

Struktura osobowości młodych kobiet chorujących na anoreksję psychiczną (analiza badań własnych metodą Rorschacha)

The structure of personality of women with anorexia nervosa (author's own research Rorschach's test)

Bernadetta Izydorczyk

Katedra Psychologii Klinicznej i Sądowej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. J. M. Stanik

Summary

Aim. The aim of the research was an attempt to describe the structure of personality of anorexic young females. In the work, several questions were posed: Are there specific factors in the personality structure of women and what are their characteristics? What are the properties of the emotional structure of anorexic patients' personalities?

Method. The test concerned a group of 30 young women aged 18-26. The methods of research included were: 1) medical documentation, 2) clinical surveys and 3) Rorschach inkblot test.

Results and conclusion. The results of the test indicate a predominantly occurring significant personal character in the tested group of anorexic patients. On the basis of the results we can state how much the personality structure of anorexic women is emotionally diverse.

Słowa klucze: struktura osobowości, anoreksja psychiczna

Key words: structure of personality, personality, anorexia nervosa

Wstęp

Przegląd psychiatryczno-psychologicznej literatury dotyczącej badań nad cechami i strukturą osobowości u dziewcząt i kobiet chorujących na anoreksję psychiczną wskazuje na dużą różnorodność używanych narzędzi badawczych. Różnorodne są także wyniki tych badań [1, 2, 3, 4]. Analizując je daje się zauważyć zróżnicowanie charakterystyki cech osobowości osób badanych, w zależności od tego, czy cierpią one na typ restrykcyjny czy też bulimiczny (przeczyszczający się) anoreksji psychicznej [1].

Płaszczyzna podobieństw w rozwoju struktury, cech osobowości i jednocześnie specyfiki rozwoju zaburzeń odżywiania się dotyczyć może chociażby takich elementów, jak: ich dynamiczny rozwój, symptomy ujawniane w okresie dojrzewania (czas separacji i indywiduacji młodej osoby – kształtowania się jej tożsamości i autonomii),

długotrwałość choroby i zachodzących zmian, a także okresy zaostrzeń i ekspozycji silnych symptomów w sytuacjach stresowych.

W świetle literatury przedmiotu przytaczane wyniki badań dotyczą głównie populacji kobiet, zdecydowanie rzadziej pojawiają się opisy tych badań, które przeprowadzane są w grupie chorujących na anoreksję psychiczną mężczyzn. Niemniej jednak nieliczne badania przeprowadzone w grupie 15 mężczyzn, między innymi przez Fassina i wsp. [5], wskazały na brak istotnych różnic pomiędzy cechami temperamentu u badanych chorujących mężczyzn i kobiet (autorzy wykorzystali do pomiaru cech temperamentu kwestionariusz TCI).

Cytowane w literaturze badania nad psychopatologicznymi, osobowościowymi cechami najczęściej dotyczyły ich pomiaru metodą kwestionariuszową i ukierunkowane były głównie na opis i typologię cech osobowościowych. Można je zdefiniować jako tzw. badania typologiczne, opierające się na ustrukturyowanych wywiadach klinicznych według klasyfikacji i kryteriów DSM IV. Wskazały one na częste rozpowszechnienie zaburzeń osobowości w grupie leczonych osób z diagnozą zaburzeń odżywiania się. Grilo [6] w swoich badaniach wskazuje, że zaburzenia osobowości wśród pacjentek z anoreksją występowały dwukrotnie częściej niż w badanych grupach kontrolnych. U pacjentek z rozpoznaniem anoreksji typu restrykcyjnego najczęściej diagnozowaną osobowością była osobowość z cechami lękowymi: unikająca, zależna i obsesyjno-kompulsyjna (wg DSM-IV). Natomiast pacjentki z rozpoznaniem anoreksji typu bulimicznego (przechyżczającego się) najczęściej prezentowały cechy osobowości borderline i cechy osobowości histrionicznej [6, 7].

Badania Goldnera i współpracowników z zastosowaniem kwestionariusza DAPP (Dimensional Assessment of Personality Pathology) wskazały, iż w grupie przebadanych przez nich 135 kobiet z diagnozą zaburzeń odżywiania się dominowały trzy różne profile cech osobowościowych. Największa grupa badanych kobiet (49,3%) prezentowała istotnie podwyższony poziom kompulsywności i trudności interpersonalnych, 18,4% badanych ujawniło nasilone cechy impulsywności i psychopatyczności, zbliżone swoim charakterem do cech osobowości borderline, natomiast 32,4% kobiet wykazało podwyższony poziom lęku, narcystyczności, niską samoocenę przy niewielkim poziomie patologii struktur osobowości [za: 6, 7].

Badania Strobera [8], przeprowadzone w grupie chorych na anoreksję psychiczną adolescentów (z wykorzystaniem wielowymiarowego kwestionariusza osobowości MMPI) potwierdziły wyniki opisywane przez Goldnera i wsp. [za: 1]. Strober wyodrębnił w strukturze osobowości dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną dwa główne jej typy: typ lękowy (z wypukłą niską samooceną i trudnościami w kontaktach społecznych, interpersonalnych) i typ impulsywny (z niską tolerancją frustracji i dysforycznym nastrojem). Trzeci typ, który wyróżnił, cechował się niskim poziomem patologii osobowości.

Wśród cytowanych w literaturze przedmiotu badań nad profilem dominujących cech osobowości u osób chorych na zaburzenia odżywiania się obecne są również wyniki badań Cervera S, Latortiga F i wsp., którzy dokonywali oceny tychże cech za pomocą testu EDI (Eating Disorders Inventory). Autorzy ci wskazują na występowanie wśród

cech osobowości tej grupy chorych dominującego perfekcjonizmu, niskiej samooceny, cech aleksytymii i zaburzeń regulacji impulsów [za: 1, 2].

