



## Wartość diagnostyczna niektórych kategorii wypowiedzi i perceptów pojawiających się podczas badania testem Rorschacha – część 1

*Diagnostic value of some response and percept categories that occur during the Rorschach testing – part 1*

ANNA HUNCA-BEDNARSKA

Z Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie

**STRESZCZENIE.** Za pomocą metody Rorschacha przebadano 75 osób chorych na schizofrenię paranoidalną lub prostą oraz 63 osoby zdrowe. Porównano częstość występowania w obu grupach czterech tzw. „szczególnych znaków: fragmentaryzacji perceptów (Frgm), opisywania rozmiarów perceptów (size), wydawania sądów emocjonalnych (EmJ) oraz wnioskowania przez indukcję (IndP). Osoby chore na schizofrenię istotnie częściej generowały wypowiedzi z wyrażoną fragmentaryzacją perceptów; co więcej, wypowiedzi tego typu cechowały się u osób chorych znacznie większym stopniem „dramatyzmu” czy też drastyczności. Fakty te próbowano interpretować jako ekspresję procesów rozpadu osobowości. Pozostałe „znaki” nie różnicowały grupy eksperymentalnej od grupy kontrolnej, a ich współwystępowanie ze zdrowiem lub chorobą było często zależne od tablicy testu, w odpowiedzi na którą były generowane, a także od płci badanych osób. Szczególnie interesujące wydaje się to, że niekiedy te pozostałe trzy „znaki” skojarzone bywały raczej ze zdrowiem niż z chorobą. W literaturze dotyczącej testu Rorschacha występowanie wszystkich czterech „szczególnych znaków” uważa się za związane z patologią. Wydaje się więc konieczna rewizja poglądów dotyczących takich „znaków” jak „size”, „EmJ” oraz „IndP” i dalsze szczegółowe badania w tym zakresie.

**SUMMARY.** The Rorschach method was used to assess 75 patients with paranoid or simple schizophrenia and 63 healthy persons. The two groups were compared in terms of frequency of the so-called “particular signs”: fragmentation of precepts (Frgm), describing their size (size), emotional judgments (EmJ), and inductive reasoning (IndP). Schizophrenic patients significantly more often produced responses with expressed fragmentation of precepts; moreover, their responses were markedly more “dramatic” or drastic. These findings were interpreted as a manifestation of personality disintegration processes. The remaining “signs” did not differentiate between the experimental and control group, and their co-occurrence with mental health or illness was often dependent on the plate of the test in response to which they had been produced, as well as on the respondent’s sex. It seems especially interesting that the remaining three “signs” were sometimes associated with health rather than illness. In the literature on the Rorschach test the presence of all the four “particular signs” is considered to be associated with pathology. Thus, not only a revision of views concerning such “signs” as “size”, “EmJ” and “IndP” seems necessary, but also further more detailed research in this area.

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / test Rorschacha / zaburzenia myślenia / emocjonalność

**Key words:** schizophrenia / Rorschach test / thinking disorders / affectivity

---

Test plam atramentowych H. Rorschacha należy do testów projekcyjnych, a więc takich, w których zakłada się, że wobec wieloznaczności eksponowanych osobie badanej bodźców, nie może uniknąć ona projektowania własnego wnętrza, własnej psychiki na interpretowany przez siebie zewnętrzny materiał. Wieloznaczność bodźców i ogólność podanej instrukcji („Do czego jest to podobne?”, „Co możesz zobaczyć w tej plamie?”) czyni z metody Rorschacha inspirowane i płodne narzędzie służące diagnozowaniu procesu schizofrenicznego. Przydatność testu Rorschacha w diagnostyce schizofrenii jednak ciągle jeszcze wymaga weryfikacji [16], bowiem uzyskane dane, jak zwykle przy badaniu tej choroby, często są niejednoznaczne, niespecyficzne, zależne od etapu choroby oraz jej postaci, a co nawet ważniejsze, samo rozpoznanie poszczególnych typów i cech wypowiedzi nie zawsze jest łatwe i jednoznaczne.

Jednak nawet krytycznie nastawieni do testów projekcyjnych badacze przyznają, że tablice Rorschacha stanowią dobre narzędzie do rozpoznawania tych stanów patologicznych, które charakteryzują się dezorganizacją myślenia [6]. Obecny stan wiedzy wskazuje niezbicie na istnienie deficytów poznawczych u chorych na schizofrenię, choć u niektórych chorych mogą być one subtelne oraz ograniczone do pamięci operacyjnej i uwagi oraz tzw. funkcji wykonawczych (*executive skills*) [7, 14]. Polecenie zinterpretowania nigdy dotąd nie widzianych plam, które pozbawione są naturalnych kontekstów i konwencji stwarza nie tylko nową sytuację, ale również taką, w której trudno skompensować własne deficyty poznawcze za pomocą utrwalonej wiedzy czy nawyków; stosunkowo niewielkie niedomogi w funkcjonowaniu poznawczym mogą więc podczas badania testem Rorschacha ujawnić się wyraziście i wcześniej niż za pomocą innych metod. Sytuacja, w jakiej znajduje się osoba badana testem Rorschacha oczywiście nie tylko sprzyja ujawnianiu się patologii my-

ślenia, ale patologii całej psychiki. Teoretyczne odniesienia przedstawianej tu pracy – to te wszystkie koncepcje funkcjonowania człowieka, które wykorzystują pojęcie projekcji, a także zasady myślenia hermeneutycznego [10, 15].

