodniono, że umiejętność interpretowania obrazów, nawet w kulturach bogatych w obrazy, nie jest rzeczą prostą i kształtuje się wraz z rozwojem dziecka, nawet do 9–11 roku życia (Deręgowski 1990, s. 46; 1989, s. 60–61). Badania jednego z plemion Etiopii, koczowniczego i tylko sporadycznie kontaktującego się z ludźmi z kultur „obrazkowych”, pokazały, że rozpoznawanie na obrazku różnych przedmiotów, np. zwierząt, wymagało znacznego wysiłku percepcyjnego i często wiązało się z bardzo silnym stresem. Najczęstszą reakcją było wymienianie poszczególnych części ciała zwierząt, co nie zawsze prowadziło do adekwatnej syntezy (Deręgowski 1990). Należy zauważyć, że przy wykonywaniu Testu Rorschacha obserwuje się podobne zachowania, które określa się jako indukcyjną percepcję lub detal oligofreniczny (Leśniak 1994, s. 308; Grzywak-Kaczyńska 2006). Zachowania te najczęściej traktuje się jako przejaw trudności emocjonalnych. Bodźce w Teście H. Rorschacha charakteryzują się ponadto sprzecznymi wskaźnikami – stąd dodatkowy stres związany z koniecznością tolerowania elementów niespójnych: pomijanie tych cech, które przeszkadzają w utrzymaniu jednej hipotezy, a następnie ewentualne ich uwzględnianie przy wypowiedzi podtrzymującej inną hipotezę. Nieumiejętność selekcji cech może prowadzić do wypowiedzi w większym lub mniejszym stopniu kontaminowanych, np. „to może kobiety jakieś, z takimi pyszczkami, jakby dwa lisy” (Hunca-Bednarska 2002, s. 351). Niezależnie od wieloznaczności i nowości percepcyjnej sam wygląd plam (np. ich ciemny lub czerwony kolor) może być dodatkowym elementem podnoszącym poziom lęku. Wszystko to oznacza, że niedostatki percepcji i konceptualizacji, opisane w tej pracy, dotyczą sytuacji cechującej się niepewnością, wieloznacznością i napięciem emocjonalnym. Mimo że osoby chorujące na schizofrenię wykazują pewne deficyty nawet w tak konwencjonalnym i tradycyjnym badaniu jak badanie Testem Wechslera (Hunca-Bednarska 1997), możliwość zebrania materiału empirycznego nasyconego indywidualną, autentyczną pracą myśli badanych osób w nowej, nietypowej sytuacji bardziej uprawdopodobnia ujawnienie się patologii.

WNIOSKI

1. Różnica między osobami chorymi a zdrowymi dotycząca wysokości wskaźnika schizofrenii (SCZI) zbliżała się jedynie do istotności – możemy więc mówić o zarysowującej się tendencji do uzyskiwania wyższych SCZI w grupie osób chorych. Istotne różnice pojawiły się w odniesieniu do poszczególnych elementów wchodzących w skład wskaźnika. Elementy te dotyczyły zarówno percepcyjnego, jak i myślowego aspektu formowania wypowiedzi.

2. Grupa chorych kobiet i grupa kobiet zdrowych nie różniły się od siebie istotnie zarówno wielkością wskaźnika SCZI, jak i pod względem poszczególnych zmiennych wchodzących w skład wskaźnika.

3. Grupa chorych mężczyzn i grupa mężczyzn zdrowych różniły się między sobą istotnie zarówno pod względem wysokości wskaźnika schizofrenii SCZI, jak i pod względem niektórych jego zmiennych odnoszących się do percepcyjnego oraz myślowego aspektu formowania wypowiedzi. Grupa chorych mężczyzn różniła się istotnie od grupy chorych kobiet na swoją niekorzyść w wysokości wskaźnika SCZI i w wielu zmiennych dotyczących konceptualnego, jak i percepcyjnego aspektu formowania wypowiedzi.

4. Mimo uzyskanych różnic między grupą osób chorych i zdrowych uzyskiwane wartości SCZI pozwoliły jedynie w dwu indywidualnych przypadkach sugerować chorobę.

5. Potrzebne są dalsze badania na większej liczbie osób analizowanych w ślepej próbie i dobranych także według liczby wypowiedzi wygenerowanej w całym badaniu.

