



## PTI – wskaźnik zaburzeń percepcji i myślenia wg J.E. Exnera: badanie rodziców osób chorych na schizofrenię paranoidalną za pomocą testu Rorschacha

*The Rorschach PTI (Perceptual-Thinking Index) by J.E. Exner in the assessment  
of parents of patients with paranoid schizophrenic and of healthy children*

ANNA HUNCA-BEDNARSKA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Celem pracy była próba odpowiedzi na pytanie, czy w wypowiedziach rodziców dzieci chorych na schizofrenię paranoidalną zebranych w sytuacji zadaniowej charakteryzującej się nowością i predysponującej do wzmożonego niepokoju i stresu, pojawiają się oznaki zaburzeń kognitywnych.

**Metoda.** Zastosowano test projekcyjny Rorschacha, w którym badani relacjonują, co widzą w plamach atramentowych, do czego są one według nich podobne. Wbrew pozorom swobodne wypowiedzi w sytuacji, gdy bodźce pozbawione są znaczeń denotacyjnych może wywołać poczucie niepewności i stresu. Do analizy wypowiedzi wykorzystano PTI – opracowany przez J.E. Exnera wskaźnik zaburzeń percepcji i myślenia. Przebadano 31 par rodziców mających dziecko chore na schizofrenię paranoidalną i 21 par rodziców mających tylko zdrowe dzieci.

**Wyniki.** Rodzice dzieci chorych i rodzice dzieci zdrowych nie różnili się istotnie między sobą liczbą wypowiedzi wygenerowanych w całym badaniu testem, ale to rodzice dzieci chorych dali istotnie mniejszą liczbę wypowiedzi adekwatnych do plam i istotnie większą liczbę wypowiedzi nieadekwatnych, wykazali się więc mniejszą precyzją percepcji. Rodzice osób chorych uzyskali też istotnie wyższe wyniki w PTI. Na uzyskane wyniki wpłynęły głównie wypowiedzi matek chorych dzieci. Matki chorych dzieci różniły się od matek dzieci zdrowych nie tylko w percepcyjnym, ale również w myślowym aspekcie wypowiedzi uzyskując wyższe oceny za tzw. sygnatury specjalne i posługując się dziwaczną logiką.

**Wnioski.** Rodzice dzieci chorych na schizofrenię wykazali istotnie mniejszą precyzję percepcji i uzyskiwali istotnie wyższe wyniki we wskaźniku PTI niż rodzice mający tylko zdrowe dzieci. Ojcowie chorych dzieci porównani z ojcami dzieci zdrowych nie różnili się od nich pod żadnym względem. Matki chorych dzieci różniły się od matek zdrowych dzieci nie tylko wyższymi wynikami w PTI i mniejszą precyzją percepcji, ale ponadto obserwowano u nich oznaki swoistości procesów myślowych.

### SUMMARY

**Objective.** An attempt was made in this study to establish whether in a novel and anxiety-inducing situation symptoms of cognitive disorders could be found in verbal responses of parents of children with paranoid schizophrenia.

**Method.** The Rorschach projective test was used, where the respondent was asked what he actually saw in the inkblots and what they resembled. Contrary to appearances, the situation of free description of stimuli devoid of connotative meaning may be stressful. The responses were analyzed using the PTI index developed by J.E. Exner to measure perception and thought disorders. Respondents were 31 couples with a child suffering from paranoid schizophrenia and 21 parental couples with a healthy child.

**Result.** While there were no significant intergroup differences in the total number of responses generated overall the test, parents of schizophrenic children produced significantly fewer responses adequate to the inkblots and significantly more inadequate ones, thus manifesting less precise perception. Moreover, their PTI scores were significantly higher. The latter result was due mostly to the performance of mothers of schizophrenia children. Their verbal responses differed from these of healthy children's mothers with regard not only to the perceptual aspect, but also to thinking – the former group scored higher on the so-called special scores, and used bizarre logic.

**Conclusions.** The parents of children with paranoid schizophrenia revealed a significantly less precise perception and scored significantly higher on the PTI index than did the parents of healthy children. While there were no significant differences between fathers in the two groups, the mothers of ill children as compared to those of healthy offspring not only had significantly higher PTI scores and less precise perception, but also revealed some peculiarity of thought processes.

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / krewni pierwszego stopnia / test Rorschacha, percepcja / myślenie

**Key words:** schizophrenia / first-degree relatives / Rorschach Test / perception / thinking

Za pierwszą próbę systematycznych badań nad wpływem środowiska rodzinnego na patogenezę schizofrenii należy uznać pracę Jacoba Kasanina i współpracowników z 1934 roku [1], a za inspirację do tego typu badań na pewno pisma Zygmunta Freuda, podkreślające znaczenie wczesnych doświadczeń w kształtowaniu rozwoju człowieka.

Badania nad rodziną chorych rozkwitły w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku. Były to zarówno analizy przypadków klinicznych, jak i badania za pomocą kwestionariuszy, testów psychologicznych ukierunkowanych na patologię procesów myślowych, a także obserwacje interakcji w małych grupach i eksperymenty dotyczące stylu komunikowania się.

Obecnie badania krewnych osób chorych na schizofrenię łączą się z rozwojem i popularyzacją koncepcji psychodynamicznych i teorii systemowych [2, 3, 4] oraz z problemem deficytów poznawczych. Deficyty poznawcze zostały uznane za jedną z istotnych cech schizofrenii [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13], a coraz więcej badaczy stwierdza nieprawidłowości w funkcjonowaniu pamięci, uwagi, języka i myślenia u krewnych pierwszego stopnia [14, 15], nieprawidłowości te z kolei wpływają na jakość interakcji w rodzinie i trudności w porozumiewaniu się [16, 17, 18, 19, 20].