Termin „percept” propaguje Leśniak, aby podkreślić, że to, co badany widzi w plamie nie jest spostrzeżeniem. „Spostrzeżenie” dotyczy tego, co rzeczywiście istnieje, „percept” oznacza natomiast to, co badany rzutuje na tablicę. „Percept jest więc rezultatem percepcji, w której wyobrażenia badanego ukierunkowana przez wiele czynników jego osobowości (...) i stymulowana przez daną plamę, sprawia, iż widzi on to, co widzi” [5, s. 181]. To, co osoba badana widzi w plamie jest znaczeniem, jakie nadaje ona niesprecyzowanym bodźcom testowym. Istotnym problemem jest rozstrzygnięcie, co w analizie materiału treściowego odgrywa ważniejszą rolę: percept czy jego werbalizacja. Chociaż w teście Rorschacha analizowane jest w zasadzie to, co badany widzi w plamie, to jednak określenie słowne stanowi niejako udokumentowanie, uwiarygodnienie perceptu [8]. Istotne jest znaczenie nadane plamie i wyrażone w języku. Podczas badania testem Rorschacha czasem pojawiają się wypowiedzi niecałkowicie zakotwiczone w plamie, albo zupełnie swobodne – stąd w tytule pracy użyto dwóch równoznacznych terminów: wypowiedź oraz percept.

Wobec ogromu informacji, jakie uzyskujemy w badaniu testem Rorschacha, można przyjąć kilka postaw badawczych. Większość autorów koncentruje się na obowiązujących przy opracowywaniu wyników badania podręcznikowych sygnaturach dotyczących wypowiedzi, a więc na poszczególnych cechach czy aspektach wypowiedzi i porównuje częstość występowania poszczególnych sygnatur w różnych grupach diagnostycznych. Analizuje się, jakiego obszaru plamy dotyczą wypowiedzi badanych osób, jaka jest determinanta perceptów i ich adekwatność do plamy, a także jaka jest częstość

występowania poszczególnych kategorii treściowych [1, 12, 13, 16]. W tego typu badaniach nierzadko uwzględnia się też niektóre dodatkowe cechy wypowiedzi badanych (np. fragmentaryzację perceptów, absurdalność wypowiedzi, perseweracje itp.). Te dodatkowe cechy reagowania badanych w przypadku schizofrenii stwarzają wrażenie specyficznej „aury” [3], ale nie w każdym przypadku są one jasno sprecyzowane i rzadko poddawane systematycznej, empirycznej weryfikacji, a jeszcze rzadziej wyłuskiwane z protokołów badania ludzi zdrowych. Przy diagnostycznej ocenie wyników testu Rorschacha można posługiwać się też pewnymi wskaźnikami liczbowymi [2]. Interesującą skalę zaburzeń myślenia opracował Holzman [11]. Stanowi ona wnikliwą próbę objęcia wszystkich nieprawidłowości reagowania na tablice Rorschacha od prostego wyrażania własnej niepewności do rozkojarzenia i neologizmów. Co więcej, zaproponowany wykaz patologii może być uzupełniany w miarę dalszych badań rozszerzających bazę danych empirycznych [11]. W literaturze polskiej znane są wskaźniki opracowane przez Piotrowskiego [9] dzięki popularyzacji w pracach Leśniaka [5] i empirycznej weryfikacji w pracy Szafrąca [12, 13]. Są to: wskaźnik alfa\* i wskaźnik oparty na czterech „szczególnych znakach” (określenie rozmiaru perceptu, wydawanie sądów emocjonalnych, wypowiedzi sugerujące różnego rodzaju fragmentaryzację oraz stopniowe, indukcyjne budowanie perceptu).

Nieco innym podejściem do materiału zebranego podczas badania tablicami Rorschacha jest próba zrozumienia nie tylko mechanizmu, istoty danego typu wypowiedzi, ale także jej ekspresji, głębszego sensu jaki się w niej wyraża [4]. Takie podejście prowadzi do myślenia w istocie swej her-

meneutycznego i będzie rozwinięte w drugiej części pracy.