BIBLIOGRAFIA

- Borkowska A. (red.) (2005). *Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Deregowski J. B. (1990). *Oko i obraz. Studium psychologiczne*. Warszawa: PWN.
- Deregowski J. B. (1989). *Real space and represented space: cross-cultural perspectives*. „Behavioral and brain sciences”, 12, 51–119.
- Exner J. E. (1991). *The Rorschach. A Comprehensive System*. Volume 2. New York: John Wiley & Sons.
- Exner J. E. (2003). *The Rorschach. A Comprehensive System*. Volume 1. New York: John Wiley & Sons.
- Green M. F., Kern R. S., Robertson M. J., Sergi M. J., Ree K. S. (2000). *Relevance of neurocognitive deficits for functional outcome in schizophrenia*. W: T. Sharma, Ph. Harvey (red.), *Cognition in schizophrenia* (s. 178–192). New York: Oxford University Press.
- Grzywak-Kaczyńska M. (2006). *Podręcznik do metody Rorschacha*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Hunca-Bednarska A. (2000). *Znaczenia nadawane światu przez chorych na schizofrenię*. W: A. Grzywa, M. Masiak (red.), *Wieloaspektowe badania schizofrenii* (s. 147–167). Lublin: Katedra i Klinika Psychiatrii AM.
- Hunca-Bednarska A. (2006a). *Organizacja wypowiedzi uzyskanych podczas badania testem Hermannna Rorschacha w grupie osób chorych na schizofrenię oraz w grupie osób zdrowych*. W: *Badania nad schizofrenią* (s. 229–241). Lublin: Akademia Medyczna w Lublinie.
- Hunca-Bednarska A. (2006b). *Próba jakościowej analizy wypowiedzi dotyczących ludzi spostrzeganych na trzeciej tablicy testu Hermannna Rorschacha*. W: *Badania nad schizofrenią*. (s. 259–267). Lublin: Akademia Medyczna w Lublinie.
- Hunca-Bednarska A. (2002). *Wartość diagnostyczna niektórych kategorii wypowiedzi i percepcji pojawiających się podczas badania testem Rorschacha – cz. II*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 11, 349–356.
- Hunca-Bednarska A. (1997). *Skojarzenia werbalne w schizofrenii*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Kalla O. and others (2004). *Characteristics and comparison of First-Episode Psychotic Patients in Finland and Spain*. „Rorschachiana”, 26, 63–84.

- Leśniak F. L. (1994). *Perceptanaliza w perspektywie pozytywnej dezintegracji*. Warszawa: PTHP.
- Liliendfeld S. O., Wood J. M., Garb H. N. (2002). *Status naukowy technik projekcyjnych*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Mueser K. T. (2000). *Executive dysfunction in schizophrenia*. W: T. Sharma, Ph. Harvey (red.), *Cognition in schizophrenia*. (s. 157–177). New York: Oxford University Press.
- Nieznański M. (1999). *Ocena umiejętności nadawania i odbierania komunikatów u chorych na schizofrenię i ich matek*. „Psychiatria Polska”, 33, 3, 207–414.
- Palmer B. W., Heaton R. K. (2000). *Executive dysfunction in schizophrenia*. W: T. Sharma, Ph. Harvey (red.), *Cognition in schizophrenia*. (s. 51–72). New York: Oxford University Press.
- Paluchowski W. J. (1983). *Wybrane problemy psychodiagnostyki*. W: W. J. Paluchowski (red.), *Z zagadnień diagnostyki osobowości*. (s. 9–31). Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo PAN.
- Rabe-Jabłońska J., Kotlicka-Antczak M. (2001). *Teorie etiopatogenetyczne schizofrenii*. W: M. Jarema (red.), *Pierwszy epizod schizofrenii*. (s. 9–30). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Rapaport D., Gill M. M., Schafer R. (1975). *Diagnostic Psychological Testing*. New York: International Universities Press.
- Rybakowski J., Borkowska A. (2001). *Znaczenie zaburzeń czynności poznawczych w pierwszym epizodzie schizofrenii*. W: M. Jarema (red.), *Pierwszy epizod schizofrenii* (s. 56–66). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Stasiakiewicz M. (2004). *Test Rorschacha*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wciórka J. (2002). *Schizofrenia*. W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*. T. II (s. 213–298). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Weickert W., Goldberg F. E. (2000). *The course of cognitive impairment in patients with schizophrenia*. W: T. Sharma, Ph. Harvey (red.), *Cognition in schizophrenia*. (s. 3–5). New York: Oxford University Press.

SUMMARY

The analysis concern 30 reports on schizophrenic and 30 reports on healthy people. The subjects were grouped in pairs according to sex, age and level of education.

The SCZI was calculated and showed nearly significant difference between the two groups. Also the frequencies of individual variables contained by the SCZI were compared in both the groups and significant differences were obtained, especially in reference to conceptual aspects of the SCZI.

No significant differences between ill and healthy women were spotted whereas ill and healthy men differed substantially in every respect.

Ill men differed significantly from ill women.

The differences between ill women and ill men in terms of symptoms of pathology can be associated with longer period of illness in case of men but the influence of sex cannot be entirely excluded.