

MARIA MONIKA CHUCHRA
Lublin

POZIOM INTELIGENCJI A OBRAZ SIEBIE CHORYCH NA SCHIZOFRENIĘ PARANOIDALNĄ

W dobie współczesnej wzrosło zainteresowanie problematyką obrazu siebie. Sprawia to fakt, że określony obraz siebie – który jest jednym z centralnych elementów w strukturze osobowości – w dużej mierze warunkuje funkcjonowanie człowieka, jego styl bycia i zachowania się.

Obraz siebie wytworzony w ciągu całego życia jest strukturą względnie stabilną, oporną na zmiany. Może on jednak niekiedy ulec zmianie, zwłaszcza pod wpływem silnych urazów psychicznych. Do takich między innymi należy choroba psychiczna, jaką jest schizofrenia. Z danych literatury można wnioskować, iż najłatwiej uszkadza ona funkcje struktur, które są najmłodsze, a zatem i najsłabsze (Chlewiński, Grzywa 1992; Jucha 1973; Płużek 1975). Obraz siebie będąc częścią struktury „ja”, która jest ewolucyjnie najmłodsza i przez to najbardziej podatna na wszelkie niekorzystne czynniki, może być przez nie modyfikowany.

Epstein (1955) uważa, że chorzy na schizofrenię przewlekłą ujawniają tendencję do zawyżonej oceny siebie, co może wynikać z istniejącej u nich potrzeby dowartościowania. Havener (1962) określa obraz siebie chorych na schizofrenię paranoidalną jako nierealistyczny i kompensacyjnie pozytywny, co jest spowodowane działaniem mechanizmów obronnych. Patterson (1960) i Mojdehi (1978) twierdzą, że realny obraz siebie u chorych na schizofrenię jest podobny do idealnego obrazu siebie. Na podstawie wyników badań własnych Fitts (1972) stwierdził, że osoby chore na schizofrenię mają obniżoną samoocenę we wszystkich badanych przez niego wymiarach obrazu siebie. Ujawniają sprzeczność w ocenie siebie, zmienność i brak zwartości w zakresie poszczególnych cech obrazu siebie. Słabe ustrukturalizowanie oraz małą stabilność obrazu siebie chorych na schizofrenię uznawali również Weckowicz i Sommer (1960). Z kolei Quekelberghe (1976) jest jednym z niewielu auto-

rów, który nie dopatruje się patologii w obrazie siebie badanych kobiet chorych na schizofrenię.

Po okresie pesymizmu, renesans – choć nieśmiało – dotyka również badań dotyczących obrazu siebie chorych na schizofrenię. Rezultaty badań prowadzonych w latach 1960–1980 mogły spowodować zniechęcenie wielu autorów do podejmowania tej problematyki. Tak zróżnicowane wyniki częściowo wynikają stąd, że sam fakt bycia chorym na schizofrenię nie determinuje określonego obrazu siebie. Autoportret zależy jeszcze od szeregu innych czynników. Nie bez znaczenia jest również fakt, w jakiej fazie choroby znajduje się pacjent w chwili badania. Spotykane dość powszechnie twierdzenie, że obraz siebie chorych na schizofrenię jest zaburzony, wydaje się prawdziwe w odniesieniu do pacjentów w ostrej fazie psychozy. Doświadczenie kliniczne, jak i niektóre dane z piśmiennictwa (Grzywa 1991, Quekelberghe 1976) pozwalają przypuszczać, że nie jest ono słuszne w odniesieniu do pacjentów w okresie remisji. Z badań (Chuchra 1995, Robson 1988) wynika, że jednym z istotnych czynników wpływających na obraz siebie chorych na schizofrenię są emocje. Nasuwa się zatem pytanie, stanowiące problem niniejszej pracy, czy i jak procesy poznawcze wpływają na obraz siebie chorych na schizofrenię paranoidalną? Problem ten konkretyzują dalsze pytania: czy osoby o różnym poziomie inteligencji mają takie same obrazy siebie, czy pacjenci ci mają świadomość zmiany siebie?

Celem artykułu jest porównanie i opisanie obrazu siebie chorych na schizofrenię paranoidalną w zależności od poziomu inteligencji.

Na podstawie badań empirycznych i opracowań statystycznych postanowiono zweryfikować następujące hipotezy:

1. Pacjenci z najniższym i najwyższym ilorazem inteligencji w grupie mają istotnie różne obrazy siebie.
2. Poczucie zmiany siebie chorych na schizofrenię paranoidalną jest uzależnione od poziomu inteligencji.

I. MATERIAŁ I METODA

Badaną grupę stanowiło 180 chorych (90 M i 90 K) dobranych według następujących kryteriów:

- rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej według DSM III i ICD IX
- uzyskanie remisji w trakcie leczenia
- poziom intelektualny w normie
- brak wyraźnych zmian w c.u.n.

- brak ciężkich schorzeń somatycznych i kalectwa
- brak uzależnienia od alkoholu i narkotyków.

Pacjentów badano indywidualnie, w ostatnim tygodniu przed wypisem. W pierwszej kolejności określano sprawność intelektualną badanego Skalą Inteligencji Wechslera–Bellevue, a następnie pacjent wypełniał Test Przymiotnikowy ACL (w wersji 37 skal) Gougha i Heilbruna w kolejności: „jaki jesteś obecnie”; „jaki byłeś przed zachorowaniem”. Są to metody powszechnie znane i stosowane, nie wymagają więc opisu (zob. Juros, Oleś 1993). Ocena przedchorobowego obrazu siebie wymagała dodatkowych wyjaśnień, zwłaszcza u dłużej chorujących. W grupie badanej znaleźli się pacjenci w przedziale wiekowym 19)46 lat, w tym 73% stanowili badani poniżej, a 23% powyżej 31 roku życia. Czas trwania psychozy był dłuższy niż rok, a krótszy niż 20 lat. W tym dwie trzecie pacjentów (120 osób) chorowało krócej niż pięć lat. Pacjenci hospitalizowani po raz pierwszy stanowili 46 % badanych. Akceptując tak dużą rozbieżność czasową i wiekową kierowano się faktem wynikającym z empirii, iż czas trwania choroby ma nieznaczny wpływ na obraz siebie chorych na schizofrenię (por. Chuchra 1996). Wykształcenie pacjentów w czasie badań przedstawia tab. 1.