## CEL PRACY

Celem tej pracy jest weryfikacja częstości występowania czterech „szczególnych znaków” w grupie osób chorych na schizofrenię. W materiale zebranym przez Szafrąca [13] porównywano dwie podgrupy chorych. Stwierdzono częstsze występowanie fragmentaryzacji („Frgm”) oraz określeń dotyczących rozmiaru perceptu („size”) u chorych, którzy nie poddawali się formule alfa i u których choroba była bardziej zaawansowana. „Frgm” i „size” nie okazały się więc typowe dla hipoktywnych postaci schizofrenii i dla wczesnych faz choroby. Dane te można interpretować w ten sposób, że wraz z trwaniem choroby zaczynają pojawiać się treści niekonwencjonalne i nietypowe, czemu towarzyszy osłabienie i rozluźnienie mechanizmów obrony psychologicznej [13, s. 102-108]. Częstość występowania wypowiedzi typu percepcja indukcyjna („IndP”) oraz sądy emocjonalne („EmJ”) była bardzo mała i nie różnicowała obu badanych podgrup chorych.

Relacja zachodząca między wskaźnikiem alfa a liczbowym wskaźnikiem „szczególnych znaków” wydaje się skomplikowana i niejasna. Piotrowski [5] czyni zastrzeżenie, że interpretacja „szczególnych znaków” ma znaczenie kliniczne jedynie przy wartościach wskaźnika alfa zawartych między trzema a sześcioma punktami, a więc wyniki uzyskane przez Szafrąca przeczą tym ustaleniom. Celem niniejszego opracowania jednak nie jest analiza relacji między obydwoma wskaźnikami patologii, lecz porównanie częstości występowania „czterech znaków” w grupie osób chorych na schizofrenię oraz w grupie osób zdrowych. Takiego bowiem, podstawowego porównania nie opisano w literaturze.

\* Wskaźnik alfa jest to liczbową wartość wyliczoną na podstawie liczebności występowania niektórych sygnatur perceptów wskazywanych przez badanego.

## OSOBY BADANE I METODA

Za pomocą tablic Rorschacha przebadano 33 kobiety i 42 mężczyzn chorych na schizofrenię paranoidalną lub prostą oraz 31 kobiet i 32 mężczyzn zdrowych. Średni wiek kobiet chorych wynosił 28,8 lat, a średni wiek kobiet zdrowych 25,5 lat. Średni wiek chorych mężczyzn wynosił 24,7 lat, zaś średni wiek mężczyzn zdrowych 26,5 lat.

17 chorych kobiet miało wykształcenie wyższe niż średnie, 15 wykształcenie średnie (ukończone lub nie), a 1 kobieta miała wykształcenie zawodowe. Wśród kobiet zdrowych 18 miało wykształcenie wyższe niż średnie, 12 średnie (ukończone lub nie), a 1 kobieta miała wykształcenie zawodowe.

W grupie chorych mężczyzn wykształcenie wyższe niż średnie miało 25 osób, wykształcenie średnie pełne lub niepełne 12 osób, 4 osoby miały wykształcenie zawodowe, a 1 wykształcenie podstawowe. Grupa mężczyzn zdrowych składała się z 21 osób z wykształceniem wyższym niż średnie, 7 osób z wykształceniem średnim lub niepełnym średnim oraz 4 osób z wykształceniem zawodowym.

Czas choroby wahał się od niespełna roku do 10–12 lat. Średni czas choroby dla kobiet wynosił 4,1 lat, a dla mężczyzn 5,4 lat. Za kryterium zdrowia przyjęto brak leczenia psychiatrycznego, dobre funkcjonowanie w pracy lub w szkole oraz brak poważniejszych problemów psychologicznych. Za kryterium choroby przyjęto diagnozę lekarską. Z badań eliminowano wszystkie osoby sprawiające trudności diagnostyczne, osoby z podejrzeniem uszkodzenia o.u.n. oraz uzależnione od środków psychoaktywnych. Osoby chore badano na kilka dni przed wypisaniem ze szpitala, gdy znajdowały się praktycznie w stanie remisji.

Wszyscy badani zostali poinformowani o wyłącznym celu naukowym badania i wyrazili na nie zgodę. Tym osobom, które były zainteresowane wynikami badania proponowano rozmowę w oparciu o ich wypowiedzi

zebrane podczas badania testem. Badania przeprowadzono w Klinice Psychiatrii AM w Lublinie w latach 1997–1999.

Analizowano protokoły z badania pod względem występowania określonego typu wypowiedzi i perceptów, a mianowicie: „size”, „EmJ”, „Frgm”, „IndP”. Wszystkie te cztery typy wypowiedzi i perceptów w literaturze określa się terminem „znaki szczególne”.

Za wypowiedzi „size” uznaje się takie, w których osoba badana określa rozmiary swego perceptu posługując się przymiotnikiem w stopniu równym, np.

1. „dwa gnomy, jakby one coś tam trzymały, jakby jakiegoś wielkiego żuka, pół żuk, pół osa” – Tab. I (chora kobieta),
2. „tak jakby malutka wieża była” – Tab. II (chora kobieta),
3. „dwa walczące zwierzaki, potężne, duże” – Tab. II (zdrowa kobieta),
4. „skóra z niedźwiedzia, rzut z góry, część głowy i ogon i takie wielkie łapy” – Tab. IV (chory mężczyzna).

