

## Możliwości diagnozy różnicowej stanów reaktywnych za pomocą testu SUI

*Possibilities of differential diagnosis of reactive states using the SUI test*

JAN M. STANIK

*Z Katedry Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach*

**STRESZCZENIE.** Autor przedstawia nowy psychologiczny test swojej konstrukcji – „Skalę ustosunkowań interpersonalnych” (SUI), umożliwiającą diagnozę psychologiczną w terminach interpersonalnego funkcjonowania osobowości. Referuje założenia konstrukcyjne, dane normalizacyjne tego testu oraz zasady interpretacji wyników w odniesieniu do praktyki diagnostycznej pojedynczych osób. Przedstawia również wyniki swoich badań dotyczące trzech nerwic: hysterii, neurastenii i depresji, a wskazujące na dużą przydatność tego testu do psychologicznej diagnozy różnicowej tych nerwic.

**SUMMARY.** The paper presents a new psychological test – SUI (Interpersonal Relations Scale, IRS), developed by the author. The scale allows to make a psychological diagnosis in terms of interpersonal functioning of personality. Assumptions underlying the test construction, normalization data, and principles of individual scores interpretation in the diagnostic practice are described. Moreover, the author's research results regarding three neuroses: hysteria, neurasthenia and depression are reported. The findings indicate a considerable usefulness of the test in psychological differential diagnosis of these neurotic disorders.

---

**Słowa kluczowe:** nerwica / diagnoza różnicowa nerwic / interpersonalna diagnoza osobowości  
**Key words:** neurosis / differential diagnosis of neuroses / interpersonal diagnosis of personality

---

W praktyce opiniodawczej biegłych psychiatrów i psychologów zauważamy, iż w ostatnich latach zwiększa się stale liczba probantów, u których zaburzenia reaktywne stanowią istotny problem diagnostyczny. Niektóre, ważniejsze przyczyny tego stanu rzeczy omówił w swoim wystąpieniu Gierowski. Z jego rozważań i ustaleń wynika, iż zarówno z powodu transformacji ustrojowych, jak i dokonujących się zmian w systemie polskiego prawa, biegli wymienionych specjalności będą mieli coraz częściej do czynienia z tego rodzaju przypadkami. W tym stanie rzeczy pojawia się pilna potrzeba zwiększenia i ulepszenia instrumentarium diagnostycznego do bardziej precyzyjnego rozpoznawania stanów reaktywnych, aby sprostać oczekiwaniom organów proce-

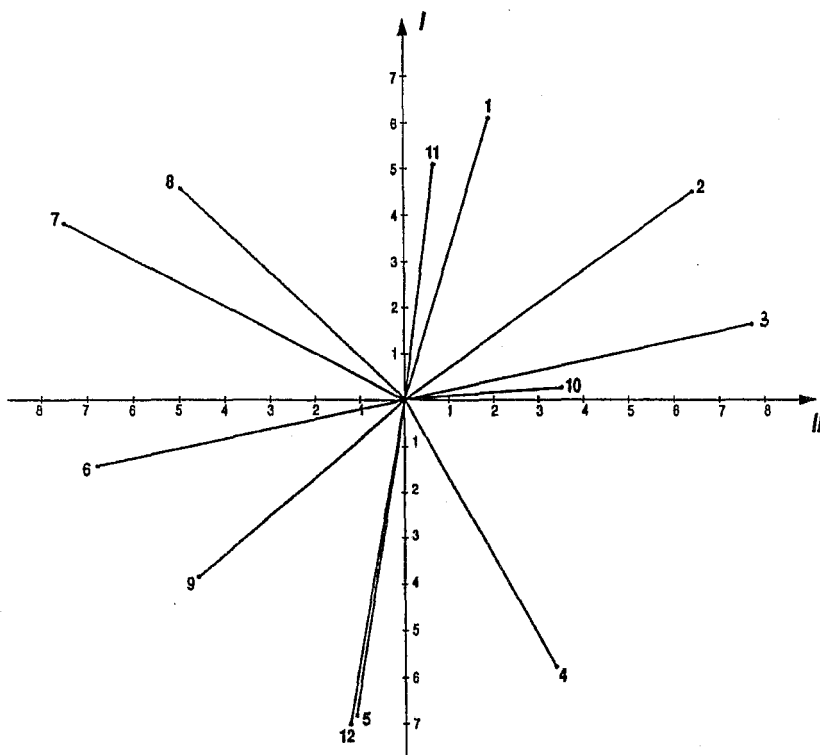
sowych na opinie obejmujące również ten właśnie, tak szeroki i bardzo zróżnicowany obszar zaburzeń psychicznych.

Sądzę zatem, że zaproponowanie nowej metody psychologicznej, pomocnej w diagnozowaniu różnicowym nerwic wzbogaci warsztat biegłych psychologów i psychiatrów opiniujących na potrzeby wymiaru sprawiedliwości takie właśnie przypadki. Metodą tą jest „Skala ustosunkowań interpersonalnych” (SUI) mojego autorstwa.

### CHARAKTERYSTYKA TESTU SUI

Konstrukcja SUI została oparta na teorii interpersonalnego funkcjonowania osobowości Sullivana (1953) i Leary'ego (1957). Charakterystykę tej koncepcji teoretycznej





Rysunek 3. Struktura czynnikowa skal składowych SUI

## OPIS SKAL SKŁADOWYCH SUI

*Skala 1* bada samoopis odzwierciedlający styl społecznego funkcjonowania, który można nazwać *stylem kierowniczo-autokratycznym*. Styl ten obejmuje wszystkie formy aktywności społecznej, wyrażające tendencje przywódcze, chęć „bycia górą” i poczucie kompetencji we współpracy z innymi. Odzwierciedla więc skłonności do takich kontaktów interpersonalnych, w których występuje zgodność interakcji z celami współpracy. Jak wykazuje analiza czynnikowa, skala ta nasycona jest w największym stopniu czynnikiem I (0,619) – dominacją, a czynnikiem II – emocjonalną akceptacją innych, w statystycznie nieznacznym stopniu (0,179). Wysokie wyniki uzyskane w tej skali wskazują na znaczne nasilenie właściwości tego stylu funkcjonowania, odzwierciedlane w samoopisie badanej osoby.