Tab. 1. Wykształcenie pacjentów

Wykształcenie	L	%
niepełne		
ponadpodstawowe	32	17,8
zawodowe	34	18,9
średnie	48	26,7
niepełne wyższe	28	15,5
wyższe	38	21,1
Razem	180	100,0

Wszyscy badani ukończyli szkołę podstawową, zaś wykształcenie niepełne ponadpodstawowe oznacza, że badani rozpoczęli naukę w szkole zawodowej lub średniej i są w trakcie jej kontynuacji. Wśród osób z niepełnym wyższym 18 studiowało w czasie badania, zaś pozostali byli zmuszeni przerwać naukę z powodu choroby.

Sprawność intelektualną badanych określoną Skalą Inteligencji Wechslera przedstawia tab. 2.

Tab. 2. Poziom intelektualny

		L	%
niższy niż przeciętny		4	2,2
prze- ciętny	85 – 100	38	21,1
	101 – 115	91	50,6
powyżej przeciętnego		46	25,6
wysoki		1	0,5
razem		180	100,0

Jak wynika z tabeli, większość badanych (72%) stanowili pacjenci o przeciętnym poziomie intelektualnym. U 4 osób aktualna sprawność intelektualna była niższa niż przeciętna, ale potencjalna była na poziomie przeciętnym. Z całej, liczącej 180 osób grupy, na podstawie ogólnego ilorazu inteligencji wyodrębniono statystycznie podgrupy skrajne:

- o najniższym ilorazie inteligencji w badanej grupie (85–101; $\bar{x} = 92,9$), w której znalazło się 46 osób;
- o najwyższym ilorazie inteligencji w badanej grupie (116–132; $\bar{x} = 120,6$), którą stanowiło 47 osób.

W następnym etapie pracy poddano analizie wyniki Testu ACL osób z najniższym i najwyższym ilorazem inteligencji.

W analizach statystycznych zostały zastosowane: t–Studenta i MANOVA.

II. WYNIKI BADAŃ

1. *Realny obraz siebie osób z najniższym i najwyższym ilorazem inteligencji*

Porównując realne obrazy siebie pacjentów o najniższym i najwyższym ilorazie inteligencji w analizowanej grupie chorych, w sześciu skalach otrzymano różnice istotne na poziomie statystycznym. Są to następujące skale: potrzeba ujawniania się (Exh), gotowość na poradę i pomoc innych ludzi (Crs), męskość (Mas), kobiecość (Fem), wysoka oryginalność–wysoka inteligencja (A–2) oraz niska oryginalność–niska inteligencja (A–3). W skalach

Exh, Mas i A-3 istotnie wyższe wyniki otrzymały osoby o najniższym ilorazie inteligencji, a w skalach Crs, Fem i A-2 istotnie wyższe wyniki otrzymały osoby o najwyższym ilorazie inteligencji. Wyniki te przedstawia tab. 3 i ilustruje ryc. 1.

W obu podgrupach wynik w skali Exh jest poniżej średniej, jednak w podgrupie osób o wyższym II jest on istotnie niższy. Oznacza to, że osoby z wyższym II są ostrożniejsze, bardziej hamują się, unikają konfliktów i ulegają innym w większym stopniu niż osoby z niższym II. Mając też mniejsze zaufanie do siebie, bardziej wzbraniają się przed spotkaniami, podczas których będą na widoku lub „na scenie”.

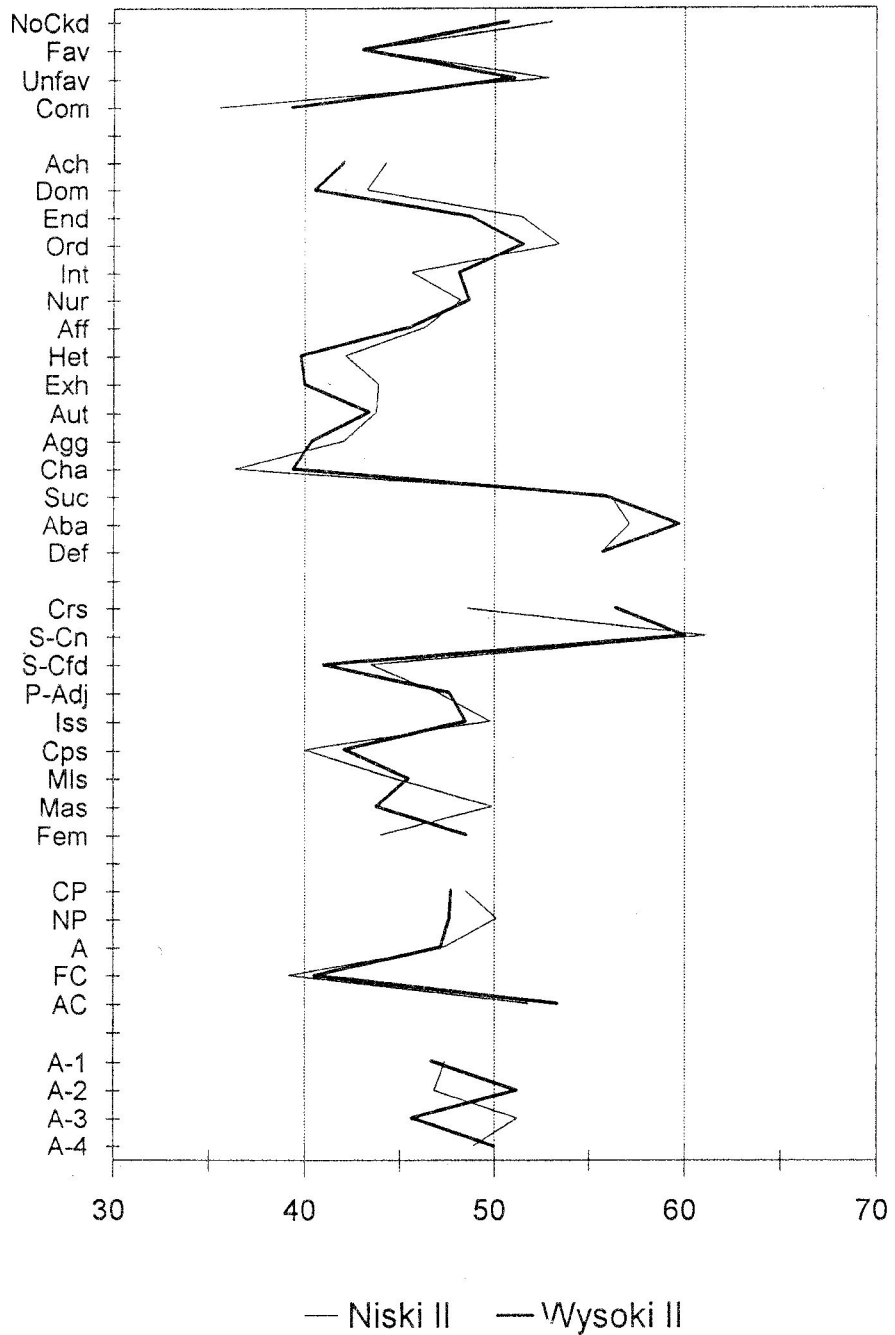
W skali gotowości na poradę i pomoc innych ludzi (Crs) osoby z wyższym II otrzymały wynik powyżej średniej, zaś osoby z niższym II – poniżej średniej. Oznacza to, że osoby z niższym II w mniejszym stopniu są otwarte na poradę i pomoc innych ludzi.