Do kategorii tej nie zaliczono wypowiedzi sugerujących wielkość pośrednio, np. „olbrzym”, „spasiony”, „barczysty” ani określeń dotyczących siły lub słabości percepowanych postaci. Do kategorii „size” zaliczono natomiast wypowiedzi z określeniami: „w zmniejszeniu”, „w powiększeniu”, „w zbliżeniu”. Tego typu wypowiedzi, choć nieliczne, występowały jedynie w grupie osób chorych. A oto przykłady tego typu wypowiedzi:

5. „może do jakiegoś owada, w dużym zbliżeniu, tu oczy, tu czułki, raczej złośliwy ten owad” – Tab. I (chora kobieta),
6. „nietoperz, ale zmniejszony, bo nietoperze są większe” – Tab. IV (chora kobieta).

Jako wypowiedzi „EmJ” traktowano wszystkie komentarze o zabarwieniu emocjonalnym dotyczące danego perceptu lub spostrzeganej plamy, np.:

1. „pudełek, a tu jego ogonek, taki długi, merda ogonkiem, cieszy się” – Tab. IV (zdrowa kobieta),
2. „ten jest piękny, bo jest czysty, bo jest dużo bieli” – Tab. VII (chora kobieta) (jest to komentarz do wyglądu całej tablicy VII),
3. „a tutaj to już zupełnie jakaś ekspresja dziwna” Tab. VII (chory mężczyzna) (komentarz do wyglądu całej Tab. VII),
4. „główka pudelka, trochę upiornego” – Tab. VIII (zdrowa kobieta),
5. „postacie odwrócone, ręce złożone, sukienki, stroje żeńskie lub nijakie, uwiecznione i płaczą” – Tab. VIII (chora kobieta).

Jako wypowiedzi „IndP” traktuje się wypowiedzi dotyczące perceptów, które są budowane jakby stopniowo. Osoba badana na-przód spostrzega i wymienia części perceptu i albo zatrzymuje się na tym etapie, albo dochodzi do całego perceptu i wymienia jego nazwę, np.:

1. „oczy, nos, bokobrody, był taki mężczyzna w moim życiu” – Tab. I (chora kobieta),
2. „tu jakby oczy mrówki, głowa mrówki” – Tab. III (chory mężczyzna),
3. „to jakaś głowa, postać, jakiegoś ciała, dwie postacie do siebie odwrócone” – Tab. VII (zdrowy mężczyzna),
4. „wąsy kota, ale kota ... nie wiem, jakby sierść, uszy, ale samego kota nie widzę, tylko jego elementy, jakby potargany był” – Tab. VI (chora kobieta),
5. „głowa Hindusa czarownika, gałąź, on stoi i patrzy, na czymś podparty” – Tab. III (chory mężczyzna).

Jako fragmentaryzację („Frgm”) traktowano wszystkie wypowiedzi, które opisywały perceptu rzeczy niekompletnych, porzyrywanych, oddzielonych, poszarpanych, np.:

1. „owad, poszarpane skrzydła” – Tab. I (chora kobieta),
2. „jakby ktoś coś chciał schować w tej płamie, tylko nie wiem co, głowa, tułów, kawałek ręki, kawałek nóg, młodej ko-

biety prawdopodobnie” – Tab. II (chora kobieta),

3. „rozerwana skóra lisa, tak jakby to mówiło właśnie zagładę dla zwierząt” – Tab. IV (chora kobieta),
4. „ręce, odcięte człowiekowi i złączone ze sobą” – Tab. VII (chory mężczyzna),
5. „korpus męski bez głowy, kamizelka, elegancki żabot, na jakiś bal, bo kolorowo ubrany i do pasa, jakby chciał do ludzi, a go nie chcą” – Tab. VIII (chora kobieta),
6. „fragment kwiatu, przecięty na pół, żeby zajrzeć do środka” – Tab. X (zdrowa kobieta).

Jedna i ta sama wypowiedź mogła być kilkakrotnie wybierana do analiz, jeśli występował w niej więcej niż jeden z czterech „szczególnych znaków”.

## WYNIKI

Liczebności wypowiedzi na poszczególne tablice testu nie różniły się istotnie w grupie osób chorych i w grupie osób zdrowych z wyjątkiem tablicy X. Globalna liczba wypowiedzi uzyskana podczas całego badania nie różniła się w obu badanych grupach istotnie ( $t=1,172$ ,  $df=136$ ,  $istotność=0,243$ ), dlatego też do obliczeń statystycznych zastosowano test U Manna-Whitneya na nieważonych wartościach.

Wbrew oczekiwaniom nie ujawniły się istotne różnice w częstości występowania czterech „szczególnych znaków” w obu badanych grupach z wyjątkiem „Frgm”. Przy uwzględnieniu wypowiedzi w odniesieniu do poszczególnych tablic testu ujawniły się też istotne różnice w reagowaniu wypowiedziami typu „EmJ”, „size”, a także zaznaczyła się istotna różnica w ogólnej liczbie wypowiedzi w reakcji na Tablicę X. Odpowiednie informacje zawiera tabl. 1.