Z kolei Cloninger i wsp. [9], stosując w badaniach nad cechami osobowości i temperamentu Inwentarz Temperamentu i Charakteru TCI (Temperament and Charakter Inventory), stwierdzili, że uwarunkowania biologiczne i tzw. model endofenotypu kształtują rozwój cech osobowości u pacjentek chorych na anoreksję psychiczną. Według uzyskanych przez nich wyników chore kobiety charakteryzował wysoki poziom skali tzw. unikania przykrości w TCI. Te z typem anoreksji restrykcyjnej charakteryzowało niskie zapotrzebowanie na stymulację, natomiast te, u których dominował typ anoreksji bulimicznej, nie ujawniły takiej zależności. Cloninger i wsp. dowodzą, że cechy te wykazują powiązanie z temperamentem i korelują ze zmniejszonym przekąźnictwem serotoninergicznym [9].

Kolejne z cytowanych w przeglądzie światowej literatury badań dotyczą częstego diagnozowania u tychże chorych cech obsesyjno-kompulsyjnych. Potwierdzają to badania Ransona i wsp. [10] oraz Steihausena [11].

W piśmiennictwie polskim w zakresie badań nad cechami osobowości u osób z diagnozą zaburzeń odżywiania się (anoreksji i bulimii) dominują między innymi badania Namysłowskiej, Bomby, Józefik, Żechowskiego, Mikołajczyk, Samochowiec i współpracowników [1, 2, 3, 4]. Cytowane w literaturze przedmiotu wyniki ich badań potwierdzają występowanie w populacji polskich badanych (chorych na anoreksję) trzech typów osobowościowych (typ neurotyczny, borderline i psychotyczny).

Reasumując, możemy powiedzieć, że otrzymane rezultaty badań wskazują na dominację w grupie chorych na anoreksję, w zakresie osobowości, cech lękowych (unikających, obsesyjno-kompulsyjnych) oraz trudności w przeżywaniu uczuciowym, które ujawniają się poprzez cechy zarówno perfekcjonizmu (typ restrykcyjny anoreksji), jak i impulsywności, histrioniczności (bardziej w typie anoreksji bulimicznej).

Nawiązując do cytowanych autorów, możemy się zastanowić, w jakim stopniu wyniki badań mogą być zniekształcone przez dokonywanie pomiarów w czasie trwania choroby oraz przez samą metodykę badania (kwestionariusze, które objęte są błędem deklaracyjności wypowiedzi). Chcąc rozwijać ciągle mało precyzyjnie opracowany jeszcze klinicznie temat diagnozowania struktury osobowości w populacji polskiej osób chorych na anoreksję, jako psycholog kliniczny i psychoterapeuta, podjęłam badania nad tym tematem, stosując metodę kliniczną, projekcyjną, jaką stanowi test Rorschacha i wywiad kliniczny.

Celem przeprowadzonych badań była próba charakterystyki struktury osobowości grupy dziewcząt i kobiet chorujących na jadłowstręt psychiczny. W pracy postawiono następujące pytania badawcze: (1) jaka jest struktura osobowości pacjentek chorych na anoreksję oraz (2) czy istnieją specyficzne cechy struktury emocjonalno-uczuciowej w rozwoju osobowości dziewcząt chorujących na jadłowstręt psychiczny?

Metoda badań

Celem odpowiedzi na pytanie, jaka jest struktura osobowości i świat konfliktów wewnętrznych przeżywanych przez badane dziewczęta, wykorzystano następujące

metody badania: dane z dokumentacji medycznej, wywiad kliniczny (skategoryzowany i ukierunkowany na dane związane z przebiegiem i etiopatogenezą choroby), projekcyjną metodę do badania osobowości – test Rorschacha. Ze względu na skupienie się w interpretacji wyników badania na wymiarze psychologicznego funkcjonowania, w analizie otrzymanych wyników oparto się na anglosaskim systemie sygnatur (zbliżonym do europejskiego) opracowanym przez Z. Piotrowskiego [12, 13, 14]. Test Rorschacha jest uznanym w psychologicznej diagnostyce klinicznej narzędziem pomiaru zarówno właściwości psychologicznych osoby, jak i struktury osobowości. Metoda projekcyjna nie jest w pełni potwierdzona empirycznie, ale na pewno jest istotna klinicznie, niejednokrotnie jedyna i właściwa do zastosowania w penetrowaniu wewnętrznych obszarów świata psychicznego osoby, pomocna w diagnozie dynamiki i struktury osobowości. Biorąc pod uwagę fakt, że powinna być i jest najczęściej stosowana przez merytorycznie przygotowanych do tego celu psychologów klinicznych (występujących tutaj również w roli badaczy świata przeżyć wewnętrznych niedostępnych poznaniu innymi sposobami), uznałam jej zastosowanie do moich badań jako zasadne.

W badaniach wyodrębniono, jako główną zmienną, strukturę emocjonalno-uczuciową osobowości. Zdefiniowano ją jako psychopatologiczne cechy i nasilone konflikty wewnętrzne – sprzeczne dążenia, uczucia, postawy, pragnienia jednostki reprezentowane przez ujawnioną tendencję do ekspozycji tzw. szoków. Jako szok rozumiano niespodziewany wstrząs psychiczny, wywołany kolorową tablicą, hamujący aktywność intelektualną osoby badanej na dłuższą lub krótszą chwilę i obniżający poziom jej aktywności. Jego wskaźnikami były: odmowa odpowiedzi, przedłużenie (dwukrotne) początkowego czasu reakcji na daną tablicę, zmniejszoną liczbę odpowiedzi, obniżoną jakość odpowiedzi, krytykę plamy, mimikę, gesty oznaczające wzruszenie. Na podstawie obecności wymienionych wskaźników zdefiniowano następujące postacie szoków: szok kolorów C (tablica II, III) – wyraz konfliktów o charakterze neurotycznym z dominacją przeżywania lęku i depresji (charakteryzujący jednostki obwiniające innych za swoje niepowodzenia), szok czerni c' (IV, V) – wyraz urazowych przeżyć psychicznych i tendencji do uśmierzania nadmiernego lęku ze skłonnościami do samoobwiniania się, szok ruchu M (III) – wyraz konfliktu między aktualną rolą życiową a wytworzonym w dzieciństwie stylem życiowym (urazogenny psychicznie stosunek do ludzi i tendencja do alienacji), szoki seksualne (VI, VII) – wyraz konfliktów w sferze funkcjonowania seksualnego (w zakresie męskiej i żeńskiej aktywności seksualnej), szoki na tablicę IX – wyraz konfliktów seksualnych, szok próżni (VII, IX) – wyraz konfliktów przeżywanych w związku z matką, szok na tablicę X – wyraz konfliktowości wewnętrznej dotyczącej nieradzenia sobie z problemami dnia codziennego i lękiem o przyszłość.

Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objęto grupę 30 dziewcząt i młodych kobiet narodowości polskiej w wieku od 18 do 26 lat. Ze względu na problematykę badań dobór pacjentów miał charakter celowy. Badaną grupę stanowiły dziewczęta i młode kobiety z rozpoznaniem

jadłowstrętu psychicznego według kryteriów ICD-10. Średnia wskaźnika BMI wynosiła 16,5. W nomenklaturze medycznej 13 pacjentek prezentowało typ restrykcyjny, a 17 restrykcyjno-wydalający (głównie przez prowokowane wymioty). Wszystkie badane nie miały miesiączki od kilku miesięcy (minimum 5 miesięcy, maksimum 12 miesięcy), jak też eksponowały w symptomatologii choroby aktualnie nasilone lęki przed przytęciem i restrykcyjne dążenie do szczupłości (poprzez jakościowe i/lub ilościowe ograniczanie pokarmów). Wszystkie badane osoby znajdowały się od minimum sześciu miesięcy pod stałą opieką medyczną i psychologiczną w Ośrodku Leczenia Zaburzeń Odżywiania. Jak wynika z danych ich historii chorób i dokumentacji medycznej, nie były one wcześniej objęte stałą opieką medyczno-psychologiczną, natomiast miały już w życiorysie kontakt z lekarzem i psychologiem z powodu objawów chorobowych związanych z anoreksją. Cztery badane dziewczęta (w wieku 18 lat) były wcześniej hospitalizowane na oddziale stacjonarnym, gdzie rozpoznano u nich jadłowstręt psychiczny, a następnie – skierowano na kontynuację leczenia na oddziale dziennym.

Badane dziewczęta i młode kobiety były niezamężne i nie miały dzieci. 20 dziewcząt kontynuowało naukę w szkole średniej, a 10 studiowało na I roku studiów dziennych bądź wieczorowych. Badania przeprowadzono w roku 2004/2005. W badaniach nie uwzględniono grupy kontrolnej. Uznano, że na obecnym etapie, ze względu na zbyt duże trudności organizacyjno-etyczne w dostępności osób, procedurze i czasochłonności badań, zastosowanie metody Rorschacha nie byłoby możliwe. Badania zakończono jednak sugestią ich kontynuacji w celu zbierania danych również z udziałem grupy kontrolnej. Wyniki porównano z danymi cytowanymi w literaturze przedmiotu i sprawdzono ich zgodność z uznanymi koncepcjami teoretycznymi.

Wyniki

Otrzymane wyniki testu Rorschacha (sporządzone przez 30 badanych spontaniczne opisy każdej z 10 eksponowanych im plam) uzupełnione danymi z dokumentacji medycznej i wywiadu klinicznego poddano analizie klinicznej w kierunku przypisania im konkretnych sygnatur. Ich opis i wzajemny względem siebie układ pozwolił mi na sporządzenie charakterystyki struktury osobowości grupy dziewcząt i kobiet chorujących na anoreksję. Przyporządkowanie, podanym przez badane dziewczęta i kobiety, treściom poszczególnych sygnatur odbyło się za pomocą zastosowania metody sędziów kompetentnych (trzej niezależni psychologowie kliniczni).

Analizę statystyczną otrzymanych wyników przeprowadzono na podstawie wartości średnich, jako wskaźników częstotliwości rozpoznawania przez sędziów kompetentnych w treści przedstawionych im opisów plam, sporządzonych przez badanych, zestawu określonych sygnatur. Analizę kliniczną otrzymanego materiału z badania przeprowadzono, opierając się na teoretycznych wskazówkach dotyczących interpretacji wyników projekcyjnego testu Rorschacha, przedstawionych w literaturze przedmiotu [12, 13]. Pozwoliła ona na sporządzenie psychologicznej diagnozy struktury osobowości młodych kobiet chorujących na anoreksję psychiczną.

Analiza kliniczna wyników testu Rorschacha

Analiza sygnatur obszaru (D, W)

Analiza obszaru omawianego przez badane w ich wypowiedziach (sygnowane: W, D, Do, Dd, De, Dr, S) potwierdza zgodność wyników z normą. Dominowały sygnatury W (średnia = 11,77), znacznie przewyższające przeciętność w protokołach (ok. 6). Może to wskazywać na silniejsze dążenie do władzy, tendencje do kierowania, potrzebę uznania i większe uwrażliwienie na krytykę innych. Najliczniejsze w protokołach badanych są sygnatury D (średnia = 14,0) przy braku małych detali (Dr, Dd, De). Wyniki te nie potwierdzałyby nasilonych zaburzeń psychicznych. Wyraźnie zaznaczona obecność interpretacji przez badane tzw. białych plam (sygnatura S średnia = 1,75 przy dopuszczalnej granicznej 2) może wskazywać na krytyczną postawę intelektualną, opozycję do innych ludzi bądź do samej siebie pod postacią samooskarżenia i neurotycznego stosunku do siebie. Analiza komponent obszaru pokazuje, że badane młode kobiety cechuje duży zasięg zadań życiowych, ale nacechowany krytycyzmem, opozycyjnością do ludzi i(lub) siebie.