Tab. 3. Test ACL. Porównanie średnich wyników realnego obrazu siebie osób z najniższym i najwyższym ilorazem inteligencji

skale	najniższy II		najwyższy II		t	p<
	M	δ	M	δ		
1	2	3	4	5	6	7
No Ckd	53,0	12,0	50,7	10,9	0,97	
Fav	43,3	11,5	43,1	10,3	0,12	
Unfav	52,8	12,5	51,1	9,9	0,75	
Com	35,5	11,2	39,3	9,1	- 1,79	
MANOVA:	$F_w = 2,64$	$df = 4$	$p < 0,05$			
Ach	44,3	11,7	42,1	10,3	0,98	
Dom	43,3	10,3	40,5	12,0	1,19	
End	51,4	10,9	48,8	10,6	1,19	
Ord	53,4	9,7	51,5	8,8	0,98	
Int	45,7	9,8	48,1	7,9	- 1,34	
Nur	48,2	8,2	48,7	8,0	- 0,28	
Aff	46,3	12,0	45,5	10,6	0,35	
Het	42,2	10,8	39,8	11,9	1,00	
Exh	43,9	8,1	40,0	10,8	1,96	0,05

1	2	3	4	5	6	7
Aut	43,8	6,8	43,4	9,6	0,21	
Agg	42,1	5,9	40,4	10,1	0,99	
Cha	36,3	9,5	39,4	8,7	- 1,60	
Suc	56,2	8,3	55,9	10,2	0,10	
Aba	57,1	9,6	59,7	11,7	- 1,17	
Def	55,7	6,7	55,7	10,1	- 0,05	
MANOVA: $F_w = 1,58$ $df = 15$ $p = n.i$						
Crs	48,6	14,0	56,4	13,5	- 2,76	0,01
S-Cn	61,2	8,1	60,0	8,4	0,68	
S-Cfd	43,5	13,2	41,0	13,1	0,90	
P-Adj	47,0	11,4	47,7	9,9	- 0,29	
Iss	49,8	12,5	48,5	11,8	0,51	
Cps	40,0	10,7	42,1	10,3	- 0,97	
Mls	44,7	9,7	45,5	8,2	- 0,41	
Mas	49,9	9,9	43,8	9,6	3,01	0,005
Fem	44,0	8,8	48,5	9,3	- 2,40	0,02
MANOVA: $F_w = 3,66$ $df = 9$ $p < 0,001$						
CP	48,5	6,8	47,7	8,9	0,46	
NP	50,1	9,4	47,6	9,4	1,28	
A	47,3	9,7	47,2	9,2	0,08	
FC	39,2	8,3	40,6	10,4	- 0,71	
AC	51,8	10,4	53,3	10,4	- 0,68	
MANOVA: $F_w = 1,65$ $df = 5$ $p = n.i.$						
A-1	47,4	7,9	46,7	8,9	0,43	
A-2	46,8	7,6	51,2	7,6	- 2,75	0,01
A-3	51,2	11,7	45,7	10,5	2,39	0,02
A-4	48,9	8,7	49,9	8,2	- 0,59	
MANOVA: $F_w = 3,66$ $df = 4$ $p < 0,01$						

Ryc. 1. Wykresy realnego obrazu siebie osób z najwyższym i najniższym ilorazem inteligencji



Wynik w skali męskości (Mas) w obydwu podgrupach jest poniżej średniej, zaś istotnie wyższy jest u osób z niższym II. Odwrotnie zaś jest w skali kobiecości (Fem), choć również obydwaj wyniki są poniżej średniej – istotnie wyższy wynik otrzymały osoby z wyższym II. Oznacza to, że pacjenci obu podgrup zachowują dystans wobec innych, są sceptyczni co do ich intencji oraz wolą autonomię i odseparowanie, przy czym istotnie bardziej jest to nasilone u osób z niższym II. Wszystkie osoby są postrzegane jako uprzejme, delikatne, fatalistyczne w widzeniu osobistego pecha, wrażliwe na napaść i agresję. Wolą marzeniami i fantazjami zastąpić bardziej bezpośrednie i namacalne doświadczenia. Cechy te istotnie bardziej są nasilone u osób z wyższym II.