Wynika z nich, że obie badane grupy różniły się istotnie pod względem generowania wypowiedzi typu „Frgm” (przy uwzględnieniu wszystkich tablic testu), przy

Tablica 1. Istotność różnic dotycząca niektórych badanych zmiennych w grupie osób chorych na schizofrenię oraz w grupie osób zdrowych

Badana zmienna	U Manna-Whitneya	Z	Istotność asymptotyczna (dwustronna)
Frgm – Tab. I–X	1914,500	-2,155	0,031*
Size – Tab. VIII	2105,000	-1,984	0,047*
EmJ – Tab. I	2049,000	-2,002	0,045*
Liczba wypowiedzi – Tab. X	1661,500	-3,024	0,002**

\*  $p < ,05$

\*\*  $p < ,005$

czym osoby chore udzielały więcej wypowiedzi „Frgm”. Wypowiedzi typu „size”, „EmJ” i „IndP” okazały się niespecyficzne dla osób chorych. Globalne liczebności tych wypowiedzi były nawet nieco wyższe w grupie osób zdrowych. Co więcej, to osoby zdrowe istotnie częściej dawały wypowiedzi typu „size”, reagując na Tab. VIII i istotnie częściej wypowiadały sądy emocjonalne w odpowiedzi na Tab. I. Osoby chore na schizofrenię generowały istotnie mniej wypowiedzi w reakcji na Tab. X.

Kobiety zdrowe udzielały istotnie więcej wypowiedzi „size” reagując na Tab. VIII (U Manna-Whitneya=408,0;  $Z=2,053$ ;  $p=0,04$ ) i więcej „EmJ” interpretując Tab. II (U Manna-Whitneya=411,5;  $Z=2,345$ ;  $p=0,019$ ) w porównaniu z kobietami zdrowymi. Zdrowi mężczyźni generowali więcej wypowiedzi

„size” niż mężczyźni chorzy reagując na Tab. IX (U Manna-Whitneya=557,0;  $Z=2,216$ ;  $p=0,027$ ) i więcej sądów emocjonalnych w odpowiedzi na Tab. IV (U Manna-Whitneya=530,0;  $Z=2,028$ ;  $p=0,043$ ).

Analiza wariancji jednej zmiennej (UNIANOVA) wykazała, że płeć badanych osób istotnie wpływała na częstość pojawiania się wypowiedzi „size” w odpowiedzi na Tab. VI i Tab. VIII oraz „EmJ” w odpowiedzi na Tab. X. Stan zdrowia istotnie wpływał na częstość wypowiedzi „size” generowanych w odpowiedzi na Tab. VIII oraz na globalną liczbę wypowiedzi na Tab. X. Interakcja płci i stanu zdrowia zaś była istotnym źródłem zmienności przy generowaniu wypowiedzi „size” jako reakcji na Tab. IX oraz „EmJ” jako reakcji na Tab. IV. Odpowiednie informacje zawiera tablica 2.

Tablica 2. Istotność wpływu zmiennych niezależnych na zmienność niektórych zmiennych zależnych

Zmienne niezależne	Zmienne zależne	df	F	Istotność
Płeć	liczba wypowiedzi „size” - Tab. VIII	1	6,861	0,010*
	liczba wypowiedzi „size” - Tab. VI	1	5,159	0,025*
	liczba wypowiedzi „EmJ” - Tab. X	1	4,236	0,042*
Stan zdrowia	liczba wypowiedzi „size” - Tab. VIII	1	4,532	0,035*
	globalna liczba wypowiedzi - Tab. X	1	8,813	0,004**
Interakcja płci i stanu zdrowia	liczba wypowiedzi „size” - Tab. IX	1	6,500	0,012*
	liczba „EmJ” - Tab. IV	1	4,770	0,031*

\*  $p < ,05$

\*\*  $p < ,005$

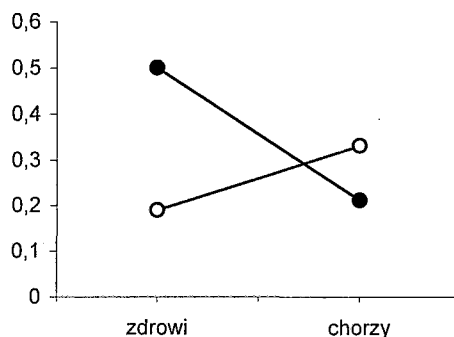
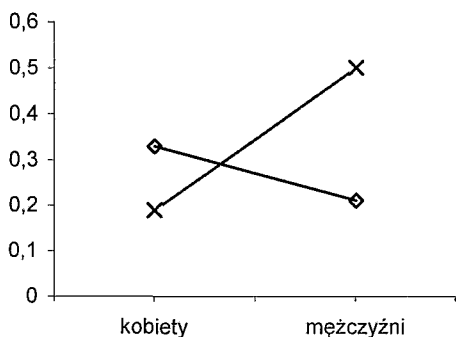
Kierunek zmian był taki, że to kobiety, jeśli pozostawały zdrowe, były bardziej skłonne do generowania wypowiedzi „size” w odpowiedzi na Tab. VIII oraz mniej skłonne do takiego reagowania na Tab. VI.