Analiza sygnatur formy (F)

Wypowiedzi determinowane formą (F) charakteryzują sposób ustosunkowania się do świata zewnętrznego i przeżywania go przez badane. W grupie badanych dominują sygnatury F + nad C. Może to sugerować, że badane obiektywnie postrzegają rzeczywistość (F powyżej 20%), mają dość dużą inteligencję (% F w % F+(76,42)) – zbliżona do wartości przeciętnej w protokołach (80%) potwierdzać może zdolność badanych do kontrolowania procesu myślenia. Liczba W (średnia = 11,77) nie przewyższa F i nie wskazuje jednak na ujawnianie się u badanych ambitnych planów na przyszłość i świadomej zdolności do wysiłku, i pozytywnych efektów tego wysiłku. Mała liczba sygnatury Dd (średnia = 3,13) przy ogólnej liczbie sygnatur F i W nie wskazuje na nadmierną drobiazgowość badanych, która mogłaby ograniczać ich aktywność. Być może sama choroba (mimo wysokiej inteligencji samych badanych) ogranicza myślenie i plany związane z przyszłością (% F + (76,42)). Dane wskazują na utrzymaną zdolność do kontrolowanego, krytycznego myślenia, ale nie jest to wynik najwyższy, świadczący o wysokiej inteligencji, ambicji i planach na przyszłość (% F w stosunku do liczby wypowiedzi R = 58,53, norma to 80%).

Analiza cechy pospolitości i oryginalności wypowiedzi (P, Or)

Analiza wypowiedzi badanych pod kątem oceny ich pospolitości i oryginalności, reprezentowanych sygnaturami P, Or, wskazała na dominację tych pierwszych (potwierdzają to wyniki średnie). Przeciętna ich liczba w protokołach mieści się w granicach 5–7. Uzyskaną średnią w grupie badanych kobiet można tłumaczyć neurotyczną obroną przed czyjąś agresywnością (lęk przed wrogością otoczenia wywołany posiadaniem własnego zdania może hamować oryginalność myślenia). Pozostałe sygnatury nie potwierdzałyby tutaj hipotezy o istnieniu pospolitości myślenia. Wypowiedzi deter-

minowane wyobrażonym ruchem (M) pozwalają na identyfikację ukrytych dążeń, postaw i cech w strukturze osobowości. Określają skłonność do refleksji, aktywność wewnętrzną, twórczość i bogatą wyobraźnię. Liczba ujawnionych M w protokołach badanych mieściła się w normie dla przeciętnego człowieka. Otrzymane średnie wartości ujawnienia się sygnatury M (raczej o znaku dodatnim) w grupie badanych dziewcząt wskazują na dominację skłonności do ulegania, podporządkowywania się, jak też ekspozycji ostrożności, nieufności, a nawet niechęci do aktywnych, szczerych stosunków z ludźmi (średnia dla ruchów skulonych = 3,29 dominuje wyraźnie nad średnią częstotliwością ujawniania się ruchów rozmachowych = 1,33).

Analiza sygnatur ruchu (M)

W analizie współzależności między sygnaturą M a pozostałymi sygnaturami profilu Rorschacha (szczególnie znaczącego W) ujawnia się zgodność typowa dla wieku (u młodzieży stosunek W do M = 4 : 1). Duża liczba sygnatur W potwierdzać może potrzebę działania, osiągania trudnych, wymagających wysiłku, ambitnych celów. W analizie współzależności między M a F ujawnia się także tendencja do hamowania, przez własny osąd, podejmowanych działań (przewaga % F = 76,42). Liczba wypowiedzi o treści zwierzęcej determinowanej ruchem Fm mieści się również w normie – 9 (zwykle jest ich 2–3 w protokole przeciętnego człowieka).

Analiza wypowiedzi o treści zwierzęcej determinowanej ruchem (sygnatury F, M), i ich prawie zrównana średnia potwierdza zróżnicowanie w dynamice dojrzewania emocjonalnego badanych. Wśród wypowiedzi o treści zwierzęcej ujawnił się ruch rozmachowy, co może sugerować, iż w stanie niepełnej świadomości i obniżonej kontroli jednostki te będą predysponowane do eskalacji agresji. Być może jest to wyraz jeszcze regresji dziecięcej i tendencji do infantylnego przeżywania rozczarowań życiowych, niepowodzeń. Wypowiedzi z wyobrażonymi ruchami przedmiotów martwych (m) odnotowano niewiele (średnia = 1). Potwierdzać to może skłonności do bierności i cech masochistycznych (jako zaprzeczenie swoim pragnieniom dziecięcym).

Analiza sygnatur barw i światłocieni (C, C')

Analiza wypowiedzi determinowanych barwą i światłocieniem (sygnatury C, c, C', c'') wskazała na dominację wśród badanych dziewcząt nasilonych tendencji do ekspozycji uczuciowości, kontrolowanej jednak intelektem, przystosowanej, uspołecznionej. Obecność sygnatur C potwierdzać może również brak otępienia uczuciowego. Analiza współzależności między sygnaturami C a innymi komponentami (Fc, CF) wskazuje, iż profil uczuciowego funkcjonowania cechuje typ nazwany introwertywnym mieszanym. Może potwierdzać dużą inteligencję badanych, introwersję z uczuciami, intensywnymi powiązaniem uczuciowymi i mniejszą zdolność do przystosowania. Stosunek F C : CF + C potwierdzać może uczuciowość kontrolowaną intelektem w przeciwstawie do braku nieopanowanej emocjonalności. Obecność sygnatur C potwierdzałaby również brak wskaźników do wnioskowania o rozwijających się cechach egocentryzmu i otępienia uczuciowego w strukturach uczuciowych osobowości badanych dziewcząt