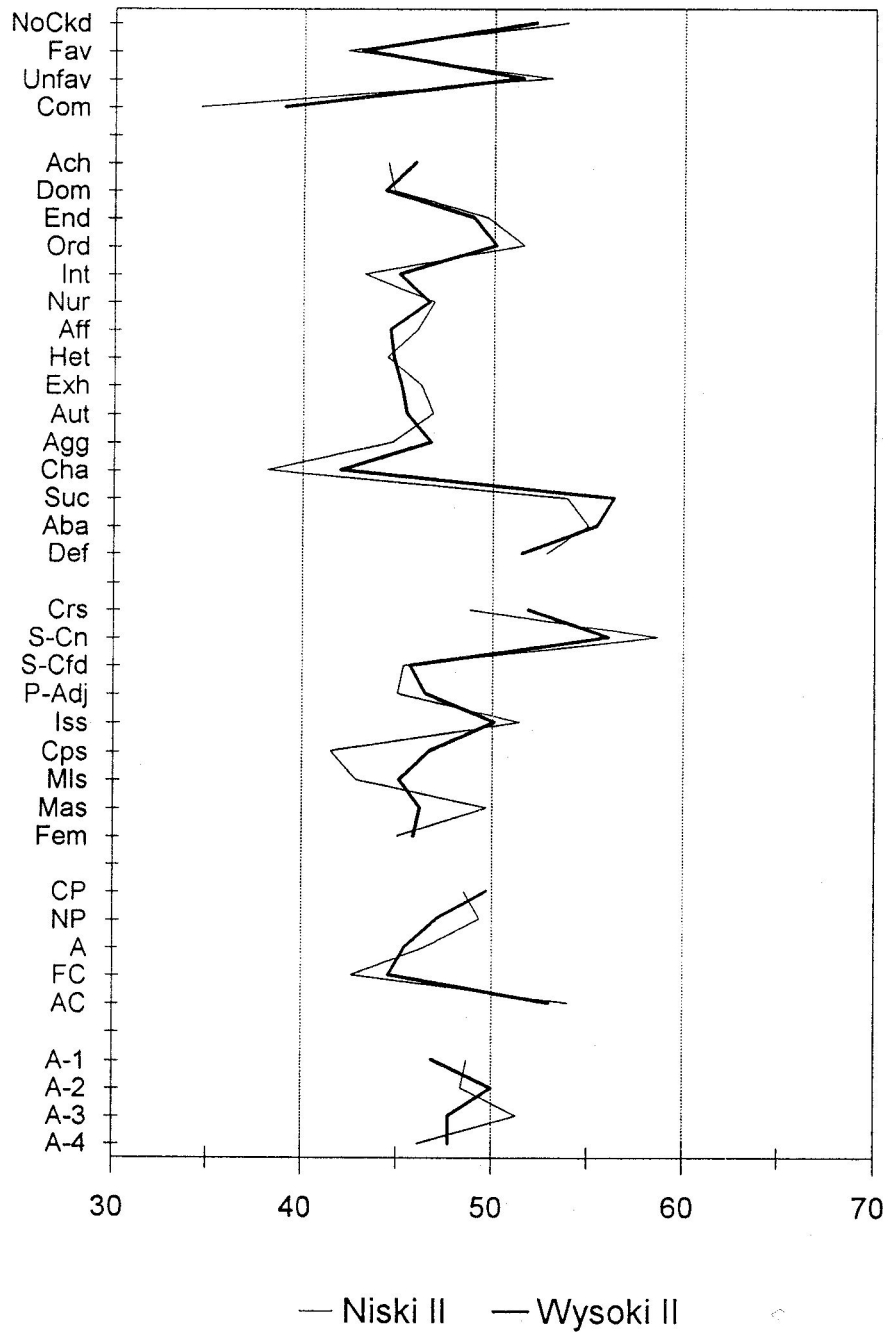
Pacjenci z niższym II w skali A-3 otrzymali wynik powyżej średniej, zaś osoby z wyższym II – poniżej średniej. Oznacza to, że pacjenci z niższym II są bardziej cierpliwi, nieskomplikowani, otwarci i zadowoleni ze swej roli i miejsca w życiu. Osoby z wyższym II są bardziej twórcze, ale jednocześnie niespokojne, skrupowane i martwiące się.

Wyniki analizy wariancji MANOVA świadczą o tym, że grupy skrajne wydzielone pod względem poziomu inteligencji różnią się między sobą sposobem odpowiadania w metodzie ACL (skale modus operandi) układem wybranych cech osobowości (skale tematyczne) oraz predyspozycjami intelektualnymi (skale oryginalności-inteligencji), nie różnią się natomiast strukturą potrzeb ani kompozycją stanów ego ujmowaną według analizy transakcyjnej.

2. Retrospektywny obraz siebie osób z najwyższym i najniższym ilorazem inteligencji

Wyniki retrospektywnych obrazów siebie osób z najniższym i najwyższym II mieszczą się w obszarze wyników średnich (tab. 4, ryc. 2). Porównując średnie wyniki obu podgrup otrzymano jedynie jedną różnicę istotną statystycznie. Różnica ta występuje w skali typowości (Com). Istotnie niższy wynik w tej skali wystąpił w retrospektywnym obrazie siebie osób z niższym II. Ponieważ obydwaj wyniki są poniżej średniej, oznacza to, że pacjenci obu podgrup przed zachorowaniem byli ambiwalentni w stosunku do innych, mogli wyrażać sprzeciw w nieprawidłowy sposób, przejawiali skłonność do przyjmowania postawy obronnej oraz wykazywali trudności w przystosowaniu do wymogów, jakie niesie z sobą codzienne życie. Cechy te i trudności były istotnie bardziej nasilone u osób z niższym ilorazem inteligencji.

Ryc. 2. Wykresy retrospektywnego obrazu siebie osób z najwyższym i najniższym ilorazem inteligencji



Tab. 4. Test ACL. Porównanie średnich wyników retrospektywnego obrazu siebie osób z najniższym i najwyższym ilorazem inteligencji

skale	najniższy II		najwyższy II		t	p<
	M	δ	M	δ		
1	2	3	4	5	6	7
No Ckd	53,9	13,2	52,2	11,1	0,66	
Fav	42,3	10,2	43,1	9,3	- 0,39	
Unfav	52,9	10,8	51,5	9,4	0,69	
Com	34,5	8,9	38,9	9,3	- 2,35	0,02
Ach	44,5	9,0	45,9	8,1	- 0,79	
Dom	44,8	9,2	44,4	8,8	0,23	
End	49,7	10,2	48,9	11,6	0,32	
Ord	51,6	10,3	50,1	11,5	0,64	
Int	43,2	10,2	45,1	7,8	- 1,00	
Nur	46,9	8,7	46,6	8,0	0,15	
Aff	46,0	9,7	44,6	9,5	0,72	
Het	44,4	9,4	44,8	8,4	- 0,19	
Exh	46,2	7,1	45,2	8,9	0,62	
Aut	46,8	9,0	45,5	9,7	0,70	
Agg	44,7	7,2	46,7	8,9	- 1,22	
Cha	38,1	10,1	42,0	10,5	- 1,83	
Suc	53,9	9,2	56,4	9,2	- 1,31	
Aba	55,0	9,5	55,5	10,2	- 0,22	
Def	52,8	7,3	51,6	10,2	0,69	
Crs	48,8	12,6	51,9	10,8	- 1,27	
S-Cn	58,7	8,9	56,1	11,1	1,25	
S-Cfd	45,3	10,4	45,7	9,9	- 0,18	
P-Adj	45,0	10,3	46,5	9,1	- 0,72	
Iss	51,4	10,5	50,1	11,6	0,56	