Niezależnie od stanu zdrowia, mężczyźni wraz z kobietami chorymi częściej dawali tego typu wypowiedzi („size”) w odpowiedzi na Tab. VI. Tab. IX okazała się bodźcem, który stymulował wypowiedzi „size”

głównie u osób chorych, zwłaszcza, gdy byli mężczyznami. „EmJ” wydane w reakcji na Tab. X były bardziej typowe dla osób zdrowych i mężczyzn, mężczyźni byli też najbardziej skłonni do wydawania „EmJ” w odpowiedzi na Tab. VI. Wszyscy chorzy, niezależnie od płci dawali mniejszą liczbę wszystkich wypowiedzi w odpowiedzi na Tab. X. Wpływ interakcji płci i stanu zdro-

wia na reakcje badanych zilustrowano na wykresie 1 i 2. Wykres 1 ukazuje, że mężczyzna, jeśli jest zdrowy, będzie najbardziej skłonny z całej badanej grupy do reagowania „EmJ” w odpowiedzi na Tab. IV. Natomiast wykres 2 pokazuje, że to mężczyzna, jeśli jest zdrowy, będzie najbardziej skłonny z całej badanej grupy do reagowania typu „size” w odpowiedzi na Tab. IX

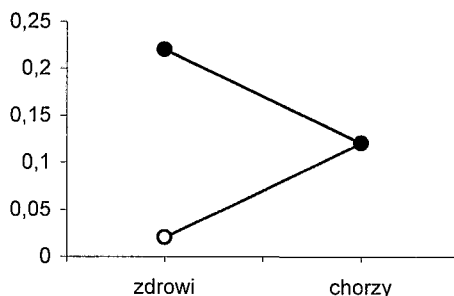
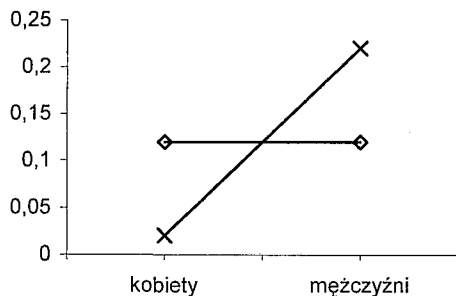
Wykres 1. Wpływ interakcji płci i stanu zdrowia na wydawanie sądów emocjonalnych („EmJ”) jako reakcji na Tab. IV



kobiety	zdrowe	0,19
	chore	0,33
mężczyźni	zdrowi	0,5
	chorzy	0,21

kobiety ◊      zdrowi x  
mężczyźni ●      chorzy ◊

Wykres 2. Wpływ interakcji płci i stanu zdrowia na częstość wypowiedzi typu „size” jako reakcji na Tab. IX



kobiety	zdrowe	0,02
	chore	0,12
mężczyźni	zdrowi	0,22
	chorzy	0,12

kobiety ◊      zdrowi x  
mężczyźni ●      chorzy ◊

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Przedstawione w tej pracy wyniki można uznać jedynie za pilotażowe. Głównym mankamentem przeprowadzonego badania jest to, że występowanie „szczególnych znaków” oceniane było przez jedną osobę, a nie przez kompetentnych sędziów nie znających rozpoznania badanych osób. Ponadto, wyniki podane w pracy oparte są na prostym zliczaniu – czy w danej wypowiedzi ujawnił się dany „znak”, czy też nie. Przegląd wypowiedzi badanych osób wskazuje natomiast na potrzebę zastosowania jakiejś oceny liczbowej wyrażającej stopień zmanifestowania się danego „znaku”.

Lecz prawdopodobny wydaje się wniosek, że samo pojawienie się „szczególnych znaków” nie jest prostym wykładnikiem patologii. Ważną rolę odgrywa płeć badanych osób: sposób reagowania czasami może być zupełnie odmienny w zależności od tego, czy osoba, która zachorowała, jest kobietą czy mężczyzną. Co więcej, to właśnie pozostawanie zdrowym wiąże niekiedy się ze sposobem reagowania uznanym za patologiczny. Drugi ważny wniosek dotyczy samej natury testu Rorschacha. Mianowicie wydaje się, że poszczególne tablice należy traktować jako odrębne bodźce o własnej specyfice. Fakt ten jest ogólnie znany w literaturze – poszczególnym tablicom przypisuje się różną „moc” wywoływania różnego rodzaju emocji, a także różną trudność, jaką sprawiają interpretującym. Materiał zebrany w tej pracy sugeruje jednak coś więcej, a mianowicie, że jeden i ten sam formalny aspekt reakcji w odniesieniu do jednych tablic potwierdza patologię, a w odniesieniu do innych wydaje się współistnieć ze zdrowiem. Procentowe układy „szczególnych znaków” w stosunku do wszystkich wypowiedzi uzyskanych w badaniu były podobne do tych, które uzyskano w poprzednim badaniu [13], z tym, że procenty w niniejszym badaniu były niższe od i tak niewysokich uzyskanych