z zaburzeniami odżywiania się. Stosunek C do W (1,75 : 11,77) potwierdzać może nikłe wykorzystanie emocjonalności do realizacji zamiarów i osiągania celów (jednostka działa, dąży do celów, ale nie wykorzystuje w tym emocjonalności). Stosunek C do % F + (1,75 : 76,42) potwierdzać może świadomą, silną kontrolę impulsów u badanych dziewcząt. Analiza wypowiedzi światłocieniowych (średnia $c = 1,00$) i ich stosunek do braku w protokołach badanych wypowiedzi z sygnaturami C mówi nam o ujawniających się utajonych lękach. Stosunek sygnatur C do c potwierdza dominację skłonności do odraczania reakcji i hamowania działania. Niewielka liczba sygnatury c w protokołach badanych osób wskazuje jednak na zahamowania, które mogą ograniczać impulsywność ich działań. Liczba wypowiedzi, w których obecne były sygnatury światłocieniowe, była stosunkowo niewielka (C' średnia 1,33). Nawiązując do Piotrowskiego i Rorschacha, poprzez światłocien ujawniają się tendencje lękowe i sposoby radzenia sobie z nimi (ucieczka albo walka). Ujawnienie się w wypowiedziach treści sygnowanych głównie Fc' c, C', stosunek sumy C do sumy c (w granicach normy – 9), brak c', przy obecności c, potwierdza podobieństwo do zachowań ogółu populacji (90%), a ponadto sugeruje głęboko tkwiącą w badanych jednostkach tendencję do uśmierzania lęków przez zmniejszanie aktywności w dziedzinie wywołującej lęk (są powściągliwe, czujne; gdy odczuwają lęk – odraczają działania oporując). Sposób postępowania cechuje ostrożność, dostosowywanie się do warunków społecznych bez nadmiernej konfliktowości zewnętrznej w środowisku. Osoby te mogą przejawiać skłonności do reakcji przeciwstawnych, tj. do wytwarzania postaw wprost przeciwnych do prawdziwych emocjonalnych przeżyć i tendencji (mogą mieć skłonności do maskowania agresji nadmiernym ugrzecznieniem).

Analiza sygnatur o treści zwierzęcej (A, Ad)

Liczba wypowiedzi o treści zwierzęcej (A, Ad), w stosunku do ogólnej liczby wypowiedzi R, jest znaczna. Sygnatur A, Ad, w stosunku do ogółu wypowiedzi R, było 62,98% (R stanowiło ogółem 24,26 wypowiedzi, a samych A, Ad było 15,28). Przekracza to nieco przeciętność (40–50%). Dane te mogą wskazywać na stereotypię bądź potwierdzać ukrytą depresyjność. Jak podaje literatura przedmiotu, autodestruktywność, skłonność do podejmowania działań samoniszcących u osób z anoreksją psychiczną, jest odwróconą reakcją agresywną, podobnie jak depresyjność utożsamia odwróconą agresję.

Analiza wypowiedzi o treści ludzkiej (H, Hd)

Liczba wypowiedzi zawierających treści zwierzęce, w stosunku do ogólnej liczby wypowiedzi R, potwierdzałyby również dominację cechy lęklivosti, szczególnie przed ludźmi. Świadczyć o tym może 32,93% obecności sygnatur H, Hd w stosunku do wszystkich wypowiedzi R (u przeciętnego dorosłego człowieka 10–20%).

Średnia liczba wypowiedzi badanych dotyczących przedmiotów nieożywionych (X) wyniosła 4,53, to jest 18,67% w stosunku do liczby wypowiedzi R. Potwierdza to zgodność z przeciętnością (tj. ok. 20%) w zakresie rozwoju zainteresowań.

Średnia wartość częstotliwości wypowiedzi z sygnaturami At, Ats, opisującymi w protokołach treści anatomiczne, wyniosła 3,95 (At = 3,47, Ats = 1,43). Stanowiło to 16,28% w stosunku do ogółu wypowiedzi R. W sytuacjach przeciętnych badani często oddają protokoły bez treści sygnowanych At bądź Ats. Biorąc pod uwagę konfigurację nasilenia analizowanych sygnatur możemy uznać, że wynik ten pokazuje skupianie się badanych dziewcząt na swoim ciele, dolegliwościach i nie wprost na treściach seksualnych.

Analiza zawartych w wypowiedziach badanych pozostałych sygnatur

Na uwagę zasługuje fakt, że badane nie eksponowały w swoich wypowiedziach wprost treści seksualnych (ekspozycja ludzkich bądź zwierzęcych genitaliów), co może potwierdzać ich wysoki poziom samokontroli w zakresie realizacji potrzeb seksualnych.

Brak w wypowiedziach badanych dziewcząt treści sygnowanych jako N (natura), R (rośliny) może potwierdzać prawidłowość typową dla wieku (treści te są rzadkie w protokołach ludzi dorosłych, za to częstsze u dzieci). Natomiast obecność w protokołach badanych treści architektonicznych (średnia 1,38, tj. 5,68% w stosunku do ogółu wypowiedzi R) może być wskaźnikiem potwierdzającym skłonności do nierealnych dążeń i niedojrzałości, ale też i oryginalności badanych, albowiem są one na ogół rzadkie w protokołach wypowiedzi ludzi dorosłych.

Analiza stwierdzonych w treściach wypowiedzi wskaźników tzw. szoków

Otrzymane wyniki wskazują na dominację w grupie badanych kobiet szczególnego nasilenia szoków: kolorów (tablice II, III), seksualnych (tablice VI, VII) i konfliktów wewnętrznych przeżywanych w związku z osobą matki (tablice VII, IX). Występujące u 77% badanych kobiet szoki kolorów C potwierdzają obecność u nich wysokiego poziomu lęku i agresji.

Analiza sygnatur typu: liczba wypowiedzi, czasy reakcji

Analiza liczby wypowiedzi R w protokołach 30 badanych dziewcząt i młodych kobiet wskazała na brak odchyień od protokołu normalnego, dorosłego człowieka, albowiem mieściła się ona w przedziale 20–30 (średnia wartość R = 24,26).

Analizując średnie czasy początkowych reakcji (zarówno na tablice kolorowe, jak i ciemne) widzimy, że są one identyczne (19,54). Wnioskujemy więc o braku uzależnienia, intelektualnej produktywności badanych i zdolności do myślenia bodźcami emocjonalnymi. Jest to wynik zbliżony do tych, które podaje Piotrowski, analizując psychogramy normalnych dorosłych osobników [za: 7].

Wnioski

Wnioski, które wypływają z analizy nasilenia występowania specyficznych współzależności pomiędzy opisywanymi sygnaturami, pozwoliły na sporządzenie

następującej charakterystyki struktur osobowości kobiet chorujących na anoreksję psychiczną.

Struktura intelektualna

Badane dziewczęta cechuje zachowana potencjalna zdolność do rozmachu życiowego i do podejmowania różnych życiowych inicjatyw (znaczna liczba sygnatur W w protokołach). W przeciwieństwie do niej rozwijać się mogą również skłonności do ulegania, podporządkowywania się, jak też ekspozycji ostrożności, nieufności, a nawet niechęci do aktywnych, szczerych stosunków z ludźmi (obecne sygnatury M o znaku dodatnim, średnia dla ruchów skulonych = 3,29 dominuje wyraźnie nad średnią częstotliwością ujawniania się ruchów rozmachowych = 1,33). Osoby badane zaliczają się do osób przystosowujących się do pozytywnych działań w otoczeniu, ale za to zrutynizowanych i podporządkowanych (mało C, ale znaczny % F+ i % A = Ad), osiągających cele w zależności od oceny otoczenia (wyniki w zakresie sygnatury C przewyższają M przy obecnym % F+).

Ocena poziomu intelektualnego u badanych wskazała, że jest on nierówny (zarówno średnia liczba sygnatury W, jak i % wypowiedzi oryginalnych Or mieściły się na poziomie umysłowym wyższym, natomiast pozostałe wartości średnie sygnatur: M, % F+, % A + Ad osiągnęły poziom intelektualny średni). Wskazuje to, że badane to osoby oryginalne o kontrolowanej intelektem uczuciowości, ale za to mało ekspansywne i raczej bierne.

Struktura emocjonalno-uczuciowa

W strukturze emocjonalnego i społecznego funkcjonowania badane dziewczęta ujawniają tendencję do świadomej samokontroli i silną potrzebę samokontroli (stosunek FC do CF wskazuje na dominację pierwszych sygnatur). W charakterystyce struktury emocjonalno-uczuciowej zwracamy uwagę na eksponowaną uczuciowość kontrolowaną intelektem, przystosowaną społecznie, raczej zależną, podporządkowaną, przy zachowanej prawidłowej inteligencji – dziewczęta są perfekcyjne w swoich działaniach (podobnie jak w badaniach cytowanych w literaturze przedmiotu). Poziom nasilenia sygnatur M i S może wskazywać na możliwość wystąpienia rzadkich, ale za to gwałtownych wyładowań emocjonalnych (może to mieć związek z ujawnianymi skłonnościami do reakcji kompulsywnych, np. prowokowanych wymiotów). Potwierdza to również cytowane w literaturze wyniki badań wskazujące na dominację cech obsesyjno-kompulsyjnych i lękowych.

Otrzymane wyniki wskazują na dominację w grupie badanych kobiet szczególnego nasilenia szoków: kolorów (tablice II, III), seksualnych (tablice VI, VII) i konfliktów wewnętrznych przeżywanych w związku z osobą matki (tablice VII, IX). Jakość i nasilenie szoków może wskazywać na konieczność uwzględnienia, w sporządzaniu psychologicznej diagnozy klinicznej tych chorych, grupy danych, które dotyczyć będą np. pytania w wywiadzie klinicznym o: historię relacji z matką (jak się kształtowała od najmłodszych lat, czy miała charakter ambiwalencji, zależności, podporządkowa-

nia, czy też dominacji i buntu), problematykę rozwoju psychoseksualnego i postawę otoczenia wychowującego wobec ujawniających się potrzeb seksualnych jednostki. Występujący u 77% badanych kobiet szok kolorów C może potwierdzać obecność podwyższonego poziomu lęku i agresji (potencjalnie tłumionej), które ujawniają krytyczną postawę intelektualną, opozycję do innych ludzi bądź do samego siebie pod postacią samooskarżania i neurotycznego stosunku do siebie. Analiza komponentu obszaru pokazuje, że badane młode kobiety cechuje duży zasięg zadań życiowych, ale nacechowany krytycyzmem, opozycyjnością do ludzi i(lub) siebie.

Dominacja ruchów skulonych wskazuje na rozwój tendencji „od świata”. Nawiązując do Piotrowskiego i Rorschacha, poprzez światłocien ujawniają się tendencje lękowe i sposoby radzenia sobie z nimi (ucieczka albo walka). Ujawnienie się w wypowiedziach treści sygnowanych głównie Fc, c', stosunek sumy C do sumy c w granicach normy (nie przekracza o 2 sumy C), brak c', przy obecności c, potwierdza podobieństwo do zachowań ogółu populacji (90%), a ponadto sugeruje głęboko tkwiącą w badanych jednostkach tendencję do uśmierzania lęków przez zmniejszanie aktywności w dziedzinie wywołującej lęk – są powściągliwe, czujne; gdy odczuwają lęk, odraczają działania, oporując (c' wskazywałoby na tendencję odwrotną, tj. do wzmagania aktywności redukującej lęk). Analiza wypowiedzi o treści zwierzęcej determinowanej ruchem (sygnatury FM), i ich prawie zrównana średnia, potwierdza zróżnicowanie w dynamice dojrzewania emocjonalnego badanych. Wśród wypowiedzi o treści zwierzęcej ujawnił się ruch rozmachowy, co może sugerować, iż w stanie niepełnej świadomości i obniżonej kontroli jednostki te będą predysponowane do eskalacji agresji. Być może jest to wyraz jeszcze regresji dziecięcej i tendencji do infantylnego przeżywania rozczarowań życiowych, niepowodzeń. Wypowiedzi z wyobrażonymi ruchami przedmiotów martwych (m) odnotowano niewiele (średnia = 1). Potwierdzać to może skłonności do bierności i cech masochistycznych (jako zaprzeczenie swoim pragnieniom dziecięcym).

Analiza współzależności między sygnaturami C a innymi komponentami (Fc, CF) wskazuje, iż profil uczuciowego funkcjonowania cechuje typ nazwany introwertywnym mieszanym. Obecność sygnatur C potwierdzałaby również brak wskaźników do wnioskowania o rozwijających się cechach egocentryzmu i oziępcenia uczuciowego w strukturach uczuciowych osobowości badanych dziewcząt z zaburzeniami odżywiania się. Stosunek C do W (1,75 : 11,77) potwierdzać może nikłe wykorzystanie emocjonalności do realizacji zamiarów i osiągania celów (jednostka działa, dąży do celów, ale nie wykorzystuje w tym emocjonalności). Stosunek C do % F + (1,75 : 76,42) potwierdzać może świadomą, silną kontrolę impulsów u badanych dziewcząt. Świadczyć o tym może również niewielka liczba sygnatury c w protokołach badanych osób. Stosunek sygnatur C do c wskazuje również na dominację skłonności do odraczania reakcji i hamowania działania. Analiza wypowiedzi światłocieniowych (średnia c = 1,00) i ich stosunek do braku w protokołach badanych wypowiedzi z sygnaturami C potwierdzać może utajone lęki.

Otrzymane dane mogą również potwierdzać ukrytą depresyjność badanych. Sygnatur A, Ad, w stosunku do R, było 62,98% (R stanowiło ogółem 24,26 wypowiedzi, a samych A, Ad było 15,28). Przekracza to nieco przeciętność (40–50%).

Jak podaje literatura przedmiotu, autodestruktywność – tendencje samoniszczące, które przypisuje się osobom z anoreksją psychiczną – jest odwróconą reakcją agresywną, podobnie jak depresyjność utożsamia odwróconą agresję. W sytuacjach przeciętnych badani często oddają protokoły bez treści sygnowanych At bądź Ats. Biorąc pod uwagę konfigurację nasilenia analizowanych sygnatur, możemy uznać, że wynik ten pokazuje skupianie się badanych dziewcząt na swoim ciele, dolegliwościach i nie wprost na treściach seksualnych.

Na uwagę zasługuje fakt, że badane nie eksponowały w swoich wypowiedziach wprost treści seksualnych (ekspozycja ludzkich bądź zwierzęcych genitaliów), co może potwierdzać ich wysoki poziom samokontroli w zakresie realizacji potrzeb seksualnych.

Struktura relacji społecznych

W analizie struktury relacji i sposobu komunikowania się z otoczeniem ujawnia się u badanych dziewcząt i młodych kobiet neurotyczna obrona przed czyjąś agresywnością (lęk przed wrogością otoczenia wywołany posiadaniem własnego zdania może hamować oryginalność myślenia). Pozostałe sygnatury nie potwierdzałyby tutaj hipotezy o istnieniu pospolitości myślenia, lenistwa myślenia. Przeciętna liczba wypowiedzi oryginalnych w protokołach mieści się w granicach 5–7. Uzyskana średnia w grupie badanych kobiet znacznie przekracza tę liczbę. Otrzymane średnie wartości ujawniania się sygnatury M (raczej o znaku dodatnim) w grupie badanych dziewcząt wskazują na dominację skłonności do ulegania, podporządkowywania się, jak też ekspozycji ostrożności, nieufności, a nawet niechęci do aktywnych, szczerych stosunków z ludźmi (średnia dla ruchów skulonych = 3,29 dominuje wyraźnie nad średnią częstotliwością ujawniania ruchów rozmachowych = 1,33). W analizie współzależności między M a F ujawnia się jednak tendencja do hamowania, przez własny osąd, swoich działań (przewaga % F = 76,42). Analiza wypowiedzi o treści ludzkiej (H, Hd) w stosunku do ogólnej liczby wypowiedzi R wskazała również na dominację lęklivosti, szczególnie przed ludźmi. Potwierdzać to może 32,93% obecności sygnatur H, Hd w stosunku do wszystkich wypowiedzi R (u przeciętnego dorosłego człowieka 10–20%).

Badane nie wykazują tendencji do ujawniania ambitnych planów na przyszłość i świadomej zdolności do wysiłku i pozytywnych efektów tego wysiłku (liczba W, średnia = 11,77, nie przewyższa F). Mała liczba sygnatury Dd (średnia = 3,13) przy ogólnej liczbie sygnatur F, W nie wskazuje na nadmierną drobiazgowość badanych, która mogłaby ograniczać aktywność. Być może sama choroba (mimo dużej inteligencji samych badanych) ogranicza myślenie i plany związane z przyszłością (% F + (76,42)). % F w stosunku do R = 58,53 wskazuje na normalną zdolność do kontrolowanego, krytycznego myślenia, ale nie jest to wynik najwyższy, świadczący o wysokiej inteligencji, ambicji i planach na przyszłość (norma to 80%). Liczba czystych F = 58,53 – według danych z literatury przedmiotu to wynik w normie. Badane cechuje zarówno poczucie rzeczywistości i zainteresowanie człowiekiem, jak i zachowane zdolności do wczuwania się w drugich i identyfikowanie się z nimi (obecność H, Hd przy FC), ale introwertywny typ przeżywania utrudniać może kontakty z otoczeniem. Sposób

postępowania cechuje ostrożność, dostosowywanie się do warunków społecznych bez konfliktowości zewnętrznej w środowisku. Osoby te mogą przejawiać skłonności do reakcji przeciwstawnych, tj. do wytwarzania postaw wprost przeciwnych do prawdziwych emocjonalnych przeżyć i tendencji. Mogą zatem mieć skłonności do maskowania agresji nadmiernym ugrzecznieniem (mechanizmy zaprzeczania).