1	2	3	4	5	6	7
Cps	41,5	8,7	46,7	9,0	0,01	
Mls	42,8	9,3	45,1	8,6	- 1,22	
Mas	49,7	8,8	46,2	8,4	1,95	
Fem	45,0	7,9	45,9	8,2	- 0,51	
CP	48,5	7,4	49,6	7,8	- 0,75	
NP	49,3	9,1	47,1	9,1	1,18	
A	46,5	8,5	45,4	9,4	0,58	
FC	42,6	6,7	44,6	9,9	- 1,13	
AC	54,0	9,0	52,9	9,2	0,54	
A-1	48,7	7,4	46,9	9,3	1,05	
A-2	48,4	8,9	50,0	8,0	- 0,90	
A-3	51,3	10,0	47,8	10,4	1,67	
A-4	46,1	10,2	47,8	7,7	- 0,87	

3. Poczucie zmiany siebie osób z najwyższym i najniższym ilorazem inteligencji

Poczucie zmiany siebie wyraża się w różnicach pomiędzy realnym i retrospektywnym obrazem siebie. Porównując realne i retrospektywne obrazy siebie pacjentów z najniższym II otrzymano różnice istotne w czterech skalach: Exh, Aut, Agg i Def (ryc. 3). Zarówno realnie, jak i retrospektywnie określona potrzeba ujawniania się (Exh, $p < 0,05$) jest na poziomie średnim, ale istotnie niższa jest w ocenie realnej. Z tego wynika, iż aktualnie badani widzą siebie jako bardziej ostrożnych, unikających konfliktów i bardziej uległych niż przed chorobą. W skali autonomii (Aut, $p < 0,02$) wyższy wynik stwierdzono w obrazie retrospektywnym, co może wskazywać, że badani oceniali siebie przed zachorowaniem jako bardziej niezależnych i autonomicznych, natomiast aktualnie jako unikających ryzyka, konwencjonalnych, szukających bezpieczeństwa i pewności. Kolejną istotną różnicę otrzymano w skali agresji (Agg, $p < 0,05$). Istotnie niższy wynik występuje w ocenie aktualnej potrzeby. Oznacza to, że aktualnie badani uważają siebie za bardziej cierpliwych i bezkonfliktowych. Obydwa wyniki w skali podporządkowania się (Def, $p < 0,01$) są

w granicach średnich, jednak istotnie wyższe w ocenie realnej. Tak więc przed zachorowaniem badani czerpali przyjemność ze współzawodnictwa, podejmowania ryzyka i pokonywania rywali. Aktualnie zaś wolą anonimowość i spokój od odnoszenia zwycięstw w kontaktach z ludźmi.

Poczucie zmiany siebie osób z najwyższym II wyraża się w zakresie dziesięciu skal, w których otrzymano różnice istotne statystycznie (ryc. 4). W skalach Ach, Het, Exh, Agg, S-Cfd i Cps w obrazie realnym otrzymano istotnie niższe wyniki, zaś w skalach Int, Aba, Def i S-Cn – istotnie wyższe. Zarówno realna, jak i retrospektywna potrzeba osiągnięć (Ach, $p < 0,05$) jest w obszarze wyników średnich (poniżej średniej); w ocenie realnej jest ona istotnie niższa. Aktualnie więc pacjenci uważają siebie za mniej skutecznych, mniej śmiałych, przedsiębiorczych i wytrwałych niż to było przed zachorowaniem. Retrospektywna potrzeba kontaktów heteroseksualnych (Het, $p < 0,02$) mieści się w dolnym obszarze wyników średnich, zaś realna, na dolnej granicy wyników średnich. Tak więc już przed zachorowaniem badani zachowywali wobec osób płci odmiennej dystans, obawiali się wyzwań i okazji, jakie niesie życie interpersonalne oraz wycofywali się do zbyt wąskiego i ograniczonego repertuaru ról. Po zachorowaniu cechy te istotnie pogłębiły się.

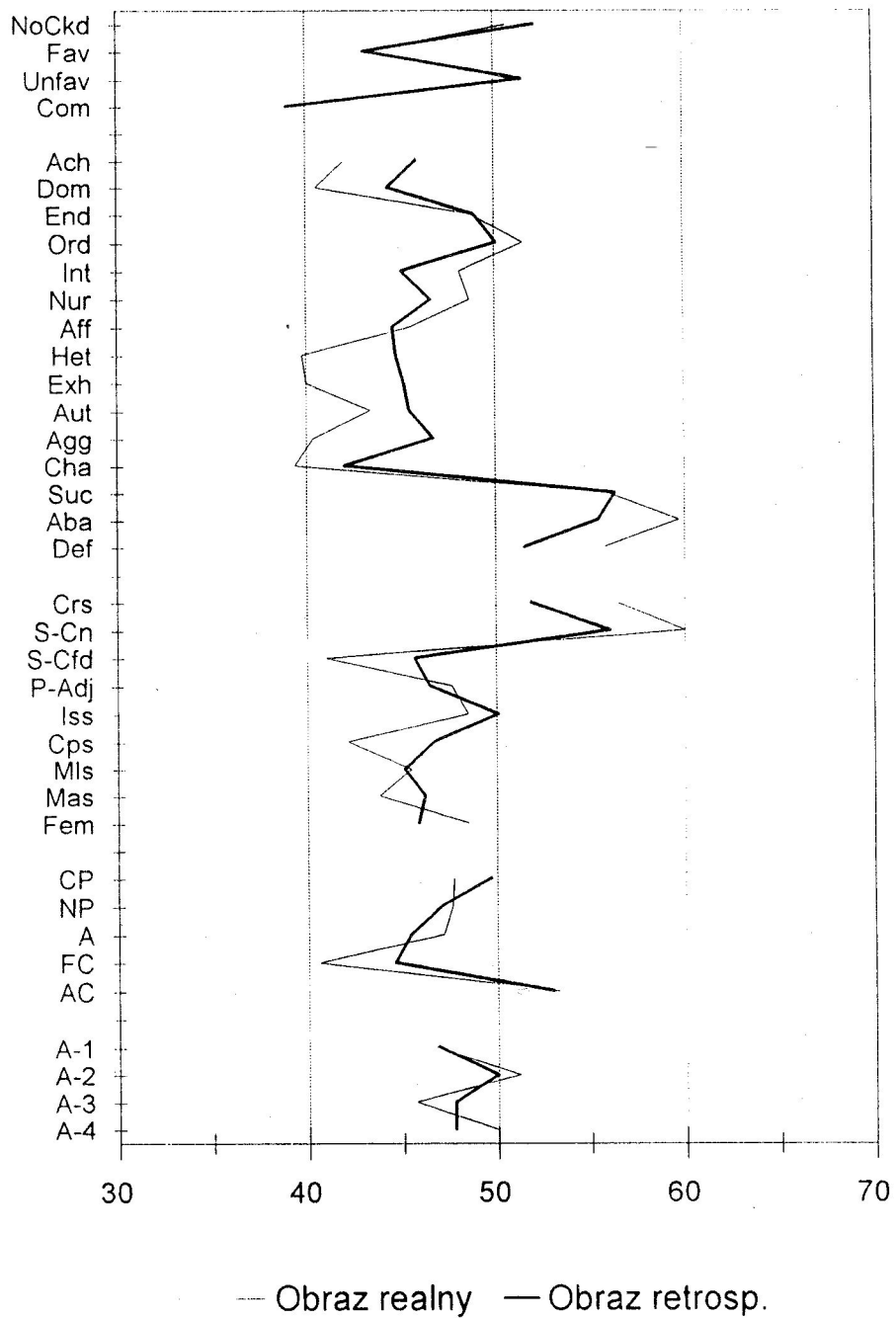
Również aktualna potrzeba ujawniania się (Exh, $p < 0,01$) jest istotnie niższa od retrospektywnej, choć obie mieszczą się w obszarze wyników średnich (jednak poniżej średniej). Aktualnie więc pacjenci są jeszcze bardziej ostrożni, hamujący się, unikający konfliktów i ulegli, niż byli przed zachorowaniem.

Najbardziej istotnie różnią się wyniki w skali agresji (Agg, $p < 0,0005$). Obydwa wyniki są poniżej średniej, ale jeszcze w obszarze wyników średnich. Istotnie niższa aktualna potrzeba agresji oznacza, że po leczeniu badani są bardziej cierpliwi, wyrozumiali i pojednawczo nastawieni w porównaniu z okresem przed zachorowaniem.

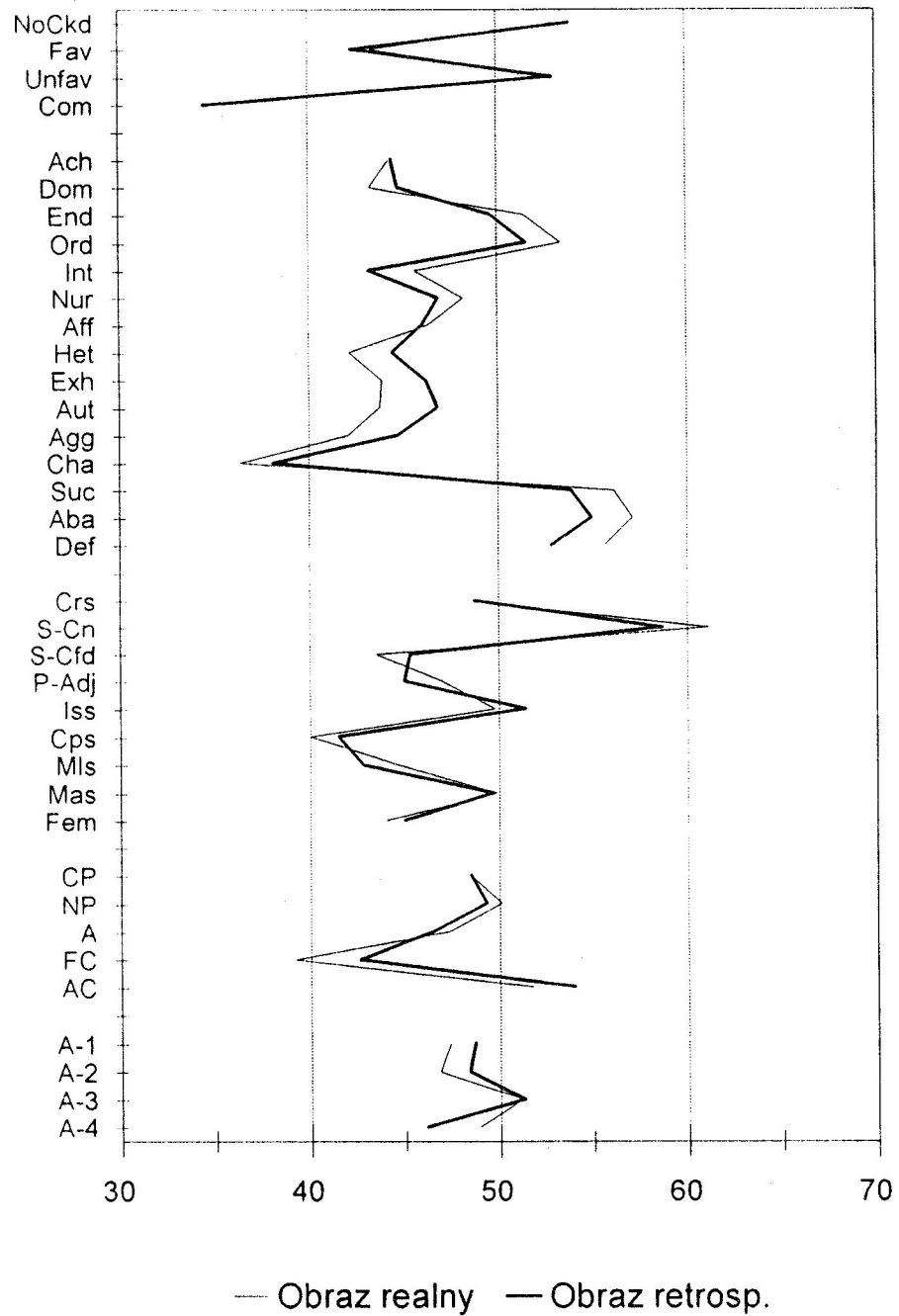
W realnym obrazie siebie istotnie niższy wynik w skali zaufania do siebie (S-Cfd, $p < 0,05$) mówi o nasileniu się trudności w mobilizowaniu własnych bogactw i podejmowaniu działań. Istotnie niższy wynik w realnym obrazie w skali twórczości (choć obydwie są na poziomie średnim) oznacza, że po zachorowaniu i leczeniu pacjenci czują się bardziej przytłumieni, mniej ekspresyjni i mniej skłonni do podejmowania działań w skomplikowanych lub niedostatecznie określonych sytuacjach niż przed zachorowaniem.

Porównując wyniki w realnej i retrospektywnej potrzebie rozumienia siebie i innych (Int, $p < 0,05$) istotnie wyższy otrzymano w obrazie realnym, choć obydwie są nieco poniżej średniej. Pacjenci aktualnie bardziej próbują zrozumieć zachowanie własne i innych.

Ryc. 3. Wykresy realnego i retrospektywnego obrazu siebie osób z najniższym ilorazem inteligencji



Ryc. 4. Wykresy realnego i retrospektywnego obrazu siebie osób z najwyższym ilorazem inteligencji



Zarówno realna, jak i retrospektywna potrzeba ponizania się (Aba, $p < 0,05$) znajduje się w górnym obszarze wyników średnich. W obrazie realnym jest ona istotnie wyższa, zbliżona do granicy wyników wysokich. Wyniki takie świadczą o tym, że aktualnie badani istotnie bardziej podporządkowują się życzeniom i wymaganiom innych i za wszelką cenę unikają konfliktów. Na kontakty międzyludzkie patrzą z niepokojem i złymi przeczuciami.

Obydwa wyniki w skali podporządkowania (Def, $p < 0,01$) znajdują się nieco powyżej średniej. Istotnie wyższy wynik w obrazie realnym mówi o większej skromności i cierpliwości badanych w porównaniu do okresu przed zachorowaniem. Aktualnie też bardziej ulegają innym bez utraty poczucia własnej godności.

Istotnie wyższy wynik w skali samokontroli (S-Cn, $p < 0,02$) w obrazie realnym jest jednocześnie najwyższym wynikiem w całym profilu i sięga dolnej granicy wyników wysokich. Tak też badani aktualnie są osobami nadmiernie kontrolującymi się, co jest osiągnięte kosztem spontaniczności.

III. OMÓWIENIE

Wyniki analizy porównawczej obrazów siebie chorych na schizofrenię paranoidalną, uwzględniające poziom inteligencji badanych, nasuwają szereg refleksji dotyczących ich obrazu realnego, retrospektywnego czy też poczucia zmiany siebie. Niektóre z nich mogą być pomocne w pracy terapeutycznej.

Realne obrazy siebie podgrup różnią się w zakresie pewnych cech, co znalazło wyraz w następujących sześciu skalach testu ACL, w których różnice osiągnęły poziom istotności statystycznej: ujawniania się (Exh), otwartości na pomoc i poradę (Crs), męskości (Mas), kobiecości (Fem), wysokiej oryginalności-wysokiej inteligencji (A-2), niskiej oryginalności-niskiej inteligencji (A-3). Osoby z niższym II mają bardziej nasiloną potrzebę ujawniania się, w większym stopniu nasilone cechy tzw. męskie, zaś osoby z wyższymi ilorazami znacząco więcej przypisują sobie tzw. cech kobiecych i są bardziej otwarte na pomoc i poradę innych. Interpretując uzyskane różnice można stwierdzić, że nie dotyczą one odmiennych charakterystyk obrazu siebie, ale nasilenia danej cechy. A zatem badanych obu podgrup charakteryzują podobne cechy osobowości. Wszystkie analizowane tu osoby są delikatne, fatalistyczne, wrażliwe na krytykę i agresję, ostrożne i uległe. Wolą marzeniami i fantazjami zastąpić realne doświadczenia. Cechy te istotnie bardziej są nasilone u osób z wyższym II. Pacjenci z niższym II są bardziej cierpliwi, nieskomplikowani, otwarci i zadowoleni ze swej roli i miejsca w życiu, nato-

miast osoby z wyższym II są bardziej twórcze, ale jednocześnie niespokojne, skrępowane i zamartwiające się.

Retrospektywne obrazy siebie pacjentów ze względu na poziom inteligencji różnią się jedynie w zakresie jednej skali. W obydwu podgrupach w skali typowości wynik jest obniżony, sytuuje się poniżej średnich wyników. Tak też pacjenci obu podgrup już przed zachorowaniem byli nastawieni ambiwalentnie do ludzi, przyjmowali postawę obronną i mieli trudności w poradzeniu sobie z codziennymi sprawami, przy czym bardziej cechy te były nasilone u osób z niższym II. Na podstawie takich wyników można stwierdzić, że zarówno osoby z najniższym, jak i najwyższym II, w ocenie retrospektywnej, przed zachorowaniem mieli niemal identyczne obrazy siebie z punktu widzenia statystycznego.

Poczucie zmiany siebie osób z najniższymi II wyraża pięć różnic, zaś pacjentów z najwyższymi II dziesięć. Wziąwszy pod uwagę fakt, że retrospektywne obrazy siebie obu podgrup różniły się jedynie w jednej podskali (Com), należy stwierdzić, że osoby z wyższymi II mają większe poczucie zmiany siebie.

W podgrupie z niższymi II poczucie zmiany dotyczy głównie zakresu potrzeb związanych z ustosunkowaniem się do życia (Aut, Agg, Def) oraz potrzeb związanych z kontaktem interpersonalnym (Exh). Po leczeniu badani oceniają siebie jako bardziej ostrożnych, unikających konfliktów, uległych, unikających ryzyka, konwencjonalnych, cierpliwych, preferujących anonimowość i spokój.

Poczucie zmiany siebie osób z wyższymi II ma szerszy zakres. Obejmuje każdą podgrupę skal potrzeb, a także podgrupę związaną z odnoszeniem się do siebie, realizowaniem siebie oraz jedną z podskal osobowości kreatywnej. Badani uważają siebie za mniej skutecznych, bardziej nieśmiałych, mniej przedsiębiorczych i wytrwałych, z mniejszą potrzebą kontaktów heteroseksualnych i ekspresji „ja”, ostrożnych, uległych, bezkonfliktowych i podporządkowanych. Mają trudności w mobilizowaniu własnych potencjalności czy podejmowaniu działań w skomplikowanych lub niedostatecznie określonych sytuacjach. Ich bilans w ocenie siebie jest znacznie bardziej negatywny.

Można przypuszczać, że osoby z wyższymi II są bardziej wnikliwe i więcej spostrzegają, co jest związane z wglądem. Chlewiński (za Makselon 1981) wgląd zalicza do czynników tzw. wewnętrznych kształtujących obraz siebie. Masiak (za Makselon 1981) twierdzi, że wgląd jest pojęciem szerszym od obrazu siebie, lecz bez wglądu nie ma obrazu siebie. Niedostateczny wgląd jest oznaką niedojrzałości. Conrad (1958) podkreśla, że choroba wpływa na cały obraz siebie, a także na zdolność osoby do oceny siebie w sposób obiek-

tywny i subiektywny. Uważa on, że wgląd u człowieka psychicznie chorego jest świadomością zmiany siebie i otoczenia. Opierając się na jego definicji, pacjenci z wyższymi II mają większą świadomość zmiany siebie, a więc i większy wgląd. Potwierdza to poglądy innych autorów. Markowa i Berrios (1992) wśród czynników wpływających na wgląd istotne miejsce przypisują inteligencji.

Uwzględniając aspekt praktyczny wykorzystania wyników, należy podkreślić, że pacjentów z wyższym II często charakteryzuje przejawianie negatywnych zmian zachodzących w ich osobowości oraz nadmierny krytycyzm wobec siebie. Bilans zmian niekiedy rodzi myśli samobójcze. Ci pacjenci wymagają znacznie częściej pomocy psychologicznej niż pacjenci z niższym poziomem inteligencji, zabiegający głównie o akceptację.

IV. WNIOSKI

1. Realne obrazy siebie chorych na schizofrenię paranoidalną różnią się istotnie w zależności od poziomu inteligencji.
2. Pacjenci z najwyższym i najniższym ilorazem inteligencji mają podobne retrospektywne obrazy siebie.
3. U pacjentów z wyższym ilorazem inteligencji w większym stopniu jest nasilone poczucie zmiany siebie niż u pacjentów z niższym ilorazem.

BIBLIOGRAFIA

- C h l e w i ń s k i Z., G r z y w a A.: Urojeniowa wizja świata. Warszawa 1992. Wiedza Powszechna.
- C h u c h r a M.: Realny obraz siebie chorych na schizofrenię paranoidalną w zależności od płci i poziomu lęku. Pamiętnik IV Lubelskich Spotkań Naukowych. Lublin 1995 s. 154–160.
- C h u c h r a M.: Obraz siebie w przebiegu schizofrenii paranoidalnej. (Praca doktorska – mps. Biblioteka AM w Lublinie). Lublin 1996.
- C o n r a d K.: Die Beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltsanalyse des Wahns. Stuttgart 1958. Georg Thieme Verlag.
- E p s t e i n S.: Unconscious Self-evaluation in a Normal and a Schizophrenic Group. Reprinted from „The Journal of Abnormal and Social Psychology” 1955 nr 1 s. 50.
- F i t t s W. H.: The Self Concept and Psychopathology. Dede Wallace Center Monograph Nashville. Tennessee 1972.
- G r z y w a A.: Geneza, struktura i dynamika urojeń w schizofrenicznych zespołach paranoidalnych. Rozprawa habilitacyjna. Lublin 1991.

- H a v e n e r P. H.: Unrealistic Self-enhancement in Paranoid Schizophrenics. „Journal of Consulting Psychology” 26:1962 nr 1 s. 65–68.
- J u c h a Z.: Deficyt intelektualny w schizofrenii. „Roczniki Filozoficzne” 21:1973 z. 4 s. 75–101.
- J u r o s A., O l e ś P.: Struktura czynnikowa i skupieniowa Testu Przymiotnikowego ACL H. G. Gougha i A. B. Heilbruna. W: J. Brzeziński, E. Hornowska (red.). Z psychometrycznych problemów diagnostyki psychologicznej. Poznań 1993 s. 171–201. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza.
- M a k s e l o n J.: Obraz siebie. „Ateneum Kapłańskie” 73:1981 t. 96 z. 2 s. 307–312.
- M a r k o v a I. S., B e r r i o s G. E.: The Meaning of Insight in Clinical Psychiatry. „British Journal of Psychiatry” 1992 nr 160 s. 850–860.
- M o j d e h i H.: Change and Stability of Self-concepts of Iranian Psychiatric Patients and Normals. „Psychological Reports” 1978 nr 35 s. 384–391.
- P a t t e r s o n B.: Discrepancies Between Self-concepts and Ideal Self-concepts in Paranoid Schizophrenics and Normal. „Journal of Clinical Psychology” 16:1960 nr 3 s. 297–302.
- P ł u ż e k Z.: An Investigation on the Influence of Rehabilitation Upon Chronic Schizophrenics. Final Report VRA – POL – 5 – 65. Warszawa 1975.
- Q u e k e l b e r g h e R.: Untersuchung zum Selbstkonzept von chronisch Schizophrenen und zum Bild des Geisteskranken. „Psychologische Rundschau” 1976 nr 27 s. 28–39.
- R o b s o n P. J.: Self-esteem – a psychiatric view. „British Journal of Psychiatry” 1988 nr 153 s. 6–15.
- W e c k o w i c z T. E., S o m m e r R.: Body Image and Self-concept in Schizophrenia. „The Journal of Mental Science” 1960 nr 106 s. 17–39.

THE LEVEL OF INTELLIGENCE AND SELF-CONCEPT IN PARANOID SCHIZOPHRENICS

S u m m a r y

180 patients with paranoid schizophrenia were subject to examination. They were examined individually, in the period of remission. Their intellectual capacities were assessed by means of the Wechsler-Bellvue Scale, whereas self-concept was assessed by the Adjective Check List. On the basis of a general intelligence quotient the following extreme subgroups were statistically isolated:

- with the lowest intelligence quotient in the group under examination (85-101; $x = 92,9$), which comprised 46 subjects;
- with the highest intelligence quotient in the group under examination (116-132; $x = 120,6$), which comprised 47 subjects.

In the subsequent stage the real and retrospective self-concepts were compared with the highest and lowest intelligence quotients, thereby the following conclusions could be drawn:

1. The real self-concepts in paranoid schizophrenics differ essentially in relation to their level of intelligence.
2. The patients with the highest and lowest intelligence quotient have similar retrospective self-concepts.
3. The patients with higher intelligence quotient have a more intense sense of changing oneself than the patients with a lower quotient.

Translated by Jan Kłos