## CEL

Celem niniejszej pracy jest próba odpowiedzi na pytanie, czy w wypowiedziach rodziców dzieci chorych na schizofrenię paranoidalną uzyskanych podczas badania projekcyjnym testem Hermanna Rorschacha pojawią się cechy świadczące o zakłóceniu funkcji percepcyjnych i myślowych. Użyteczność testu Rorschacha dla diagnozy schizofrenii, a w tym zwłaszcza dla opisu zaburzeń poznawczych, uznają nawet jego krytycy [21, s. 39–41, 111]. Na podstawie wypowiedzi stymulowanych plamami atramentowymi J.E. Exner opracował tzw. indeks schizofrenii (SCZI) różnicujący osoby zdrowe i chore [22, 23], a następnie indeks zaburzeń percepcji i myślenia (PTI) [23]. Pytamy, czy wartości indeksu PTI będą podwyższone w grupie rodziców mających dziecko chore na schizofrenię, w stosunku do osób z grupy kontrolnej.

Podczas badania testem Rorschacha pokazujemy badanej osobie kolejno tablice z plamami atramentowymi i kierujemy do niej pytanie: „co to może być, do czego jest to podobne?”, podczas gdy prezentowany bodziec jest jedynie plamą. Wbrew pozorom, ta swobodna, „zabawowa” instrukcja i bodźce pozbawione znaczeń denotacyjnych mogą sprawiać, że sytuacja osoby badanej staje się trudna. Wynika to przede wszystkim z samej niewspółmierności instrukcji do przedstawianych bodźców. Ponadto, 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 [24]. Badanie 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 [24]. Należy zauważyć, że przy wykonywaniu testu Rorschacha obserwuje się podobne zachowania, które określa się jako indukcyjną percepcję lub detal oligofreniczny [25, 26]. Zachowania te najczęściej traktuje się jako przejaw trudności emocjonalnych. Bodźce w teście Rorschacha charakteryzują się sprzecznymi wskaźnikami – stąd dodatkowy stres związany z koniecznością tolerowania elementów niespójnych: pomijania 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” [27]. Niezależnie od wieloznaczności i niemożności 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. Choć u osób chorych na schizofrenię i ich krewnych pierwszego stopnia deficyty poznawcze ujawniają się w nawet konwencjonalnych zadaniach testowych, możliwość zebrania materiału empirycznego nasyczonego indywidualną, autentyczną pracą myśli badanych osób w nowej, nietypowej sytuacji przy rozwiązywaniu problemów dywergencyjnych (otwartych, gdzie liczba możliwych poprawnych odpowiedzi nie jest znana), bardziej uprawdopodobnia pojawienie się patologii [28].

W swoim podręczniku z 2003 roku Exner wycofał się z pozytywnej oceny wskaźnika schizofrenii (SCZI) wykazując, że nie ma on wystarczającej mocy różnicującej. Badacz ten podjął próbę modyfikacji SCZI opracowując nowy indeks, zwany indeksem zaburzeń percepcyjnych i myślowych – PTI (*Perceptual-Thinking Index*) [22]. PTI składa się z pięciu warunków, które jeśli są spełnione, dają w wyniku 5 punktów.

---

### Warunek I. $XA\% < 0,70$ i $WDA\% < 0,75$

XA to wypowiedzi oceniane jako bardzo dobre (+), jako dobre i konwencjonalne (o) oraz te, które choć w zasadzie adekwatne do przedstawionych badanemu plam atramentowych są niekonwencjonalne i mniej oczywiste, możemy powiedzieć – unikatowe (u). WDA to zmienna obejmująca wszystkie wypowiedzi +, o i u, które odnoszą się do całej plamy lub do jej dobrze wydzielonej części. Ze zbioru wypowiedzi WDA wyeliminowane są więc te wypowiedzi, które odnoszą się do tych obszarów plam, które nie są często interpretowane, a ich wydzielenie z całości plamy nie narzuca się z oczywistością.

### Warunek II. $X - \% > 0,29$

Drugi warunek mówi, że procent wypowiedzi ocenionych jako nieadekwatne do plam w całym badaniu testem „powinien” być większy niż 29.

### Warunek III. $Sygn. Spec. II > 2$ i $Fabcom II > 0$ .

Warunek trzeci wymaga, by liczba tzw. sześciu sygnatur specjalnych należących do II, bardziej patologicznego poziomu była wyższa niż 2, a także by pojawiła się przynajmniej 1 wypowiedź Fabcom, oceniona jako należąca do poziomu II. Wypowiedź Fabcom to wypowiedź, w której występują fantastyczne, dziwaczne, nielogiczne zestawienia dwóch lub więcej obiektów widzianych w odrębnych obszarach plamy.

### Warunek IV. $R < 17$ i $SUM6 > 12$ lub $R > 16$ i $Sum 6 > 17$ .

Warunek czwarty mówi, że ważona suma punktów uzyskanych za sygnatury specjalne (SUM6) „powinna” być większa niż 12 wówczas, gdy liczba wszystkich wypowiedzi w całym badaniu (R) jest mniejsza od 17, lub gdy liczba wypowiedzi uzyskanych w całym badaniu jest większa niż 16, ważona suma punktów za sygnatury specjalne „powinna” być wyższa niż 17.

### Warunek V. $M- > 1$ lub $X-\% > 0,40$

Aby spełniony był piąty warunek PTI powinna wystąpić przynajmniej jedna wypowiedź determinowana ruchem ludzkim (M), która jest nieadekwatna do plamy lub też procent wszystkich nieadekwatnych wypowiedzi powinien być wyższy niż 40.

Warunki I i II dotyczą percepcyjnego aspektu wypowiedzi, warunki III i IV aspektu myślowego, natomiast warunek V – aspektów zarówno percepcyjnego (X-%), jak i myślowego (M-) [22, 23].

---

Nowy, zmodyfikowany wskaźnik patologii nie jest już nazywany wskaźnikiem schizofrenii. Pojawiła się nazwa „indeksu psychotyzy”, ale J.E. Exner zaapelował o jeszcze większy pragmatyzm i ostrożność usuwając wszelkie implikacje diagnostyczne. Badacz ten traktuje wskaźnik PTI jako skalę ciągłą, bez punktu odcięcia. Zadaniem tej skali jest obudzenie czujności w interpretatorze wyników testu i przyjęcie prawdopodobieństwa zaburzeń percepcyjno-poznawczych. Mimo zapewnień, że skala ma charakter ciągły, J.E. Exner dowodzi, że PTI większe niż 3 jest niepokojące. Powołuje się tu na badania Smitha i współpracowników. Badacze ci analizowali wyniki 115 osób niebędących pacjentami. Żadna z nich nie uzyskała 4 punktów, a jedynie dwie osoby uzyskały 3 punkty, dziewięć osób – 2, dwadzieścia dwie osoby – 1, a 82 – 0. W grupie 155 osób z zaburzeniami osobowości siedemdziesiąt sześć nie otrzymało żadnego punktu, czterdzieści sześć – 1, trzydzieści – 2 i tylko trzy osoby uzyskały 3. W grupie 170 osób chorych na schizofrenię połowa otrzymała 5 punktów, a jedynie trzy osoby 0, czterdzieści osób – 1, dwadzieścia jeden – 2, trzydzieści siedem – 3, a czterdzieści osiem – 4. Stosunkowo duża liczba osób z ciężkimi zaburzeniami afektywnymi uzyskała 2 punkty (pięćdziesiąt jeden osób na 170), a dwadzieścia dziewięć osób 3 punkty. W grupie tej pojawiły się również 4 punkty u trzech osób. Cytowane tu rozkłady punktów sugerują, że liczba 3 punktów powinna już wzbudzać niepokój, a liczba 4 punktów występowała jedynie w grupie chorych na schizofrenię, a bardzo rzadko u osób z poważnymi zaburzeniami afektywnymi.

## BADANE OSOBY I PROCEDURA BADANIA

Zbadano 31 par rodziców z dzieckiem chorym na schizofrenię paranoidalną oraz jedną matkę z chorą córką – ojciec z przyczyn losowych nie poddał się badaniu. Średni wiek matek wynosił 48,2 lat, a średni wiek ojców 51,4 lat. Wśród ojców przeważało wykształcenie wyższe (52%); wykształcenie średnie miało 26%, zawodowe 12%, a podstawowe 10%. Wśród matek przeważało wykształcenie średnie (47%). Wykształcenie wyższe i półwyższe miało 38%, zawodowe 9%, a wykształcenie podstawowe miało 6% matek.

Grupę kontrolną stanowiło 21 par rodziców dzieci zdrowych. Średni wiek matek wynosił 45,7 lat, a ojców 47,5 lat. Wśród ojców przeważało wykształcenie średnie (48%), wykształcenie wyższe miało 33%, a zawodowe 19%. Wśród

zdrowych matek również przeważało wykształcenie średnie (52%), wykształcenie wyższe miało 20%, a 19% matek miało wykształcenie zawodowe. Rodzice mający zdrowe dzieci byli więc nieco młodsi i nieco słabiej wykształceni niż rodzice dzieci chorych. Rodziny „chore” przeważnie pochodziły ze stosunkowo dużego miasta (53%), a rodziny „zdrowe” zarówno ze stosunkowo dużego jak i małego miasta (po 43%). Pochodzenie wiejskie miało 18% rodzin „chorych” i 14% rodzin „zdrowych”.

Badanie przeprowadzono za pomocą projekcyjnego testu Rorschacha. Rodziców z dziećmi chorymi na schizofrenię paranoidalną (wg DSM-IV) badano w końcowej fazie leczenia ich dzieci, ta faza leczenia sprzyjała bowiem nieco mniejszemu poziomowi stresu u wszystkich członków rodziny. Badania odbywały się na terenie Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie, w gabinecie psychologicznym. Badania przeprowadzała jedna i ta sama osoba. Rodziców nie mających chorego psychicznie dziecka rekrutowano z personelu Kliniki Psychiatrii i wówczas badania odbywały się w tym samym gabinecie psychologicznym oraz z personelu ZOZ w Lubartowie i wówczas badania przeprowadzano na terenie Poradni Zdrowia Psychicznego, również zawsze w jednym i tym samym gabinecie psychologicznym. Badania grupy kontrolnej przeprowadzała ta sama osoba, co badania grupy eksperymentalnej. Nie znała ona systemu oceniania wyników testu Rorschacha wg J.E. Exnera, w tym również nieznany jej był indeks PTI. Wszystkich badanych informowano o anonimowym i czysto teoretycznym celu pracy. Rodzicom mającym chore dziecko wyjaśniano, że udział w badaniu nie będzie miał żadnego wpływu na leczenie ich dziecka, ale być może przyczyni się do lepszego zrozumienia choroby, na którą ono cierpi.

## WYNIKI

Oceny adekwatności wypowiedzi dokonywano na podstawie obszernych list wypowiedzi ocenianych jako „+”, „o”, „u” oraz „-” zawartych w podręczniku J.E. Exnera [22, s. 588–637]. Ocenę cech wypowiedzi związanych z zaburzeniami myślenia konsultowano z dwoma psychologami klinicznymi doświadczonymi w stosowaniu testu Rorschacha.

Sprawdzono, czy badane grupy różnią się istotnie pod względem liczby wypowiedzi wygenerowanych w całym badaniu testem, a odpowiednie dane zawarto w tabl 1. Jak

Tablica 1. Średnia liczba wypowiedzi, odchylenia standardowe i istotności różnic między poszczególnymi grupami badanych  
Table 1. Mean number of responses, SDs and significance of differences between particular groups of respondents

Grupa Group	Średnia Mean	Odchylenie standardowe SD	Test Manna-Whitneya The Mann-Whitney test		
			U	z	p
Rodzice dzieci zdrowych, N = 42 Parents of healthy children	26, 43	12, 114	1143, 500	-1, 175	0, 240
Rodzice dzieci chorych, N = 63 Parents of ill children	27, 71	11, 639			
Matki dzieci zdrowych, N = 21 Mothers of healthy children	31, 05	15, 253	292, 500	-0, 792	0, 429
Matki dzieci chorych, N = 32 Mothers of ill children	27, 88	13, 312			
Ojcowie dzieci zdrowych, N = 31 Fathers of healthy children	21, 81	4, 833	177, 500	-2, 768	0, 006*
Ojcowie dzieci chorych, N = 31 Fathers of ill children	27, 55	9, 838			

\*  $p \leq 0, 01$

Tablica 2. Średnie, odchylenia standardowe oraz istotności różnic dotyczące wielkości PTI oraz niektórych jego elementów w grupach rodziców zdrowych i chorych dzieci

Table 2. Mean PTI and PTI constituent scores, SDs and significance of differences between parents of ill and healthy children

Zmienna Variable	Rodzice Parents	Średnia Mean	Odchylenie standardowe SD	Test Manna-Whitneya The Mann-Whitney test		
				U	z	p
X-%	dzieci zdrowych <i>of healthy children</i>	11, 49	14, 310	902, 500	-2, 752	0, 006**
	dzieci chorych <i>of ill children</i>	16, 11	12, 644			
XA%	dzieci zdrowych <i>of healthy children</i>	89, 33	7, 944	722, 000	-3, 932	0, 000***
	dzieci chorych <i>of ill children</i>	79, 29	15, 340			
WDA%	dzieci zdrowych <i>of healthy children</i>	90, 10	8, 554	957, 500	-2, 397	0, 017*
	dzieci chorych <i>of ill children</i>	82, 67	15, 025			
PTI	dzieci zdrowych <i>of healthy children</i>	0, 10	0, 067	1032, 000	-2, 729	0, 006**
	dzieci chorych <i>of ill children</i>	0, 52	0, 122			

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

X-% procent wypowiedzi nieadekwatnych do bodźców; XA% wypowiedzi bardzo dobre, dobre i unikatowe; WDA% procent wypowiedzi bardzo dobrych, dobrych i unikatowych odniesionych do całej plamy lub dobrze wydzielonych części plamy; PTI – indeks zaburzeń percepcyjnych i myślowych  
X-% percent of responses inadequate to stimuli; WDA% percent of very good, good and unique responses referring to the whole inkblot or a well-defined part of the blot; SUM6 weighted sum of scores for special scores; Alog bizarre logic (one of the 6 special scores); PTI – Perceptual-Thinking Index

widać z w tabeli, jedynie ojcowie zdrowych dzieci dali istotnie mniej wypowiedzi w stosunku do ojców dzieci chorych.

Żadne z rodziców mających chore dziecko nie uzyskało wyniku świadczącego o patologii, a sześcioro z nich (11,1%)

uzyskało 3 punkty, czyli wynik graniczny. Żadne z rodziców mających tylko zdrowe dzieci nie uzyskało wyniku świadczącego o patologii, ale nie uzyskało też wyniku granicznego. Mimo zdawałoby się dość zadowolających ocen

Tablica 3. Średnie, odchylenia standardowe oraz istotności różnic dotyczące wielkości PTI oraz niektórych jego elementów w grupach matek i ojców

Table 3. Mean PTI and PTI constituent scores, SDs and significance of differences between mothers and fathers of ill and healthy children

Zmienna Variable	Rodzice Parents	Średnia Mean	Odchylenie standardowe SD	Test Manna-Whitneya The Mann-Whitney test		
				U	z	p
X-%	matki dzieci zdrowych <i>mothers of healthy children</i>	12, 38	18, 908	158, 000	-3, 238	0, 001**
	matki dzieci chorych <i>mothers of ill children</i>	18, 20	10, 515			
WDA%	matki dzieci zdrowych <i>mothers of healthy children</i>	90, 95	8, 966	193, 000	-2, 609	0, 009**
	matki dzieci chorych <i>mothers of ill children</i>	80, 07	15, 057			
SUM6	matki dzieci zdrowych <i>mothers of healthy children</i>	1, 24	1, 814	221, 000	-2, 229	0, 026*
	matki dzieci chorych <i>mothers of ill children</i>	5, 75	7, 193			
Alog	matki dzieci zdrowych <i>mothers of healthy children</i>	0, 00	0, 793	262, 500	-2, 272	0, 023*
	matki dzieci chorych <i>mothers of ill children</i>	0, 38	0, 402			
PTI	matki dzieci zdrowych <i>mothers of healthy children</i>	0, 10	0, 439	218, 000	-2, 775	0, 006**
	matki dzieci chorych <i>mothers of ill children</i>	0, 66	0, 971			
PTI	ojcowie dzieci zdrowych <i>fathers of healthy children</i>	0, 10	0, 301	531, 000	-0, 802	0, 423
	ojcowie dzieci chorych <i>fathers of ill children</i>	0, 39	0, 955			

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

X-% procent wypowiedzi nieadekwatnych do bodźców; XA% wypowiedzi bardzo dobre, dobre i unikatowe; WDA% procent wypowiedzi bardzo dobrych, dobrych i unikatowych odniesionych do całej plamy lub dobrze wydzielonych części plamy; PTI – indeks zaburzeń percepcyjnych i myślowych  
X-% percent of responses inadequate to stimuli; WDA% percent of very good, good and unique responses referring to the whole inkblot or a well-defined part of the blot; SUM6 weighted sum of scores for special scores; Alog bizarre logic (one of the 6 special scores); PTI – Perceptual-Thinking Index

w grupie rodziców z chorym dzieckiem, wysokość indeksu PTI i częstość pojawiania się niektórych elementów wchodzących w jego skład istotnie różnicowała obie badane grupy (tabl. 2).

Rodzice dzieci chorych ujawniali istotnie więcej wypowiedzi nieadekwatnych do bodźców, a ponadto różnili się od rodziców mających tylko zdrowe dzieci liczbą wypowiedzi bardzo dobrych, dobrych i unikatowych wziętych razem (XA%), oraz liczbą wypowiedzi bardzo dobrych, dobrych i unikatowych odniesionych do całej plamy lub dobrze wydzielonych części plamy (WDA%). Kierunek różnic był taki, że to rodzice chorych dzieci ujawniali istotnie mniej tego typu wypowiedzi.

Następnie porównano grupy matek i ojców mających zdrowe i chore dzieci (tabl. 3). Na różnicę w PTI między rodzicami dzieci chorych, a rodzicami dzieci zdrowych wpłynęły głównie wyniki uzyskane przez matki dzieci chorych; ojcowie dzieci chorych i zdrowych nie różnili się między sobą istotnie ani wysokością PTI, ani też w szczegółowych elementach składających się na ten indeks. Matki dzieci chorych różniły się istotnie od matek dzieci zdrowych wysokością PTI; zaznaczyły się też istotne różnice w percepcyjnym aspekcie wypowiedzi (X-%, WDA%), jak i w myślowym (SUM6, Alog).

Porównanie matek chorych dzieci i ojców chorych dzieci dało wyniki zgodne z zarysowaną tu prawidłowością. Matki chorych dzieci istotnie rzadziej dawały wypowiedzi bardzo dobre, dobre i mniej konwencjonalne (XA%) niż ojcowie dzieci chorych (U Manna-Whitneya = 336,000;  $z = -2,200$ ; istotność asymptotyczna = 0,028; średnie odpowiednio: 76, 10 i 82, 89), a wysokość ich PTI przewyższała wysokość PTI w grupie ojców chorych dzieci (różnica zbliżała się do istotności) (U Manna-Whitneya = 389,500;  $z = -1,842$ ; istotność asymptotyczna = 0,065; średnie odpowiednio: 0,66 i 0,39). Matki i ojcowie dzieci zdrowych nie różnili się od siebie pod żadnym względem.

Zapytano też, czy istotnie więcej rodziców mających chore dziecko spełniało poszczególne warunki PTI, niż rodziców mających tylko zdrowe dzieci (tabl. 4). Warunek I i V bardzo istotnie i istotnie różnicował obie badane grupy. Warunek I dotyczy aspektu percepcyjnego wypowiedzi. Warunek V dotyczy aspektu percepcyjnego (X-% >.40)

Tablica 4. Różnice między grupą rodziców dzieci chorych a grupą rodziców dzieci zdrowych pod względem spełniania poszczególnych warunków PTI.

Table 4. Differences between parents of ill and healthy children in terms of the PTI criteria fulfillment

Warunki PTI PTI criterion	Test $\chi^2$ The $\chi^2$ test		
	$\chi^2$	df	p
I	8, 102	1	0, 004**
II	2, 437	1	0, 118
III	brak różnic, wyniki były identyczne no difference, scores were identical		
IV	0, 875	1	0, 359
V	4, 242	1	0, 039*

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

PTI – indeks zaburzeń percepcyjnych i myślowych  
PTI – Perceptual-Thinking Index

oraz myślowego (nadanie ruchu należy według J.E. Exnera do procesów konceptualizacji) [22, 23]. Zmienna M- nie różnicowała jednak grup ojców, natomiast różnica między grupami matek zbliżała się do istotności (U Manna-Whitneya = 1218,500;  $z = -1,068$ ; istotność asymptotyczna = 0,092); kierunek różnicy był taki, że matki chorych dzieci dawały częściej wypowiedzi typu M-.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

W całej badanej grupie rodziców nie było ani jednego przypadku uzyskania wyniku mogącego świadczyć o patologii. Mimo to, w grupie rodziców chorych dzieci 6 osób (11,1%) uzyskało wynik graniczny i grupa ta różniła się istotnie od grupy rodziców mających zdrowe dzieci wysokością PTI. Kierunek różnicy był taki, że to rodzice dzieci chorych uzyskiwali wyższe wartości PTI. Uzyskane w tej pracy wyniki zgodne są z wynikami uzyskanymi przez Smitha i jego współpracowników, które cytuje Exner [22, s. 391], z tym że w naszym badaniu wynik graniczny 3 punktów był uzyskiwany stosunkowo częściej, zwłaszcza w grupie rodziców z chorym dzieckiem.

Rodzice chorych dzieci ujawniali więcej wypowiedzi nieadekwatnych do bodźca, a mniej wypowiedzi bardzo dobrych, dobrych i konwencjonalnych oraz dobrych i niekonwencjonalnych (XA%) i mniej wypowiedzi typu XA odniesionych do całych plam lub do dobrze wydzielonych części plam (WDA%). Wypowiedzi rodziców chorych dzieci były więc w mniejszym stopniu adekwatne do bodźców – można interpretować, że rodzice ci wykazywali się mniej precyzyjną percepcją. Istotnie większa liczba rodziców z chorym dzieckiem spełniała warunek I i V indeksu PTI. Warunek I dotyczy aspektu percepcyjnego w formułowaniu wypowiedzi. Warunek V dotyczy aspektu percepcyjnego (X-) i myślowego (M-), ale różnice zaznaczyły się wyraźniej w odniesieniu do zmiennej X-. Stwierdzone różnice między obydwoma grupami rodziców wynikały głównie z jakości wypowiedzi matek. Porównanie obydwu grup ojców i obydwu grup matek ujawniło, że podczas gdy matki różniły się istotnie wysokością PTI (na niekorzyść matek dzieci chorych) obydwie grupy ojców nie różniły się między sobą zupełnie pod tym względem. Ojcowie nie różnili się też między sobą w żadnej ze zmiennych wchodzących w skład indeksu. Matki chorych dzieci natomiast różniły się od matek dzieci zdrowych zarówno w percepcyjnym, jak i w myślowym aspekcie formowania wypowiedzi. Dawały one istotnie więcej wypowiedzi nieadekwatnych do bodźców (X-%) i mniej wypowiedzi poprawnych typu WDA%. Mniejsza liczba dobrych interpretacji wówczas, gdy odnoszą się one do klarownych, łatwo wydzielanych części plamy lub do całości plamy wydaje się szczególnie ważna. Wyraźnie świadczy bowiem o niepowodzeniu w radzeniu sobie z zadaniem w tych sytuacjach, które ogółowi badanych nie sprawiają trudności. Matki chorych dzieci uzyskały także istotnie wyższą ważoną sumę punktów za występowanie tzw. 6 sygnatur specjalnych. Sygnatury specjalne to: zniekształcenia werbalizacji (DV, „ześlizgi” poznawcze w postaci neologizmów i redundancji), zniekształcenia wypowiedzi (DR, niestosowane lub niezwiązane z wypowiedzią wyrażenia i zwroty oraz wtrącenia),

niedorzeczne zestawienia (Incom, tworzenie tzw. obiektów hybrydowych, np. człowiek z uszami zająca), fantastyczne zestawienia (Fabcom, nieprawdopodobne związki między przynajmniej dwoma obiektami widzianymi w oddzielnych częściach plamy, np. krokusy wyrastające z płuc), kontaminacje (contim, zlanie się dwóch obrazów w jeden i trudności w ich oddzieleniu np. dwie kobiety z pyskami lisów, dwa lisy) oraz dziwaczna logika (Alog, badany uzasadnia swoją wypowiedź wielkością, liczbą i proporcją plam oraz ich umiejscowieniem na tablicy, np. duży niedźwiedź, bo ma potężne łapy; głębia serca ludzkiego, bo znajduje się na dole tablicy). Wypowiedzi typu Fabcom opisał Szafraniec [29] interpretując je jako wyraz myślenia autystycznego. Matki chorych dzieci nie tylko uzyskiwały więcej ważonych punktów za wystąpienie sygnatur specjalnych, ale także różniły się istotnie częstością występowania dziwacznej logiki (Alog). Należy zauważyć, że Fabcom – typ zaburzeń jak tak bardzo akcentowany w PTI, sam w sobie nie różnicował żadnej z badanych grup. Można przyjąć, że liczba wypowiedzi wygenerowanych w całym badaniu testem nie wpłynęła na uzyskane wyniki, ponieważ obie grupy rodziców nie różniły się istotnie pod tym względem. W odniesieniu do istotnych różnic w liczbie wypowiedzi podanych przez ojców mających chore dzieci oraz przez ojców mających tylko zdrowe dzieci można powiedzieć, że ojcowie chorych dzieci, mimo że wskazali istotnie więcej wypowiedzi, nie ujawnili większej patologii, niż ojcowie dzieci zdrowych.

Uzyskane wyniki zgodne są z wynikami uzyskanymi z analizy tej samej grupy badanych ocenianej według kryteriów indeksu schizofrenii (SCZI) [30]. Wszyscy rodzice (zarówno matki, jak i ojcowie) mający dziecko chore na schizofrenię paranoidalną uzyskali istotnie wyższe wyniki w SCZI i wykazali się przede wszystkim mniejszą precyzją percepcji. Matki chorych dzieci różniły się ponadto od matek dzieci zdrowych zakłóceniami w myślowym aspekcie formowania wypowiedzi. Wszystkie osoby badane uzyskały nieco wyższe wyniki w SCZI niż w PTI, co zgodne jest ze stanowiskiem Exnera (rozkłady wyników w SCZI i PTI są podobne, choć wyższe w przypadku SCZI). Wydaje się, że PTI łagodniej ocenia zaburzenia procesu myślowego (konceptualizacji) wprowadzając ważoną sumę sygnatur specjalnych i relatywizując ją do liczby wypowiedzi uzyskanych w całym badaniu. PTI łagodniej ocenia także zaburzenia percepcji, włączając do wypowiedzi adekwatnych także wypowiedzi niekonwencjonalne. Interesujące, że pewne deficyty w funkcjonowaniu poznawczym u rodziców chorych dzieci pojawiły się w sytuacji swobodnego interpretowania plam atramentowych, a więc w sytuacji, w której można byłoby spodziewać się możliwej kompensacji ewentualnych braków percepcji i myślenia. Z drugiej strony jednak, wysoki poziom niepewności i emocjonalny charakter prezentowanych bodźców (bogate znaczenia konotacyjne) [31] prawdopodobnie uniemożliwiał taką kompensację. Być może gorsze wyniki matek mających chore dziecko wynikały z nieumiejętności funkcjonowania w sytuacji stresowej, z nieumiejętności narzucenia sobie dyscypliny i samokontroli. Jeszcze bardziej interesujące, ale trudniejsze do interpretacji jest, że rodzice chorych dzieci bardziej różnili się od grupy kontrolnej, niż osoby chore na schizofrenię badani po ustąpieniu objawów wytwórczych w porównaniu z grupą kontrolną [32, 33]. SCZI różnicowa-

ła osoby chore i zdrowe, lecz różnica zbliżała się jedynie do istotności, natomiast PTI nie różnicował obydwóch tych grup zupełnie. Być może osoby chore bardziej kontrolowały swoje reakcje, podchodziły do badania z rezerwą i dystansem, podczas gdy rodzice chorych dzieci (a zwłaszcza matki) starali się wykonywać test sumiennie i wypaść jak najlepiej, co paradoksalnie mogło przyczynić się do ujawnienia swoistości myślenia. Pewne poparcie dla takiego kierunku interpretacji można znaleźć w wynikach analizy tych samych grup rodziców pod względem przejawów tzw. mechanizmu obronnego intelektualizacji [34]. Exner opracował również indeks intelektualizacji w odniesieniu do wypowiedzi uzyskiwanych w teście Rorschacha [22, 23]. Badacz ten zajmuje stanowisko, że z intelektualizacją mamy do czynienia wówczas, gdy wpływ doświadczanych emocji jest zredukowany lub nawet zupełnie neutralizowany dzięki „zajmowaniu się” nimi nie na emocjonalnym, lecz na pojęciowym poziomie. Jest to jednak proces pseudointelektualny, mający na celu ukojenie przykrych odczuć poprzez zerwanie bezpośredniego kontaktu z emocjami i uczuciami, co może prowadzić do postaw pozbawionych realizmu, a nawet do myślenia urojeniowego [22, s.414]. Obie grupy rodziców nie różniły się istotnie wysokością indeksu intelektualizacji, ale różniły się pod względem jego składowych elementów. I tak, ojcowie chorych dzieci istotnie częściej wykorzystywali swą wiedzę antropologiczną, co można próbować interpretować jako chęć pochwalenia się, zaimponowania osobie badającej. Matki chorych dzieci częściej posługiwały się natomiast pojęciami abstrakcyjnymi i myśleniem symbolicznym (choć różnica zbliżała się tylko do istotności). Co ciekawe, myślenie abstrakcyjne i symboliczne (tak, jak mierzy je indeks intelektualizacji) okazało się istotnie skorelowane z wysokością ważonej sumy 6 znaków (SUM6) oraz wysokością PTI. Uzyskane wyniki zgodne są z wynikami uzyskiwanymi w innych opracowaniach także i pod tym względem, że to głównie matki chorych dzieci wykazywały się swoistością myślenia, podczas gdy u ojców tych dzieci (a ich mężów) wyraźniej zaznaczały się trudności adaptacyjne [35] i emocjonalne [36]. Matki z dzieckiem chorym na schizofrenię różniły się niekorzystnie od młodych kobiet chorujących na schizofrenię pod względem wysokości PTI (różnica zbliżała się do istotności) [37].

Sytuacja badania testem Rorschacha na pewno stwarzała obciążenie dla rodziców osób chorych i na pewno zdawali sobie oni sprawę, że szuka się „czegoś” w ich w psychice. Z tego powodu, dla poprawności metodologicznej należałoby wykonać podobne badanie w grupie osób mających dziecko chore na inną chorobę psychiczną oraz w grupie osób mających dziecko chore na poważną, przewlekłą chorobę somatyczną, aby wyeliminować wpływ stresu i uchwycić ewentualną specyfikę myślenia rodziców mających dziecko chore na schizofrenię. Takie wymogi metodologiczne postulowali już Hirsh i Leef [1]. Jeśli przyjmiemy, że nieadekwatne sposoby reagowania rodziców mających dziecko chore na schizofrenię są ich osobniczym sposobem reagowania, niezależnym od konkretnej sytuacji życiowej, w której byli badani, musimy uświadomić sobie, że dzieci, które w przyszłości zachorują na schizofrenię wychowują się w specyficznym środowisku rodzinnym. Ich rodzice w sytuacjach nietypowych lub cechujących się niedoinformowaniem mogą reagować nieadekwatnie. Nawet, jeśli po-

dobne zachowania nie charakteryzują dzieci z powodu uwarunkowań biologicznych, to należy liczyć się z tym, że mogą one nabywać je na drodze dziedziczenia społecznego, a już na pewno mają trudniejszą sytuację rozwojową z powodu niedostatku efektywnych wzorców radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Co więcej, dzieci te mogą być narażone na konieczność nie tylko radzenia sobie z własnymi dysfunkcjami, ale dodatkowo ponosić koszty nie zawsze dostosowanych do sytuacji ocen i zachowań rodziców. Widzimy więc, że wsparcie psychologiczne powinno obejmować całą rodzinę.

## WNIOSKI

1. Rodzice mający dziecko chore na schizofrenię paranoidalną różnili się istotnie od osób z grupy kontrolnej wysokością PTI. Kierunek różnicy był taki, że to rodzice dzieci chorych uzyskiwali wyższe wartości PTI.
2. Stwierdzone różnice dotyczyły przede wszystkim aspektu percepcyjnego formowania wypowiedzi, choć płęć okazała się tu istotną zmienną w odniesieniu do rodziców mających chore dzieci.
3. Grupa matek chorych dzieci różniła się od grupy matek dzieci zdrowych zarówno w aspekcie percepcyjnym, jak i myślowym formowania wypowiedzi.
4. Ojcowie chorych dzieci nie różnili się istotnie od ojców dzieci zdrowych ani wysokością PTI, ani poszczególnymi elementami wchodzącymi w jego skład.
5. Płęć nie okazała się istotną zmienną niezależną w odniesieniu do grupy rodziców mających tylko zdrowe dzieci.
6. Potrzebne są analogiczne badania rodziców mających dziecko chore na inne niż schizofrenia choroby psychiczne, a także rodziców mających dziecko chore na poważną, przewlekłą chorobę somatyczną.

## PIŚMIENNICTWO

1. Hirsh SR, Leef JP. Abnormalities in patients of schizophrenics. London, New York, Toronto: Oxford University Press; 1975.
2. Alanen YO. Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb. Przekład J. Bomba. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
3. Budzyna-Dawidowski P, Roztworowska M, de Barbaro B, Wojnar M. The concept of expressed emotions in a cultural context: a polish perspective. *Psychoter.* 1991; 76 (1): 85–89.
4. Józefik B. Wzory międzypokoleniowe w rodzinach pacjentów z zaburzeniami odżywiania się i w rodzinach pacjentów chorujących na schizofrenię. *Psychiatr Pol.* 2001; 35 (3): 399–415.
5. Borkowska A, Rybakowski J. Deficyty poznawcze w schizofrenii. W: Borkowska A. red. Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2005. s.7–29.
6. Borkowska A, Rybakowski J. Zaburzenia pamięci operacyjnej w schizofrenii i chorobach afektywnych. W: Borkowska A. red. Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2005. s.45–56.
7. Chłewiński Z. The contribution of working memory to the solution of divergent problems; Research on paranoid schizophrenic patients and healthy normals. *Pol Psychol Bull.* 1997; 28 (1): 31–46.
8. Nieznański M. Przetwarzanie kontekstu i monitorowanie źródeł informacji w schizofrenii. *Psychiatr Pol.* 2002; 36 (6): 731–743.
9. Łoza B, Markiewicz R. Struktura zaburzeń pamięci w schizofrenii. *Przegląd zagadnienia. Badania nad schizofrenią.* 2001; 3 (3): 171–178.
10. Rybakowski J, Borkowska A. Znaczenie zaburzeń czynności poznawczych w pierwszym epizodzie schizofrenii. W: Jarema M. red. Pierwszy epizod schizofrenii. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2001; s.56–66.
11. Sharma T, Harvey P. Cognition in schizophrenia. Impairments, importance and treatment strategies. Oxford: Oxford University Press; 2000.
12. Wrońska A, Jakubowska T, Anczewska M, Słórsarska M. Procesy koncentracji uwagi i uczenia się u pacjentów z rozpoznaniem psychozy schizofrenicznej. Część I. Zaburzenia uwagi. *Psychiatr Pol.* 1999; 33 (4): 667–677.
13. Wrońska A, Jakubowska T, Anczewska M, Słórsarska M. Procesy koncentracji uwagi i uczenia się u pacjentów z rozpoznaniem psychozy schizofrenicznej. Część II. Procesy zapamiętywania materiału werbalnego. *Psychiatr Pol.* 1999; 33 (5): 679–685.
14. Hintze B, Bembenek A, Kühn-Dymecka A, Wrońska A, Wciórka J. Dysfunkcja pamięci operacyjnej u osób chorych na schizofrenię i ich krewnych pierwszego stopnia. *Psychiatr Pol.* 2004; 38 (5): 847–860.
15. Hintze B, Kühn-Dymecka A, Bembenek A, Wrońska A, Wciórka J. Dysfunkcje uwagi u osób chorych na schizofrenię i ich krewnych pierwszego stopnia. *Psychiatr Pol.* 2004; 38 (5): 861–873.
16. Rund BR. Attention, Communication, and schizophrenia. *Yale J Biol Med.* 1985; 58 (3): 265–273.
17. Drat-Ruszczak K. Badanie mechanizmu upożytywnienia informacji społecznej w schizofrenii. *Przeegl Psychol.* 1994; 37 (1–2): 70–92.
18. Drat-Ruszczak K. Priming of an assertive or submissive orientation toward the family and the processing of family related information in schizophrenia. *Pol Psychol Bull.* 1994; 125 (1): 43–57.
19. Nieznański M. Zaburzenia procesów poznawczych i językowych a zakłócenia komunikacji w rodzinach osób chorych na schizofrenię. *Psychiatr Pol.* 1999; 33 (3): 399–406.
20. Nieznański M. Ocena umiejętności nadawania i odbierania komunikatów u chorych na schizofrenię i ich matek. *Psychiatr Pol.* 1999; 33 (3): 407–414.
21. Lilienfeld SO, Wood JM, Garb HN. Status naukowy technik projekcyjnych. Przekład H. Grzegołowska-Klarkowska. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
22. Exner JE. The Rorschach Comprehensive System. Vol. 1. Hoboken, New York: John Wiley & Sons, Inc; 2003.
23. Stasiakiewicz M. Test Rorschacha. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2004.
24. Deręgowski J. Real space and represented space: Cross-cultural perspectives. *Behav Brain Sci.* 1989 (12): 51–119.
25. Leśniak FL. Perceptanaliza w perspektywie pozytywnej dezintegracji. Warszawa: PTHP; 1994.
26. Grzywak-Kaczyńska M. Podręcznik do metody Rorschacha. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2006.
27. Hunca-Bednarska A. Wartość diagnostyczna niektórych kategorii wypowiedzi i perceptów pojawiających się podczas badania testem Rorschacha – część 1. *Post Psychiatr Neurol.* 2002; 11 (4): 339–348.
28. Hunca-Bednarska A. Wartość diagnostyczna niektórych kategorii wypowiedzi i perceptów pojawiających się podczas badania testem Rorschacha – część 2. *Post Psychiatr Neurol.* 2002; 11 (4): 349–356.
29. Szafranec J. Analiza treści wypowiedzi w metodzie Rorschacha u chorych na schizofrenię. *Psychiatr Pol.* 1976; 10 (3): 257–281.

30. Hunca-Bednarska A. Zakłócenia procesów mediacji i konceptualizacji podczas formowania wypowiedzi w teście Hermanna Rorschacha u rodziców mających dziecko chore na schizofrenię paranoidalną. *Roczniki Teologiczne. Zeszyty Nauk o Rodzinie* (w druku).
31. Stasiakiewicz M. Podmiotowe i sytuacyjne wyznaczniki badania testem Rorschacha. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 1994.
32. Hunca-Bednarska A. Zakłócenia procesów mediacji i konceptualizacji podczas formowania wypowiedzi w teście Hermanna Rorschacha. Wskaźnik schizofrenii – SCZI. (nieopublikowany maszynopis).
33. Hunca-Bednarska A. J.E. Exnera wskaźnik zaburzeń percepcji i myślenia – PTI. Badanie osób chorych na schizofrenię paranoidalną oraz osób zdrowych. *Badania nad schizofrenią* 2008; 9 (9) (w druku).
34. Hunca-Bednarska A. Mechanizm obronny intelektualizacji. Badania porównawcze rodziców osób chorych na schizofrenię paranoidalną oraz rodziców mających zdrowe dzieci. *Badania nad schizofrenią*. 2007; 8 (8): 53–61.
35. Hunca-Bednarska A. Poczucie wyobcowania u rodziców osób chorych na schizofrenię paranoidalną. *Roczniki Psychologiczne*. 2008; 12 (1): 77–94.
36. Hunca-Bednarska A. Wypowiedzi dotyczące ludzi spostrzeganych na trzeciej tablicy testu Hermanna Rorschacha. *Badania rodziców osób chorych na schizofrenię paranoidalną. Badania nad schizofrenią*. 2006; 7 (7): 259–267.
37. Hunca-Bednarska A. Przejawy zaburzeń percepcji i myślenia w teście Hermanna Rorschacha – SCZI oraz PTI. Badanie porównawcze grupy osób chorych na schizofrenię paranoidalną oraz osób starszych od nich o jedno pokolenie. *Badania nad schizofrenią* 2008; 9 (9) (w druku).

*Wpłynęło: 20.06.2008. Zrecenzowano: 25.07.2008. Przyjęto: 05.08.2008.*

*Adres: Dr Anna Hunca-Bednarska, Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie,  
ul. Głuska 1, 20-439 Lublin, e-mail: bednarskim5@wp.pl*