*Skala 2* bada samoopis odzwierciedlający styl społecznego funkcjonowania nazwany *stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym (czy przesadnie odpowiedzialnym)*. Styl ten obejmuje te formy aktywności społecznej, które wyrażają pozytywne uczucie żywione do partnera, przy czym owo pozytywne ustosunkowanie zabarwione jest komponentem dominacji. Zachowania w kontaktach międzyludzkich charakterystyczne dla tego stylu odznaczają się pewnością siebie i stanowczością, jednakże posiadają bardziej osobisty i przyjazny podtekst. Odzwierciedlają więc kontakt społeczny, w którym oprócz realizacji celów na płaszczyźnie zadaniowej, dana osoba objawia również pozytywne uczucia do partnera. Jak wykazuje analiza czynnikowa, nasylenie tej skali czynnikiem I (dominacja) wynosi 0,448, zaś czynnikiem II

(akceptacja siebie i innych) wynosi 0,646. Wysokie wyniki w tej skali wskazują na znaczne nasilenie właściwości tego stylu funkcjonowania, odzwierciedlane w samoopisie badanej osoby.

*Skala 3* bada samoopis odzwierciedlający styl społecznego funkcjonowania, nazwany *stylem współpracująco-przyjacielskim*. Dotyczy on tych form aktywności społecznej, w której przejawia się pozytywne, afiliatywne nastawienie do partnera oraz gotowość do kompromisu w sytuacji niezgodności działań. Odzwierciedla więc on gotowość do nawiązywania takich kontaktów społecznych, w których zasadniczą płaszczyzną interakcji społecznych jest syntonía uczuciowa, a inne cele mają mniejsze znaczenie. Jak wynika z analizy czynnikowej skala ta jest nasycona czynnikiem I (dominacja) w nieznacznym statystycznie stopniu (0,158), zaś czynnikiem II (akceptacja siebie i innych) w stopniu bardzo wysokim (0,769). Zachowania charakterystyczne dla tego stylu są w najwyższym stopniu współdziałające, afiliatywne i zgodne. Wykazują tendencję do nakłaniania innych, aby byli popierający i przyjaźni, tzn. aby zachowywali się odpowiedzialnie i współpracująco.

*Skala 4* bada samoopis odzwierciedlający styl funkcjonowania społecznego nazwany *stylem uległo-zależnym*. Styl ten obejmuje zachowania odznaczające się przede wszystkim uległością i podporządkowaniem się wobec innych, lecz zawiera także korelaty pozytywnego uczucia wobec innych osób. Odzwierciedla więc gotowość do nawiązywania kontaktów społecznych wyrażających chęć bycia wiernym, podległym i ochranianym przez innych. Jak wykazuje analiza czynnikowa, skala ta nasycona jest w znacznym stopniu czynnikiem I (-0,571) – submisją, zaś czynnikiem II – akceptacja siebie i innych w niższym stopniu (0,337). Ten styl zachowania wyraża następujące nastawienie: „jestem słabą i bezradną osobą potrzebującą twojej pomocy i wsparcia”. Ma to na celu nakłanianie innych do reagowania poradą, pomocą i wsparciem, tzn. do zachowań kierujących i odpowiedzialnych.

*Skala 5* bada samoopis odzwierciedlający styl funkcjonowania społecznego nazwany *stylem wycofująco-masochistycznym*. Styl ten obejmuje zachowania odznaczające się uległością aż do wycofywania się i społeczną izolacją (w skrajnych przypadkach) włącznie. Charakterystycznym komponentem dla tego stylu zachowania się jest podtekst wrogości, tzn. odrzucanie siebie i innych. Dlatego też manifestowaną skromność, małą aktywność społeczną, a czasem uzewnętrzniane samooskarżenie się należy w tym przypadku rozpatrywać z punktu widzenia mechanizmów obronnych lub społecznej taktyki osobnika uzewnętrzniającego w ten sposób swoje nieufne nastawienie do innych. Jak wykazuje analiza czynnikowa, skala ta w bardzo wysokim stopniu nasycona jest czynnikiem I (-0,679) – submisją, a także w pewnym stopniu czynnikiem II: -0,111 (wrogość – afiliacja) – neurotyczną wrogą nieufnością. Z ustalenia tego wyniku, że skala ta zasadniczo bada wrogą submisję, a więc bierność i samoponizanie się osobnika, wewnętrzną autodestrukcję i stronienie od ludzi, jako źle życzących oraz generalnie źle nastawionych.

*Skala 6* bada samoopis odzwierciedlający styl funkcjonowania społecznego nazwany *stylem buntowniczo-podejrzliwym*. Styl ten obejmuje zachowania wrogie i antyspołeczne z elementami pewnej bezsilności wobec innych osób. Dodatkowymi komponentami tego stylu są: chłód uczuciowy wobec innych, bardzo silnie akcentowana nieufność, a w skrajnych przypadkach nawet neurotyczna podejrzliwość, tendencja do buntowania się przeciwko zewnętrznym nakazom i demonstracyjne podkreślanie swojego wrogiego, nieufnego i destrukcyjnego nastawienia do wszystkich. Ze stylem tym związane są często zachowania o charakterze przemieszczzonej, a w skrajnych przypadkach bezpośredniej agresji. Jak wykazuje analiza czynnikowa, skala ta nasycona jest czynnikiem I raczej w niewielkim stopniu (-0,146), natomiast w bardzo wysokim stopniu nasycona jest czynnikiem II (-0,681).

Skala ta bada więc w istocie samoopis odzwierciedlający wrogi stosunek do siebie i innych, nieufność i podejrzliwość wobec innych osób oraz różne inne przejawy tendencji destrukcyjnych w stosunku do ludzi.

*Skala 7* bada samoopis odzwierciedlający styl funkcjonowania społecznego nazwany *stylem agresywno-sadystycznym*. Styl ten przyjawia się częstymi atakami zarówno w postaci agresji fizycznej, jak i słownej (nadmierny krytycyzm, sarkazm, wyzwiska). Wyraża on dążenie do wyrządzania komuś krzywdy natury fizycznej lub moralnej. Charakterystycznym komponentem tego stylu społecznego funkcjonowania, oprócz wrogości do siebie i innych, jest podtekst dominacji, tzn. widzenia siebie w kontaktach interpersonalnych, jako górującego pod pewnymi względami nad ludźmi. Jak wykazuje analiza czynnikowa, skala ta nasycona jest czynnikiem I w stopniu znaczącym (0,378) oraz w bardzo znaczącym stopniu nasycona jest czynnikiem II (0,749). Skala ta w istocie bada samoopis dotyczący tendencji destrukcyjnych osobnika, wrogi stosunek do siebie i innych, w szczególności pozbawione uczuć, instrumentalne traktowanie innych osób z pozycji górowania w pewnym stopniu nad nimi.