Otrzymane wyniki badania mogą poszerzyć zakres wiedzy na temat struktury osobowości osób chorujących na jadłowstręt psychiczny, wspomóc proces ich psychologicznego diagnozowania, a jednocześnie przyczynić się do sporządzenia bardziej wnikliwego i zindywidualizowanego modelu postępowania terapeutycznego.

Структура личности молодых женщин, болеющих психической анорексией (анализ собственных исследований методом Роршаха)

Содержание

Задание. Задачей исследования было установление специфических черт, структуры личности молодых женщин, болеющих психической анорексией. В работе поставлены следующие исследовательские вопросы: существуют ли и какие из них специфические черты структуры личности женщин с диагнозом психической анорексии?

Метод. Экспериментальная группа состояла из 30 женщин в возрасте 18–26 лет. Использованы следующие методы: медицинская документация, клинический анамнез, проекционный тест Роршаха.

Результаты и вывод. Результаты исследования показали на присутствие и доминанцию черт личности в группе пациенток с диагнозом психической анорексии. На их основании можно углубить практические психологические сведения, относящиеся к специфичности эмоционального диагноза структуры личности у больных психической анорексией.

Persönlichkeitsstruktur bei jungen Frauen, die an Anorexia nervosa krank sind (Analyse der eigenen Studien mit Rorschach - Methode)

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war, eigenartige Eigenschaften der Persönlichkeitsstruktur bei jungen Frauen mit Anorexia nervosa zu diagnostizieren. In der Arbeit wurde die folgende Frage zur Untersuchung gestellt: gibt es überhaupt und wie sind die spezifischen Eigenschaften der Persönlichkeitsstruktur bei untersuchten Frauen mit der Diagnose Anorexia nervosa?

Methoden. Die untersuchte Gruppe bildeten 30 Frauen im Alter von 18 bis 26 Jahren. Folgende Untersuchungsmethoden wurden angewandt: medizinische Dokumentation, klinische Anamnese, und der projektive Test von Rorschach.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse der Studie zeigten auf auftretende und herrschende Persönlichkeitseigenschaften in der Gruppe der Patientinnen mit der Diagnose Anorexia nervosa. Auf dieser Grundlage können wir praktische psychologische Kenntnisse zur Spezifik der Diagnose der emotionalen Persönlichkeitsstruktur bei Kranken an Anorexia nervosa vertiefen.

La structure de personnalité de jeunes femmes souffrant de l'anorexie mentale (analyse des recherches de l'auteur basées sur le teste de Rorschach)

Résumé

Objectif. L'auteur vise à décrire les structures de personnalité de jeunes femmes souffrant de l'anorexie mentale. On pose donc les questions suivantes: existent-elles les structures spécifiques de personnalité de jeunes femmes souffrant de l'anorexie mentale? Quelles sont ces structures?

Méthodes. Le groupe examiné est formé de 30 femmes ayant de 18–26 ans. Ce groupe est analysé avec : documentation médicale, interrogatoire, teste de Rorschach.

Résultats et conclusion. Les résultats indiquent l'existence des traits dominants de personnalité de jeunes femmes souffrant de l'anorexie mentale. En basant sur ces résultats on peut approfondir la connaissance de la structure émotionnelle de personnalité de jeunes femmes souffrant de l'anorexie mentale.

Piśmiennictwo

1. Mikołajczyk E, Samochowiec J. *Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania*. Psychiatria Via Medica 2004; 1, 2: 91–95.
2. Mikołajczyk E, Samochowiec J, Śmiarowska M, Lisiecka A. *Cechy psychologiczne pacjentek z zaburzeniami odżywiania w porównaniu ze studentkami wyższych szkół medycznych badanych kwestionariuszem EDI*. Psychiatr. Pol. 2004; 38, 3: 171–172.
3. Mikołajczyk E, Samochowiec J, Śmiarowska M, Syrek A. *Analiza wymiarów temperamentu i charakteru według TCI u kobiet z jadłowstrętem i bulimią psychiczną*. Psychiatr. Pol. 2004; 38: 169–170.
4. Jakubczyk A, Żechowski C, Namysłowska I. *Jadłowstręt psychiczny – różne postacie, różne terapie*. W: Bomba J, Józefik B, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 2003.
5. Fassino S, Abbate-Daga G, Amianto F, Leombruni P, Boggio S, Rovera GG. *Temperament and character profil of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory*. Int. J. Eat. Disord. 2002; 32: 412–425.
6. Grilo CM. *Recent research of relationship among eating disorders and personality disorders*. Curr. Psych. Reports 2002; 4: 18–24.
7. Grilo CM, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG. *Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter*. Int. J. Eat. Disord. 2003; 33: 155–164.
8. Strober M. *The relation of personality characteristics to body image disturbances in juvenile anorexia nervosa: a multivariate analysis*. Psychosom. Med. 1981; 43: 323–330.
9. Clininger CR, Svarkic DM, Przybeck TR. *Psychobiological model of temperament and character*. Arch. Gen. Psychiatry 1993; 14: 213–218.
10. Ranson KM, Kaye WH, Weltzin TE i in. *Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 1703–1708.
11. Steihaus HC. *The outcome of anorexia nervosa in the 20 th century*. Am. J. Psychiatry 2003; 159: 1284–1293.
12. Grzywak-Kaczyńska M. *Podręcznik do metody Rorschacha*. Warszawa: Wyd. Akcydensowe, 1978.
13. Stasiakiewicz M. *Test Rorschacha*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2004.

Adres: Bernadetta Izydorczyk
Katedra Psychologii Klinicznej i Sądowej
Uniwersytet Śląski
40-126 Katowice, ul. Grażyńskiego 53

Otrzymano: 28.02.2007
Zrecenzowano: 8.08.2007
Przyjęto do druku: 2.10.2007