w pierwszej pracy (z wyjątkiem „EmJ”). Dramatycznie niższy był procent wypowiedzi z fragmentaryzacją („Frgm”) (3,55% dla grupy osób chorych i 1,59% dla zdrowych). Fakt ten należy prawdopodobnie łączyć z różnicami dotyczącymi środowiska i wykształcenia badanych osób. W pracy Szafranca były badane osoby (jedynie chore) pochodzące głównie ze wsi i z niższym wykształceniem, podczas gdy w niniejszym opracowaniu badano osoby zamieszkałe przeważnie w mieście, które miały najczęściej wyższe lub średnie wykształcenie. Przeprowadzone badania oddziela również przedział kilkunastu lat. Mimo, iż procent wypowiedzi z „Frgm” był o wiele niższy, to właśnie ta cecha wypowiedzi była jedyną, która różnicowała obie badane grupy w odniesieniu do wszystkich tablic testu wziętych globalnie. Nasuwa się wniosek, że fragmentaryzacja wyrażona w wypowiedziach stanowi najbardziej specyficzną i niezależną od wpływów kulturowych cechę schizofrenii.

Interpretację „Frgm” należy łączyć z rozpadem osobowości, dysocjacją poszczególnych elementów psychiki u osób chorych. Występowanie niewielkiego procentu „patologii” w grupie osób zdrowych należy uznać za normę – fakt ten koresponduje z podobnymi wynikami uzyskanymi w badaniach amerykańskich [11]. Wydaje się jednak, że stopień „dramatyzmu” wypowiedzi u osób chorych był wyższy. Jedynie u osób chorych pojawiły się wypowiedzi, w których opis żywych postaci łączony był z wypowiedziami anatomicznymi. Wypowiedzi tych nie traktowano jako kontaminacji, ponieważ w przeciwieństwie do podobnych wypowiedzi opisanych przez Piotrowskiego [9, s. 76] wypowiedzi te wyraźnie odnosiły się do poprawnie sformułowanego na poziomie werbalnym obiektu, a treści anatomiczne były „logicznie” wplecione w całość perceptu. Przykładem niech będzie wypowiedź chorej kobiety podana w odniesieniu do Tab. VIII: „rycerz, zbroja, hełm, napar-



śnica, a tu prześwietlenie jego i miednica, i łyse kości, i pewnie genitalia się zarysowują, tylko jakby ucięte”, a także wypowiedź innej chorej interpretującej Tab. IV: „to jest jakby ptak jakiś, który przedstawia takiego stwora, ręce ma, nogi, wystawiony ogon, wewnętrzności tu widać, widać narządy tego stwora troszeczkę” i wypowiedź chorego mężczyzny także odnośnie Tab. IV: „monstrum, potwór, cały kręgosłup tej postaci widać”. Przytoczone tu wypowiedzi przypominają niektóre obrazy Beksińskiego. Czy oznacza to, że odzwierciedlają nastroje z Apokalipsy? Czy też raczej są one wyrazem borykania się z problemem granic własnego ciała, przenikania się dwu światów: zewnętrznego i wewnętrznego?

Wypowiedzi z „size” można interpretować za Szafranem jako wyraz fascynacji płamą, jako pośrednio wyrażony emocjonalny stosunek do własnych projekcji [13, s. 92]. Można zastanowić się jednak, czy jest to tylko okazja do ujawnienia emocji, czy też raczej wynik osłabionej kontroli emocjonalnej, skrócenie dystansu między bodźcem a interpretującą go osobą. Być może mamy tu jednocześnie do czynienia ze zjawiskiem deficytu poznawczego. Szczególnie interesujące w tym kontekście są sformułowania „w zmniejszeniu”, „w powiększeniu”, które zaobserwowano jedynie w grupie osób chorych. Chorzy zachowują się tu tak, jakby zapomnieli, że bardzo nieliczne percepty mogą odpowiadać rozmiarom rzeczywistym obiektom. A więc chorzy jakby „wypadają z gry”, zapominają o obowiązującej konwencji i przyjmują na chwilę postawę nacechowaną konkretyzmem. Na przykład chora kobieta interpretując Tab. IV mówi: „nietoperz, ale zmniejszony, bo nietoperze są większe”, a następnie mówi, że jest to zasuszony komar i nie ma już zastrzeżeń co do wielkości swego perceptu, choć plama jest wielokrotnie większa od rzeczywistego komara (i dysproporcja między perceptem a plamą jest tu większa niż w poprzedniej wypowiedzi). Podobna jest wypowiedź chorego mężczyzny, tutaj

jednak pacjent wykazuje zupełną bez troskę w odniesieniu do wielkości perceptu, bez troskę, która czyni wypowiedź nieco absurdalną: „widok dziwnego, bardzo dziwnego ptaka, rzut z góry w czasie lotu, może z tym, że naprawdę dziwny ptak, z epoki dinozaurów, taki zeschnięty, raczej w jakimś klasersze” (Tab. IV). Trudno wyobrazić sobie ptaka z epoki dinozaurów o rozmiarach znaczka pocztowego, nawet jeśli byłby wysuszony\*. A więc wypowiedzi typu „size”, choć w odniesieniu do wszystkich tablic testu nie różnicowały obu badanych grup, wydają się interesującym przedmiotem dokładniejszych analiz.