*Skala 8* bada samoopis odzwierciedlający styl funkcjonowania społecznego nazwany *stylem współzawodnicząco-narcystycznym*. Dotyczy ona zachowań, które wyrażają wyniosłość oraz przesadne akcentowanie swojej niezależności. Poprzez zachowania charakterystyczne dla tego stylu, wyrażane w samoopisie, osobnik akcentuje swoje górowanie nad innymi (dominację), lecz dominacji tej towarzyszy komponent wrogości w stosunku do siebie i innych. Zachowania charakterystyczne dla tego stylu są zatem nastawione na dewaluację wartości drugiej osoby konkurującej o wysoki status w relacjach interpersonalnych. W układach interpersonalnych druga osoba traktowana jest więc jako potrzebne tło, umożliwiające wykazanie przewagi i tendencji do „bycia górą”. Jak wykazuje analiza czynnikowa, ska-

ła ta w równie wysokim stopniu nasycona jest czynnikiem I (0,463) jak i czynnikiem II (-0,496). Skala ta bada więc w istocie tendencje do współzawodniczenia o utrzymanie wysokiego statusu w kontaktach interpersonalnych, nakłaniania innych do uległości i podporządkowania oraz skłonność do traktowania innych w sposób instrumentalny. Charakterystyczny przy tym jest tu komponent wrogości wskazujący na raczej niski stopień samoakceptacji (por. skala 9).

Scharakteryzowane skale od 1 do 8 były skonstruowane zgodnie z modelem kołowym kontinuum interpersonalnego funkcjonowania osobowości, opartego na dwóch podstawowych wymiarach: dominacji-submisji, wrogości-afiliacji. Następne skale SUI zostały skonstruowane na innej podstawie. W wyniku pozytywnej weryfikacji czynnikowej stanowią jednak spójną całość w ramach „Skali ustosunkowań interpersonalnych”. Te wskaźniki są szczególnie ważne przy wykorzystaniu SUI do diagnozy różnicowej nerwic.

*Skala 9* nie bada samoopisu dotyczącego określonego stylu funkcjonowania społecznego, lecz samoopis dotyczący *względnie stałego stanu osobowości określonego jako samoakceptacja lub stopień samozadowolenia wynikający* z określonej, względnie trwałej samooceny osobnika, szczególnie przy porównaniu się z innymi osobami. Jak wykazuje analiza czynnikowa, skala ta w równie wysokim stopniu nasycona jest czynnikiem I (-0,386), jak i czynnikiem II (-0,459). Uwzględniając zarówno powyższe nasycenie czynnikowe, jak i treść itemów należy stwierdzić, że wysokie wyniki uzyskane w tej skali odzwierciedlają niską samoocenę, związaną z neurotyczną, wrogą, podejrzliwą osobowością o wysokim napięciu lękowym, zaś niskie wyniki świadczą o braku zaznaczania się tych symptomów w samoopisie. Z danych normalizacyjnych wynika, iż najwyższe wyniki w tej skali otrzymują osobnicy z grupy depresyjnej (mediana (Me)=10,5), następnie neurastenicznej (Me=8,9), kolejno – histerycznej

( $Me=7,5$ ), wreszcie normalnej – losowej ( $Me=4,9$ ). Przy interpretacji profilu SUI skala ta spełnia podwójną rolę. Oprócz wskazywania przez nią stopnia samoakceptacji osobnika (niski, normalny, zawyżony), skala ta stanowi swoisty klucz, przełącznik sposobu interpretacji profilu otrzymanego ze skal 1–8 z „normalnego” na „neurotyczny”. Tak więc wyniki tej skali (jak i skal 11, 12), oprócz samoistnej wartości diagnostycznej, są szczególnie istotne przy analizie profili SUI w diagnostyce nerwic.

*Skala 10 to skala kłamstwa*, której konstrukcja oparta została (podobnie jak konstrukcja tego typu skal w innych kwestionariuszach) na zasadzie samoopisu dotyczącego faktów powszechnie występujących wśród ludzi. W przypadku, gdy osoba badana udziela statystycznie większej liczby odpowiedzi przeczących występowaniu u niej takich zdarzeń, zachodzi poważne podejrzenie, iż udzielane przez nią odpowiedzi są z obiektywnego punktu widzenia zafałszowane, co się łączy także z tendencją do zafałszowania odpowiedzi dotyczących innych skal. Przyczyny takiego stanu rzeczy, jak podkreśla się w literaturze [por. np. Sanocki 1976], mogą być różne. Ogólnie, łączą się one z problematyką adekwatności samoopisu lub samooceny osobowości, jak i zróżnicowanym osobniczo poziomem antycypacji społecznej. Tak więc przede wszystkim mogą wynikać ze stałej tendencji osobnika do prezentowania nadmiernie pozytywnego obrazu własnej osoby, co niekoniecznie musi być związane ze świadomym i zamierzonym fałszowaniem obrazu siebie samego. Okoliczność tę potwierdzają wymownie, wprawdzie statystycznie nieistotne, ale dodatnie, współczynniki korelacji wyników tej skali z wynikami skal „społecznie pozytywnych” 1, 2, 3, 11, w przeciwieństwie do ujemnych współczynników korelacji ze skalami „negatywnymi społecznie”. Obok tego, zawyżanie wyników w tej skali może być skutkiem świadomych intencji fałszowania wyników testu, aby ukryć „negatywną prawdę” o sobie i aby przedstawić się przed

badającym w lepszym świetle. Ogólnie rzecz biorąc, wysokie wyniki uzyskane w tej skali wskazują na nieprawdziwą, zawyżoną samoocenę osoby badanej, głównie w skalach 1, 2, 3, 11, nie rozstrzygając jednak, czy zafałszowanie to jest powodowane świadomym kłamstwem, czy też innymi, pozaintencjonalnymi przesłankami. Niskie i średnie wyniki uzyskane w tej skali sugerują, że osoba badana nie wykazywała tendencji do podwyższenia oceny siebie samej.

*Skala 11 została nazwana: zazdrość, realizm, względna autonomia*. Określa ona wysoki stopień akceptacji własnej osoby, a w interakcjach społecznych silne nastawienie na realizację wytyczonych celów, w mniejszym zaś stopniu nastawienie na emocjonalną syntonię. Charakteryzuje ona osobników przedstawiających się jako: zaradni, przedsiębiorczy i optymistyczni, a w skrajnych przypadkach ryzykanci, tj. osobników o stosunkowo niskim poziomie aspiracji i wysokim poziomie oczekiwań [por. Straś-Romanowska 1975]. Jak wykazuje analiza czynnikowa skala ta nasycona jest w wysokim stopniu czynnikiem I (0,508), a jednocześnie jest niezależna od czynnika II (0,063) – brak stałego komponentu wrogości czy też afiliacji. Z danych normalizacyjnych wynika, że osobnicy emocjonalnie zrównoważeni, realistyczni i zaradni otrzymują w tej skali wyniki w granicach przeciętnej ( $Me=7,3$ ). Osobnicy emocjonalnie nadwrażliwi, hiperoptymistyczni, ryzykanci (grupa o rysach histeryoidalnych) otrzymują wyniki wysokie i skrajnie wysokie ( $Me=9,8$ ), zaś osobnicy emocjonalnie niezrównoważeni, izolujący się w interakcjach społecznych, pesymiści otrzymują wyniki niskie i skrajnie niskie, odpowiednio: neurastenicy  $Me=4,4$ , a w grupach depresyjnych  $Me=3,6$ .

*Skala 12 została nazwana: pesymizm, bezradność, „wołanie o pomoc”*. Określa ona poczucie małej wartości, negatywną ocenę własnego miejsca w życiu, własnych możliwości oraz działań i związany z tym negatywny stosunek do innych ludzi. Charakteryzuje ona osobników odznaczających się bezrad-

Tablica 2. Współczynniki korelacji phi dla "?"

Skala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
phi	-.10	-.15	-.02	-.17	.06	.03	-.10	-.03	.05	-.10	-.11	.10

nością i pesymizmem, mało aktywnych społecznie, podejrzliwych i napiętych lękowo, przewidujących jedynie przeszkody i niepowodzenia, a nie pozytywne rezultaty swego działania. Jak wykazuje analiza czynnikowa skala ta nasycona jest czynnikiem I o biegunie submisji w bardzo wysokim stopniu ( $-0,701$ ), zaś czynnikiem II w niewielkim stopniu (korelacja statystycznie nieistotna). Z danych normalizacyjnych wynika, iż wysokie wyniki w tej skali otrzymują pacjenci depresyjni i neurasteniczni (napięcie lękowe, pesymizm, izolacjonizm, podejrzliwość): odpowiednio u depresyjnych  $Me=6,8$ , u neurastenicznych  $Me=5,7$ , w populacji losowej – normalnej  $Me=3,3$ , zaś pacjenci o rysach histerycznych otrzymują wyniki poniżej przeciętnej i niskie  $Me=2,1$ .

Jak już podkreślałem to przy omawianiu skali 9, wyniki skal 9, 11 i 12, oprócz ich samoistnej wartości diagnostycznej, są szczególnie istotne przy analizie profili SUI w diagnostyce nerwic.

*Liczba znaków zapytania (?)*. Liczba znaków zapytania jaką uzyskuje osoba badana w teście nie stanowi, gdy chodzi o treść, jakiegoś znaczącego wskaźnika diagnostycznego. Ukazują to współczynniki korelacji phi pomiędzy znakami zapytania a poszczególnymi skalami SUI, które są poniżej poziomu istotności statystycznej, co obrazuje tabl. 2. Niemniej jednak okazuje się, że są osoby, które w toku badania zakreślają większą liczbę znaków zapytania niż inni badani. Przeprowadzona analiza wykazuje, że osoby decydujące się na wybór większej liczby znaków zapytania charakteryzują się asekuracją czy nieufnością w stosunku do badań, co tym samym rzutuje na stopień wiarygodności uzyskanych przez nie wyników w teście SUI. Mając więc na

względnie tę okoliczność, dokonano normalizacji znaków zapytania (?), ustalając dla nich odpowiednie normy, które zamieszczone zostały w tablicach 7 i 8. Wskaźniki te należy zatem uwzględnić przy interpretacji uzyskanych wyników badań testu SUI, zwłaszcza gdy badania dotyczą probantów podsądnych.

## NORMALIZACJA I PROFILE SUI

Zakładając możliwość występowania różnic w pewnych skalach, tzw. skalach „męskich” (np. 1, 7) i w skalach „żeńskich” (np. 2, 3, 4) – co wynika ze stereotypowych uwarunkowań kulturowych – dla celów normalizacyjnych zbadano osobno dwie grupy osób: 100 mężczyzn i 100 kobiet. Osoby te dobrano losowo. Wiek ich zamykał się w granicach 20–55 lat. Były to osoby zdrowe i nie uskarżające się na jakies trudności z sobą samym.

Nie było dla nas zaskoczeniem, iż w pewnych skalach – „o niskiej aprobacie społecznej”, tzn. w skalach 5, 6, 7, 9 i 12, a także w skali 10 otrzymano rozkłady skośne, uniemożliwiające dokonywanie operacji matematycznych bazujących na założeniach krzywej Gaussa. Zjawisko to stwierdził również w swoich badaniach międzykulturowych Leary [1957], wykazując przekonywująco jego przyczyny. W związku z tą niedogodnością, wykorzystałem jako miarę tendencji centralnej dla poszczególnych skal medianę ( $Me$ ), a nie średnią arytmetyczną ( $X$ ) i na jej podstawie sporządziłem profile – osobno dla kobiet i osobno dla mężczyzn. Wartości  $Me$  (zaokrąglone do liczb całkowitych) przedstawia tabl. 3. Uzyskane na tej podstawie profile obrazuje rysunek 4.

Tablica 3. Mediany dla poszczególnych skal SUI

Skala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	?
K	4	9	9	8	5	2	1	3	7	4	8	3	2
M	5	8	9	8	4	3	2	4	5	3	8	4	3

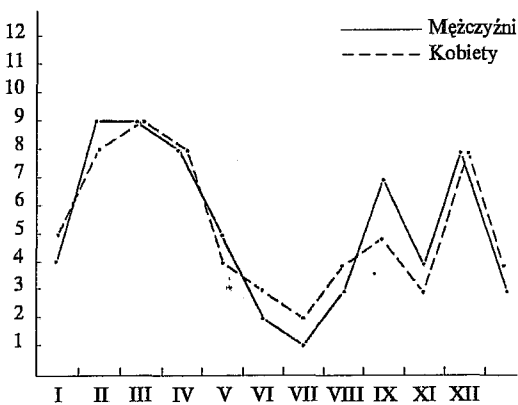
K – kobiety

M – mężczyźni

Tablica 4. Oceny słowne kolejnych oktyli

% populacji pod krzywą	Oktyl	Ocena słowna wyniku
0.0 – 12.5	1	skrajnie niski
12.6 – 25.0	2	skrajnie niski
25.1 – 37.5	3	niski
37.6 – 50.0	4	poniżej średniej
50.1 – 62.5	5	średni
62.6 – 75.0	6	powyżej średniej
75.1 – 87.5	7	wysoki
87.6 – 100.0	8	skrajnie wysoki

Nie mając możliwości korzystania z miar dyspersji opartej na krzywej Gaussa, zastosowałem inną procedurę, obliczając rozśiew wyników za pomocą oktyli (kwartyla). W ten sposób uzyskałem ośmiostopniową skalę przeliczeniową dla każdego rozkładu w SUI, przyjmując, że odległość między jednym a drugim oktylem obejmuje 12.5% populacji. Oktylom tym można przyporządkować następujące oceny słowne. Obrazuje to tabl. 4.



Rysunek 4. Profile SUI dla normy

Tablice 5 i 6 zawierają wyniki przeliczeniowe, dla mężczyzn i kobiet uzyskane ze zbadania wyżej wzmiankowanych 100-osobowych grup normalizacyjnych.

Przedstawione na rys. 4 profile grup normalizacyjnych (mężczyzn i kobiet) wykazują, iż grupy te nie różnią się między sobą tak pod względem kształtu, jak i wysokości profili. Jedną różnicę na poziomie  $p < 0.06$  uzyskano w skali 9, co wskazuje na to, że kobiety z losowo dobranej grupy wykazują większe skłonności do obniżania poziomu samoakceptacji w porównaniu z mężczyznami. Oczywiście, różnica ta została uwzględniona w przeliczeniu wyników surowych na oktyli i tym samym nie ma ona znaczenia przy obliczaniu wyników diagnostycznych za pomocą tablic 5 i 6 w praktyce psychologicznej. Wskazałem jednak na nią dlatego, że może ona stać się punktem wyjścia dla przyszłych badań wyjaśniających.

Analizując profil utworzony ze skal 1–8, a więc skal „koła interpersonalnego” zauważamy, iż tworzy on kształt sinusoidy. Zaczyna się średnim wynikiem w skali 1, następnie wznosi się w skalach 2, 3, 4, z kolei



Tablica 5. Tabela przeliczeniowa wyników mężczyzn

Oktyl	Skala												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	?
1	0-1	0-3	0-5	0-2	0	0	0	0	0-1	0	0-3	0	0
2	2	4-5	6	3-4	1	0	0	1	2	0	4-5	0	1
3	3	6	7	5-6	2	1	0	2	3	1	6	1	2
4	4	7	8	7	3	2	1	3	4	2	7	2-3	3-5
5	5	8	9	8	4	3	2	4	5	3	8	4	6-7
6	6	9	10	9	5	4	3	5-6	6	4-5	9	5	8-9
7	7-8	10	11	10	6-7	5-6	4-5	7-8	7-9	6	10	6-7	10-11
8	9-12	11-12	12	11-12	8-12	7-12	6-12	9-12	10-12	7-12	11-12	8-12	12→

Tablica 6. Tabela przeliczeniowa wyników kobiet

Oktyl	Skala												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	?
1	0	0-5	0-5	0-3	0	0	0	0	0-1	0	0-3	0	0
2	1	6	6	4	1-2	0	0	0	2-3	1	4-5	0	1
3	2	7	7	5-6	3	0	0	1	4	2	6	0	2
4	3	8	8	7	4	1	0	2	5-6	3	7	1	3-4
5	4	9	9	8	5	2	1	3	7	4	8	2-3	5-6
6	5	10	10	9	6-7	3	2	4	8	5	9	4	7-8
7	6	11	11	10	8	4-5	3	5-7	9-10	6-7	10	5-7	9-10
8	7-12	12	12	11-12	9-12	6-12	4-12	8-12	11-12	8-12	11-12	8-12	11→

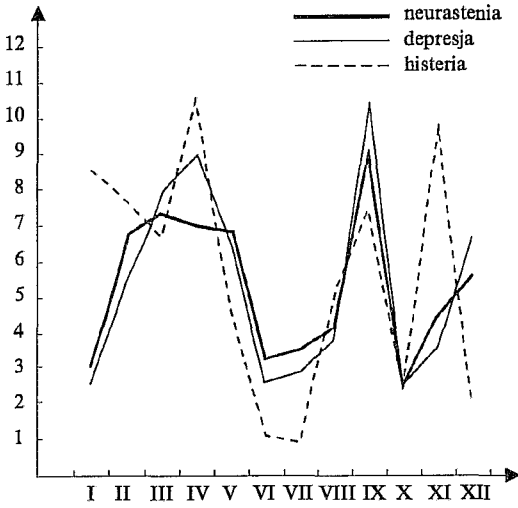
opada w skalach 5, 6, 7, by w końcu wznieść się w skali 8. Kształt ten (uzyskany w grupach normalizacyjnych) koresponduje bardzo dobrze z rezultatami analizy czynnikowej testu SUI (por. rys. 3), potwierdzając wysoką trafność tego testu, a także jego zgodność z założeniami teoretycznymi przedstawionymi na kołowym modelu interpersonalnym [zob. Stanik 1980, 1994].

Skala 9, jak już wspomniano, odzwierciedla stopień samoakceptacji danego osobnika (im wyższy wynik tym niższa samoakceptacja i odwrotnie). Szczególnie charakterystyczne dla tej skali jest to, iż wysoki jej wynik stanowi wskaźnik nerwicy (por. rys. 6), sugerując psychologowi interpretację profilu pod kątem określonych zaburzeń nerwicowych.

Skale 11 i 12 są skorelowane odwrotnie i dla normy (tzn. przy niskim lub średnim wyniku w skali 9) przyjmują na wykresie kształt odwróconej litery „V”.

## ZASTOSOWANIE SUI W DIAGNOSTYCE RÓŻNICOWEJ NERWIC

Inspirowany założeniami teoretycznymi interpersonalnej koncepcji osobowości oraz zachęcony wynikami badań w tym zakresie dotyczącymi asocjalności postanowiłem sprawdzić przydatność SUI w odniesieniu do diagnostyki nerwic. W tym celu w ramach seminarium magisterskiego wybraliśmy trzy grupy pacjentów nerwicowych, aby dokonać charakterystyki SUI w odniesieniu do tych rodzajów nerwic. Grupy z nerwicą anankastyczną nie udało nam się skompletować ze względu na niezwykle rzadkie jej występowanie wśród pacjentów objętych naszymi badaniami. Z kolei pacjenci z nerwicą hipochondryczną i nerwicą lękową tworzyli bardzo zróżnicowaną grupę w świetle diagnostyki psychiatrycznej i tym samym nie mogliśmy przyjąć ich jako



Rysunek 5. Profile SUI dla trzech rodzajów nerwic z wyników surowych

pletując w dłuższym przedziale czasowym przypadki tych nerwic o jasnym obrazie klinicznym, stanowiącym możliwie „czyste” kryterium zewnętrzne.

Tak więc zostały zbadane trzy 30-osobowe grupy pacjentów cierpiących na nerwicę: histeryczną, neurasteniczną i depresyjną. Mediany dla poszczególnych skal SUI w obrębie tych trzech grup pacjentów przedstawia tabl. 7.

Z tabl. 7, jak i z rys. 5 wynika, że w pewnych skalach występują różnice pomiędzy poszczególnymi rodzajami nerwic. Zbadaliśmy istotność tych różnic przy  $p < 0.05$ . Wyniki dotyczące różnic statystycznie istotnych zawiera tabl. 8. Sygnalizowane różnice w określonych skalach decydują o odmienności profilu SUI dla poszczególnych nerwic, co obrazuje rys. 5.

Analizując przedstawione na rys. 5 profile optycznie zauważa się, iż dwa z nich (neurasteniczny i depresyjny) są bardziej podobne do siebie i różne zarazem od profilu histerii. W celu porównania istotności podobieństw

możliwie precyzyjnego kryterium zewnętrznego w naszym, ograniczonym czasowo, programie badawczym. Badania takie należałoby przeprowadzić w przyszłości kom-

Tablica 7. Mediany SUI w grupach nerwicowych

Grupa	Skala											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
N	2.9	6.9	7.3	7.0	6.9	3.4	3.5	4.3	8.9	2.4	4.4	5.7
D	2.4	5.5	7.9	9.2	6.5	2.6	2.8	3.9	10.5	2.5	3.6	6.8
H	8.6	7.7	6.8	11.0	4.6	1.1	1.0	1.0	7.6	2.4	9.8	2.1

N – pacjenci neurasteniczni

D – pacjenci depresyjni

H – pacjenci histeryczni

Tablica 8. Różnice median SUI w grupach nerwicowych

Grupa	Skala											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
D-H	7.13	2.34	n.i.	n.i.	2.57	3.10	3.33	2.12	3.00	n.i.	6.74	7.46
N-H	5.20	n.i.	n.i.	3.13	2.73	5.18	4.45	n.i.	n.i.	n.i.	6.07	6.10
D-N	n.i.	2.35	n.i.	3.33	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	2.59	n.i.	n.i.	n.i.

D-H – różnice pomiędzy depresją a histerią

N-H – różnice pomiędzy neurastenią a histerią

D-N – różnice pomiędzy depresją a neurastenią

$$r_{ps} = \frac{2\sum S - \sum T}{\sum T}; < -1 r_{ps} + 1$$

gdzie:

$$\sum T = \sum S + \sum D$$

$\sum S$  – liczba par segmentów „zgodnych”, tzn. albo oba segmenty wznoszą się (+), albo oba segmenty opadają (-), albo też oba segmenty są równoległe (0)

$\sum D$  – liczba par segmentów „niezgodnych”, tzn. albo jeden się wznosi (+), a drugi opada (-), albo odwrotnie. Może być też tak, że jeden wznosi się lub opada, a drugi ani się nie wznosi, ani nie opada (0)

Skala ocen wskaźników  $r_{ps}$  Du Masa:

0.75 – 1.00 – bardzo wysokie podobieństwo

0.50 – 0.74 – wysokie podobieństwo

0.25 – 0.49 – umiarkowane podobieństwo

0.00 – 0.24 – niskie podobieństwo

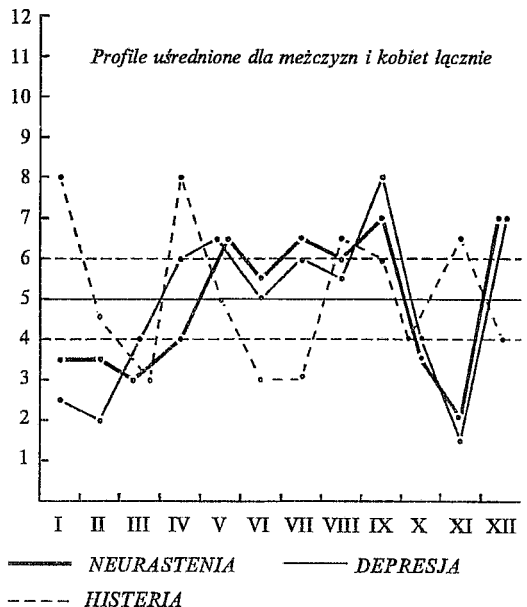
versus różnic owych profili zbadaliśmy je za pomocą testu Du Masa pozwalającego obliczyć wskaźnik podobieństwa profilu –  $r_{ps}$  [zob. Brzeziński 1978, s. 250].

A oto uzyskane wyniki: N-D –  $r_{ps} = 0.82$ ; N-H –  $r_{ps} = 0.09$ ; D-H –  $r_{ps} = 0.24$

Z wartości wskaźników  $r_{ps}$  wyraźnie wynika, iż profile neurastenii i depresji (N-D) są do siebie znacząco podobne, natomiast profil hysterii, statystycznie rzecz biorąc, nie jest podobny ani do profilu depresji (D-H), ani do profilu neurastenii (N-H). Ukazują to jeszcze dobitniej kształty profili tych trzech nerwic uzyskane z wyników przeliczonych, co obrazuje rys. 6.

Przytaczając przykładowo zastosowanie testu Du Masa do obliczenia wskaźnika podobieństwa czy różnicy dwóch profili pragnę tę prostą metodę polecić do wykorzystania w codziennej praktyce diagnostycznej przez psychologów. Wiadomo bowiem, iż poszczególne przypadki nerwic nie są nozologicznie „czyste”, nie mówiąc już o tym, iż nie brakuje sceptyków podważających w ogóle sens klasyfikacji nozologicznej nerwic [zob. np. Fortuna 1977]. Niezależnie jednak od toczących się sporów w tej sprawie, uzyskane przeze mnie wyniki badań dają podstawę do ilościowej – profilowej

analizy różnic pomiędzy nerwicami, co może być niewątpliwie przydatne zarówno w praktyce klinicznej jak i zwłaszcza w praktyce biegłego sądowego psychologa. Dokładna bowiem analiza profilu konkretnego pacjenta czy probanta wsparta wskaźnikiem



Rysunek 6. Profile SUI dla trzech rodzajów nerwic z wyników przeliczonych

$r_{ps}$  Du Masa pozwala ustalić stopień jego podobieństwa lub parcjalnego zróżnicowania w obrębie danej nerwicy i tym samym bardziej komunikatywnie opisać jego właśnie charakterystyczny, podmiotowy stan nerwicowy.

## FUNKCJONALNA ANALIZA PROFILI SUI

Po przeprowadzeniu charakterystyki profili SUI dla normy i trzech rodzajów nerwic można stwierdzić, że profile te, oprócz znamion treściowych (związanych z treścią poszczególnych skal), odznaczają się także określonymi właściwościami funkcjonalnymi, stworzonymi przez specyficzne konfiguracje wyników uzyskiwanych w poszczególnych skalach. I tak, gdy dla normy profil SUI w przedziale skal 1–8 układał się w kształt dość regularnej sinusoidy, to w przypadku nerwic uzyskiwał inne kształty.

Mówiąc więc o analizie funkcjonalnej SUI, chodzić w niej będzie o to, w jaki sposób zinterpretować konkretny diagnozowany przypadek (osobę badaną) ze względu na swoisty układ wyników w poszczególnych skalach – swoisty, sobie właściwy profil. Na tym etapie interpretacji wyników SUI, a dodajmy, jest to zasadniczy etap analizy diagnostycznej, definicje opisowe poszczególnych skal pozostają w tle naszego rozumowania, zaś na plan pierwszy wysuwają się konkretne konfiguracje skal w kształcie całego profilu SUI. Inaczej mówiąc, staramy się odpowiedzieć na pytanie, jaką funkcję spełnia wynik uzyskany w poszczególnej skali (lub grupie skal) w kontekście wyników w innych skalach.

Rozpatrując więc poszczególne segmenty SUI można wydzielić pewne funkcjonalne syndromy z całości jego profilu.

(1) Skale 2, 3, 4 i 9 tworzą *zespół skal „prospołecznych”*. Oznacza to, że osoba badana uzyskująca w tych skalach wyniki średnie i powyżej średniej, charakteryzuje się trwałą tendencją do uruchamiania wobec innych ludzi zachowań społecznie pożąda-

nych, nastawionych na współpracę, harmonijną realizację zadań i zgodne zaspokajanie wzajemnych potrzeb. Ewentualne różnice w „wysokości” poszczególnych skal względem siebie wskazują dodatkowo na indywidualny styl owych postaw prospołecznych, który to styl można uściślić dla poszczególnego osobnika odwołując się do przedstawionej wcześniej charakterystyki treściowej tych skal.

(2) Skale 5, 6, 7 tworzą *syndrom wrogości*. Oznacza to, że osoba uzyskująca w tych skalach wyniki powyżej średniej charakteryzuje się trwałą tendencją do uruchamiania wobec innych ludzi zachowań defensywnych, nieufnych, podejrzliwych (wysokie 6, czasem także 4, ale niższe 7), a nawet jawnie agresywnych (wysokie 6, 7, a czasem także 8). Konkretna charakterystyka (odnosząca się do poszczególnych osobników) owego syndromu wrogości powinna jednocześnie uwzględniać „wysokość” innych skal, zwłaszcza skali 9 i 12, a także skali 8. I tak, gdy temu syndromowi towarzyszy wysoki wynik w skali 9 i 12, z dużym prawdopodobieństwem należy podejrzewać występowanie zaburzeń nerwicowych (depresji, neurastenii), czy pewnych objawów hipochondrycznych (podwyższone 5, 6, 9, 12). Profil z syndromem wrogości o normalnym lub obniżonym wyniku w skali 9 będzie wskazywał na osobowość asocjalną: nieufną, podejrzliwą, buntowniczą (czasem kompensacyjnie współzawodniczącą – przy podwyższonej skali 8), czy hiperagresywną.

(3) Skale 1 i 8 tworzą *syndrom egocentryzmu*. Oznacza to, iż osoby uzyskujące podwyższone wyniki w tych skalach, przy jednocześnie umiarkowanych wynikach w innych skalach, charakteryzują się trwałą tendencją do uruchamiania zachowań ukierunkowanych na obronę ego, na traktowanie własnej osoby jako centrum kontekstu społecznego i tym samym na przecenianie ważności samego siebie przy równoczesnym niedocenianiu i nieuwzględnianiu punktu widzenia innych ludzi [zob. Słownik psychologiczny 1979 oraz Stanik 1980]. W kontak-

tach społecznych osoby takie odznaczają się powściągliwością w stosunku do innych, a jednocześnie bardzo znacznym wyczuleniem na ocenę swojej osoby przez innych. Są roszczeniowe oraz wykazują skłonność do częstego obrażania się. Mają także tendencje do oplotkowywania innych.

(4) W praktyce diagnostycznej (zwłaszcza w sprawach rozwodowych) spotyka się dwa rodzaje osobowości o charakterze instrumentalno-manipulacyjnym, a to: (a) osoby z syndromem makiawelistycznym oraz (2) osoby z syndromem ingracyjnym [zob. Jarymowicz 1976, s. 293–324, Lis-Turlejska 1976, s. 325–363]. *Syndrom makiawelistyczny* charakteryzuje się zachowaniami władczymi, jawnym narzuceniem własnej woli, wywieraniem nacisku na drugich, rozkazywaniem, kontrolowaniem itp. W profilu SUI wyraża się on wysokimi wynikami w skalach 1 i 8 (z możliwymi komponentami w skalach 11 i 7), przy jednocześnie niskich wynikach w skalach 3, 4, 9, 12 (czasem także 2). *Syndrom ingracyjny* charakteryzuje się tendencją do manipulowania innymi poprzez „wkradanie się w łaski”, to znaczy uruchamianiem w odpowiednich sytuacjach takich zachowań, które umożliwiają danej osobie realizowanie jej zasadniczego celu, to jest zapewnienia sobie wysokiej (czy bezpiecznej) oceny społecznej. W profilu SUI wyraża się to w wysokich wynikach w skalach 3, 4, przy jednocześnie niskich wynikach w skalach 9 i 12.

(5) Duża liczba znaków zapytania wskazuje na *niewłaściwą motywację osoby badanej do badań* (asekuracja, nieufność, opór), która może częściej występować w badaniach prowadzonych dla celów eksperjalno-sądowych.

Rozpatrzmy jeszcze z osobna profil hysterii (rys. 6). Przy zastosowaniu jedynie treściowej (mającej na względzie wyłącznie izolowaną charakterystykę poszczególnych skal) a nie funkcjonalnej analizy tego profilu, wydawać by się on nam mógł absurdalny. Bo jak pogodzić jednocześnie występowanie u danej osoby wysokiego wyniku w skalach 1

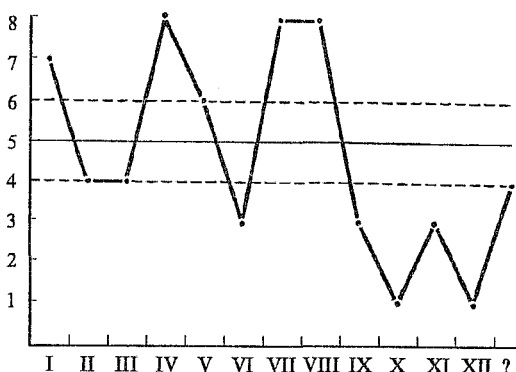
i 8 z wysokim wynikiem w skali 4? Analiza kliniczna wykazuje jednak, że jest to powszechny styl zachowania się osób histerycznych, którzy odznaczają się różnymi sposobami manipulacji wobec innych (często narzemiennych), zależnie od sytuacji i własnego wyobrażenia o sobie, aby uzyskać spodziewane korzyści (bycia w centrum zainteresowania, bycia akceptowanym, podziwianym itp.) [zob. Jakubik 1989].

W kontekście profilu nerwicy histerycznej chciałbym wskazać na występowanie, wzmiankowanych wcześniej [zob. Stanik 1994] pewnych typowych rysów osobowościowych u osób nienerwicowych [zob. Zawadzki 1959, Liczko 1977]. Zilustruję to przykładem z własnych badań.

**Kobieta, lat 39**, rozwodząca się (profil SUI przedstawia rys. 7).

*Dane z wywiadu i wyniki badania innymi testami*, a także materiały zamieszczone w aktach sądowych ukazały następujące przejawy jej zachowań: egocentryzm, manipulowanie drugimi (na przemian: ingerencja lub makiawelizm – zależnie od sytuacji społecznej – w pracy, w domu), plotkarstwo, wścibstwo, tendencje narcystyczne; w sytuacjach trudnych: bierność i ucieczka w alkoholizm, podwyższona agresywność, niski przejaw zaradności i realizmu.

*Analiza profilu SUI* sugeruje, że osoba ta ma bardzo wysokie wyniki w skalach 1, 4, 7 i 8, a jednocześnie bardzo niskie wyniki w skalach 9 (brak podłoża nerwicowego) oraz w skali 11 – niski



Rysunek 7. Profil osoby histeryoidalno-agresywnej (kobieta, lat 39)

wskaznik zaradności, realizmu i przedsiębiorczości. Porównując jej profil z profilem nerwicy histerycznej możemy stwierdzić, iż osoba ta nie cierpi na zaburzenia nerwicowe (niski wynik w skali 9), lecz stanowi typ histeroidalny – współzawodnicząco-narcystyczny z komponentami agresywności (na tle nadużywania alkoholu).

## PIŚMIENNICTWO

1. Brzeziński J.: Elementy metodologii badań psychologicznych. PWN, Warszawa 1978.
2. Fortuna D.: Spór o adekwatność diagnozy nozologicznej w nerwicy. *Psychoterapia* 1977, 21.
3. Jakubik A.: Histeria. PZWL, Warszawa 1989.
4. Jarymowicz M.: Makiawelizm – osobowość ludzi nastawionych na manipulowanie innymi. W: Reykowski J. (red.): *Osobowość a społeczne zachowanie się ludzi*. KiW, Warszawa 1976.
5. Leary T.: *Interpersonal diagnosis of personality*. New York 1957.
6. Liczko A.E.: *Pschichopatii i akcentuacji charakteru u podrostkow*. Medicina, Lenin-grad 1977.
7. Lis-Turlejska M.: Ingracjacja czyli manipulowanie innymi ludźmi za pomocą zwiększenia własnej atrakcyjności. W: Reykowski J. (red.): *Osobowość a społeczne zachowanie się ludzi*. KiW, Warszawa 1976.
8. Sanocki W.: *Kwestionariusze osobowości w psychologii*. PWN, Warszawa 1976.
9. *Słownik psychologiczny*. PWN, Warszawa 1979.
10. Stanik J.M.: *Asocjalność nieletnich przestępców jako przedmiot psychologicznej diagnozy klinicznej*. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1980.
11. Stanik J.M.: *Skala Ustosunkowań Interpersonalnych (SUI)*. Wyd. Szumacher, Katowice 1994.
12. Sullivan H.S.: *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Norton, New York 1953.
13. Zawadzki B.: *Wykłady z psychopatologii*. Wyd. Uniwersytet Warszawski, Warszawa 1959.

*Adres: Prof. Jan M. Stanik, Katedra Psychologii Klinicznej U.Śl.,  
ul. Grażyńskiego 53, 40-126 Katowice*