Wypowiedzi „IndP” i „EmJ” nie różnicowały obu badanych grup.

Wyjaśnienia wymaga mniejsza liczba wypowiedzi na Tab. X u osób chorych. Być może jest to związane z tym, że pod koniec badania, gdy narasta zmęczenie, osoby chore zmuszone są do konfrontacji z plamą, która przez swe rozczłonkowanie może kojarzyć się z sytuacją chorej psychiki.

## WNIOSKI

1. Z czterech „szczególnych znaków” uznanych w literaturze za objaw patologii, jedynie fragmentaryzacja wyrażona w wypowiedziach badanych osób okazała się swoista dla schizofrenii w porównaniu z osobami zdrowymi.
2. Występowanie wypowiedzi z „size” oraz wydawanie sądów emocjonalnych („EmJ”) w odniesieniu do niektórych tablic testu łączyło się raczej ze zdrowiem, a nie chorobą i było dodatkowo uzależnione od płci badanych osób.
3. Poszczególne tablice testu Rorschacha wydają się różnić nie tylko pod względem ich trudności i wyrazu emocjonal-

\* Percepty czegoś zaszuszonego lub zamarzniętego, często pojawiające się wśród chorych osób czekają na swoją interpretację – korespondują one z perceptami martwych liści [4].

- nego, ale również pod względem tego, czy jedne i te same formalne cechy wypowiedzi interpretujących je osób łączą się ze zdrowiem, czy z chorobą.
4. Występowanie czterech „szczególnych znaków” powinno być poddane wnikliwej, głównie jakościowej analizie.

## PIŚMIENNICTWO

1. Basińska M, Rybakowski J. Test Rorschacha a objawy pozytywne i negatywne schizofrenii. *Psychiatr Pol* 1991; 25 (5): 16-22.
2. Drat-Ruszczak K. Użyteczność metod projekcyjnych w diagnozie schizofrenii. *Psychiatr Pol* 1988; 22 (1): 54-64.
3. Grzywak-Kaczyńska M. Podręcznik do metody Rorschacha. Warszawa: PZWL; 1967.
4. Hunca-Bednarska A. Znaczenia nadawane światu przez chorych na schizofrenię. W: Grzywa A, Masiak M, red. *Wieloaspektowe badania schizofrenii*. Lublin: Katedra i Klinika Psychiatrii AM w Lublinie; 1999.
5. Leśniak FL. Perceptoanaliza w perspektywie pozytywnej dezintegracji. Warszawa: PTHP; 1994.
6. Lilienfeld SO, Wood JM, Garb HN. The Scientific status of Projective Techniques. *Psychological Science Publ Interest* 2000; 1 (2): 27-66.
7. Palmer BW, Heaton RK. Executive dysfunction in schizophrenia. W: Sharma T, Harvey Ph, red. *Cognition in schizophrenia*. New York: Oxford University Press; 2000.
8. Paluchowski WJ. Teoretyczna analiza i diagnostyczne znaczenie metody H. Rorschacha. W: Paluchowski WJ, red. *Z zagadnień diagnostyki osobowości*. Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo PAN; 1983.
9. Piotrowski ZA. *Perceptanalysis*. Philadelphia: Ex Libris; 1979.
10. Sęk H. *Metody projekcyjne. Tradycja i współczesność*. Poznań: Wyd Naukowe UAM; 1984.
11. Solovay MR, Shenton ME, Holzman PS. *Comparative Studies of Thought Disorders*. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44 (1): 31-5.
12. Szafraniec J. Analiza treści wypowiedzi w metodzie Rorschacha u chorych na schizofrenię. *Psychiatr Pol* 1976; 10 (3): 257-81.
13. Szafraniec J. *Metoda Rorschacha w psychodiagnozie schizofrenii*. Warszawa: Wyd Akcydensowe; 1985.
14. Weickert TW, Goldberg TE. The course of cognitive impairment in patients with schizophrenia. W: Sharma T, Harvey Ph, red. *Cognition in schizophrenia*. New York: Oxford University Press; 2000.
15. Widera-Wysoczańska A. *Rozmowy o przemijaniu. Hermeneutyczna analiza psychologiczna doświadczeń człowieka*. Wrocław: Wyd Uniwersytetu Wrocławskiego; 2000.
16. Zaniecka M, Rybakowski J. Test Rorschacha w diagnostyce schizofrenii. *Psychiatr Pol* 1989; 23 (4): 300-6.

*Adres: Dr Anna Hunca-Bednarska, Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej, ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin*