

Cechy osobowości a związki małżeńskie osób chorych na schizofrenię

Personality and marriages of schizophrenic patients

Katarzyna Uznńska¹, Jan Czesław Czabała²

¹ Z Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie
Dyrektor: mgr M. Sołtysiewicz

² Z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Dyrektor: prof. dr hab. n. med. S. Pużyński

Summary

Aim: The aim of this research is to compare some personality factors like self-perception and perception of an ideal partner in two groups of schizophrenic patients. The first group is people ill with schizophrenia who have been married for at least a year and the other group is unmarried people ill with schizophrenia who were not previously married or in a relationship for longer than a year.

Method: In this study, using The Adjective Check List – ACL by H.G. Gough and A.B. Heilbrun (Polish translation by M. Matkowski), has been used as an instrument for evaluation self-perception and perception of an ideal partner.

Results: Results of the research corroborate differences between chosen personal dimensions in compared groups of people ill with schizophrenia. There were statistically substantial differences in some scales of ACL between the married and unmarried schizophrenic patients. The married patients were characterized by a larger number of positive adjectives chosen, higher results in the scales of: FAV – Favourite, NUR – Nursing, HET – Heteroseksualność, CHA – Change, CPS – Creative personality, UGD – Amicability; and lower results in the scales of: CRS – Care support. Perception of an ideal partner differentiated the groups in a lower degree. Two scales proved to be statistically substantial: NUR – Nursing, CHA – Change. The married patients were substantially weaker in displaying such needs towards their ideal partners.

Conclusions: What differs the group of married people ill with schizophrenia from unmarried people ill with schizophrenia is mainly personality features connected with the need to initiate and keep up interpersonal contacts. The married patients want such relationships, are more prone to compromise and do something for others and are less afraid of changes. They also have lower expectations of their ideal partners as to the care of others. They do not expect their ideal partners to be ready to change as much as unmarried patients.

Słowa kluczowe: schizofrenia, związki emocjonalne, obraz samego siebie

Key words: schizophrenia, relationships, self-perception

Wstęp

Związki emocjonalne są jedną z najważniejszych sfer ludzkiej egzystencji i wpływają na jakość innych dziedzin życia. Ich trwałość zależy od wielu czynników zewnętrznych i cech jednostek, które pozostają ze sobą we wzajemnych interakcjach [1, 2]. Schizofrenia to choroba, której specyfika, rodzaj objawów i wtórne następstwa powodują wiele trudności zarówno w fazie decydowania się na związek, jak i podczas jego trwania. Chorzy mają trudności z pracą, edukacją, kontaktami z innymi ludźmi. Na utrudnienie związane z przebiegiem samej choroby nakładają się czynniki związane z częstymi pobytami w szpitalu, które powodują izolację od bliskich osób i często niemożność utrzymania pracy z powodu długich nieobecności [3]. Leki, których dobroczynnego wpływu nie da się przecenić i które pozwoliły na zmniejszenie ilości czasu spędzanego przez chorych w szpitalu, mają jednak nadal skutki uboczne, takie jak spowolnienie psychoruchowe, objawy pozapiramidowe i inne, co także utrudnia życie chorym [4]. Dodatkowy wpływ wywierają także czynniki społeczne, takie jak lęk przed chorobą i chorymi, niechęć do chorych i brak zrozumienia, izolowanie się od nich [5]. Mało kto decyduje się na związek z osobą chronicznie chorą i wymagającą opieki. Z kolei osoby już mające partnera po zachorowaniu często przestają być przez niego akceptowane. Są postrzegane jako ktoś obcy, kogo się nie zna i nie chce znać. Może to prowadzić do rozpadu związku [6].

Można więc postawić pytanie, jakie właściwości różnicują tych chorych na schizofrenię, którzy utrzymują swoje dotychczasowe związki partnerskie i małżeńskie lub wchodzi w nowe związki już po zachorowaniu, i pozostają w nich, od tych, którym to się nie udaje.

Badania nad związkami osób zdrowych pokazują [1, 7], iż czynnikiem warunkującym tworzenie się związków mogą być zmienne osobowościowe, dlatego iż odgrywają znaczącą rolę przy wchodzeniu w związek i mają wpływ na jego trwałość [1]. Z kolei schizofrenia może mieć wpływ na wiele sfer osobowości pacjenta. Pogorszeniu ulega uczuciowość, funkcjonowanie poznawcze, obraz samego siebie, funkcjonowanie społeczne [4, 8, 9, 10].

Po pierwsze zaburzona zostaje sfera emocji. Chorzy są niestabilni uczuciowo, amplituda i siła ich uczuć jest zdecydowanie większa niż u osób zdrowych, apatia przybiera skrajną postać. Choroba powoduje zniekształcenie percepcji rzeczywistości i prowadzi do zerwania interakcji z otoczeniem i zwrócenia się do wewnątrz. Przeżywane przez chorego uczucia są często nieadekwatne do sytuacji, w jakiej się on znajduje, nieprzewidywalne i niezrozumiałe dla otoczenia, nie można ich wytłumaczyć, wnioskując na podstawie jego obecnego położenia i zachowania. Budzi to lęk w otoczeniu i prowadzi do postrzegania chorego jako kogoś „dziwnego” [8]. Ambiwalencja uczuciowa, będąca jednym z objawów, utrudnia, a często uniemożliwia związki z otoczeniem. Autyzm i system urojeń pogłębiają przepaść pomiędzy chorym a innymi ludźmi. Szczególnie zaburzające dla kontaktów społecznych są jego urojenia, które prowadzą do przekonania, że zagrażają mu inni ludzie, np. urojenia prześladowcze [8].

Po drugie chorzy charakteryzują się odmiennym systemem wartości i potrzeb. Kępiński [8] podkreśla specyficzne odwrócenie hierarchii wartości w schizofrenii, które stanowi problem w leczeniu i rehabilitacji. Natomiast Kostecka-Walenta [9] uważa, że

system wartości osób chorych na schizofrenię nie różni się pod względem hierarchii od systemów osób zdrowych, jest on tylko słabiej zhierarchizowany i mniej stabilny. Autorka różnicę tłumaczy takimi czynnikami, jak słabe ego pacjentów, subiektywna ocena trudności w urzeczywistnianiu wartości, zwiększająca poczucie zagrożenia, lęku, które pogłębia objawy psychotyczne, ale też obiektywnymi trudnościami w realizowaniu wartości i korelującymi z nimi nierealistycznymi wyborami [9].

Po trzecie zaburzenia u chorych na schizofrenię przejawiają się w ich obrazie samego siebie [10], który jest zmienną istotnie wpływającą na związki interpersonalne [7, 11, 12]. Obraz samych siebie tych chorych charakteryzuje się pesymizmem, obniżoną samooceną, patologią granic, zaburzonym poczuciem tożsamości i zaburzonym postrzeganiem rzeczywistości [13, 14, 15, 16, 10].

Obraz samego siebie jest to, uznana za swoją, koncepcja struktury własnej osobowości składająca się z elementów takich, jak: potrzeby, uzdolnienia, postawy, typy reakcji emocjonalnych, cechy przypisywane innym ludziom i rzeczywistości otaczającej jednostkę. Obraz samego siebie pełni funkcję integrującą i stabilizującą strukturę osobowości, zapewnia względną stałość i powtarzalność schematów reagowania. Wyróżnia się realny i idealny obraz samego siebie; rozbieżność pomiędzy nimi prowadzi do braku akceptacji siebie i trudności przystosowawczych [7]. Taka rozbieżność nasila się wraz z trwaniem choroby u osób chorych na schizofrenię, wzrasta równocześnie potrzeba poniżania się i spada potrzeba kontaktów interpersonalnych [10]. „Ja” idealne powstaje w wyniku oczekiwań i wymagań, jakie miały lub mają aktualnie wobec danej jednostki rodzice lub inne osoby znaczące. Oczekiwania te mogą być sprzeczne z własnymi indywidualnymi potrzebami, dążeniami i pragnieniami jednostki oraz niezgodne z jej osobistymi myślami, odczuciami i doświadczeniem. Jeżeli elementy z zewnątrz będą dominować w „Ja” idealnym i w doświadczeniu osobistym, konsekwencją może być brak akceptacji dla własnych potrzeb, odczuć i pragnień oraz poczucie winy i wstydu, że się jest innym niż być się powinno. Wtedy, gdy swoje idealne „Ja” jednostka tworzy na podstawie własnego doświadczenia, bardziej prawdopodobny jest akceptujący stosunek do własnej osoby [Rogers C. za: 17]. Samoakceptacja, a więc pozytywna samoocena, jest predyktorem lepszego przystosowania jednostki, większej odporności na stres i krytyczne uwagi, częstszych nastawień społecznych. Natomiast niski poziom samooceny prowadzi do przykrych doświadczeń społecznych, wzmacniając poczucie niższości i utrwalając, oparte na obawach i wrogości, negatywne postawy wobec innych ludzi [11, 12]. „Jednostka akceptująca siebie, odznaczająca się pozytywnym obrazem własnej osoby, pozbawiona jest zagrożeń i lęków – może obiektywnie percepcować osobę partnera i przejawiać plastyczny zróżnicowany zespół zachowań, które mogą zaspokajać potrzeby partnera. U osoby o negatywnej samoocenie występują lęki przyczyniające się do deformacji potrzeb partnera, zachowanie jego jest mało plastyczne, jest w nim szereg martwych sektorów, co utrudnia mu zgodne, życzliwe współzycie z partnerem” [11, s. 53]. Osoby z negatywną samooceną przejawiają skłonność do postrzegania u partnerów zachowań lekceważących ich osobę, częściej dostrzegają nieżyczliwość i agresję [11].

W procesie poszukiwania współmałżonka ważną rolę odgrywają te cechy ewentualnego kandydata, które są zgodne z wewnętrznym modelem-ideałem partnera. Im

zgodność między obrazem „idealnego partnera” a osobowością realnego jest większa, tym lepsze rokowania dla pomyślności związku [18]. Można założyć, że zbyt wygórowany i sztywny „ideal partnera” będzie prowadzić do przyszłych nieporozumień, konfliktów, poczucia braku satysfakcji ze związku, a nawet w skrajnych przypadkach do niemożności znalezienia sobie partnera w ogóle, gdyż żaden nie spełni takich oczekiwań.

Jak wynika z badań nad funkcjonowaniem społecznym chorych na schizofrenię, lepsze funkcjonowanie społeczne i ponowne wejście w struktury społeczne pozytywne korelują m.in. z pozostawaniem przez chorych w związku małżeńskim [19]. U chorych pozostających w związku małżeńskim z mniejszym nasileniem występuje efekt obrotowych drzwi, czyli częstość hospitalizacji [20]. Natomiast z pozostawaniem w związku małżeńskim i zadowoleniem z tego związku korelują takie czynniki medyczne i społeczne, jak: długość chorowania, postać pierwszego epizodu, zatrudnienie vs jego brak, charakter i częstotliwość nawrotów, stopień zubożenia materialnego w czasie choroby [21].

Biorąc pod uwagę przedstawione badania na temat znaczenia zmiennych osobowościowych dla powstawania związków interpersonalnych i ich trwałości, postanowiono przebadać chorych na schizofrenię ze względu na te właśnie zmienne jako predyktory pozostawania w związku.

Materiał i metoda

Przebadano dwie 30-osobowe grupy osób z rozpoznaniem schizofrenii według ICD-10. Badani byli pacjentami Oddziału Dziennego i Warsztatów Terapii Zajęciowej Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum UJ, Krakowskiego Zespołu Zdrowia Psychicznego Medinorm oraz Krakowskiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. J. Babińskiego. Jedna grupa to osoby pozostające w związku małżeńskim od co najmniej roku, druga – to osoby nie będące w związku małżeńskim, ani w związku nieformalnym trwającym dłużej niż rok, obecnie i wcześniej.

W grupie osób pozostających w związku małżeńskim wiek badanych wahał się od 21 do 65 lat (średnia wieku 44 lata), w grupie osób wolnych od 26 do 75 lat (średnia wieku 43,8 roku). Kobiety stanowiły 61,7% całej populacji badanej, 43,3% grupy osób wolnych i 80% grupy osób pozostających w związku. Grupy nie były dobierane ze względu na płeć. Średni okres trwania związku wynosił 13,47 roku i był krótszy od okresu trwania choroby (16 lat). W grupie osób pozostających w związku 60% badanych zawarło go przed zachorowaniem, a 40% po zachorowaniu.

Do badania zmiennych osobowościowych – obrazu samego siebie i obrazu idealnego partnera – wykorzystano Test Przymiotnikowy (The Adjective Checklist, ACL) autorstwa Harrisona G. Gougha i Alfreda B. Heilbruna w polskim opracowaniu Marka Matkowskiego [22]. Test składa się z 300 przymiotników, za pomocą których osoba badana opisuje siebie, wybierając pozytywne i negatywne określenia. Najnowsza wersja [22] składa się z 42 skal. Skale opisują między innymi stosunek do samego siebie, potrzeby, samokontrolę, zaufanie do siebie, przystosowanie osobiste, idealne „Ja”, osobowość twórczą.

Do analizy różnic pomiędzy grupami w poszczególnych skalach zastosowano Test t-Studenta dla równych i różnych wariancji [23, 24].

Wyniki

Wyniki badań potwierdziły występowanie różnic w zakresie niektórych wymiarów osobowości między porównywanymi grupami osób chorych na schizofrenię (pozostających i nie będących w związkach małżeńskich).

1. Obraz samych siebie badanych osób

Osoby chore pozostające w związku małżeńskim różniły się od tych, które nie były w takich związkach wynikami w niektórych skalach ACL. Różnice te przedstawione są w tabeli 1 i na rys. 1.

Z danych tych wynika, że osoby pozostające w związku charakteryzują się:

- 1) większą liczbą wybranych pozytywnych przymiotników (FAV) – czynnik ten wyjaśnia 25,9% wariancji zmiennej zależnej;

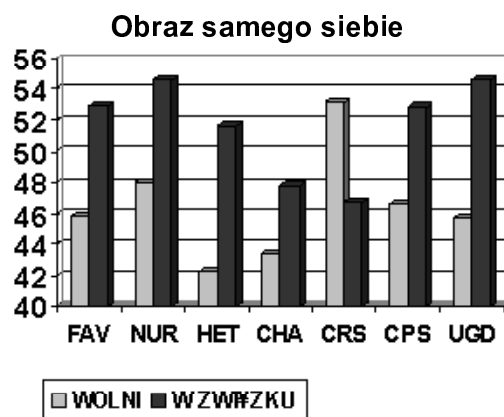
Tabela 1

Obraz samego siebie a pozostawanie w związku

	Skale ACL-obraz samego siebie		GR I – WOLNI		GR II – WZWIĄZKU		P
			M	δ	M	δ	
1	FAV	Pozytywne przymiotniki	45,88	12,12	52,88	11,91	0,05
2	NUR	Potrzeba opiekowania się innymi	48	11,76	54,53	7,81	0,02
3	HET	Potrzeba kontaktów heteroseksualnych	42,2	12,7	51,57	7,456	0,002
4	CHA	Potrzeba zmian	43,37	7,51	47,83	8,15	0,05
5	CRS	Chętność na pomoc	53,17	8,85	46,7	7,8	0,01
6	CPS	Osobowość wrażliwa	46,63	10,19	52,8	8,22	0,05
7	UGD	Ugodowość	45,73	12,85	54,57	7,66	0,005

Wartości podane są w procentach

M – średnia, δ – odchylenie standardowe



Rys. 1. Obraz samego siebie – porównanie skal istotnych statystycznie

- 2) wyższymi wynikami w skali „potrzeba opiekowania się innymi” (NUR) – wyniki wyjaśniają 12,7% wariacji zmiennej zależnej;
- 3) wyższymi wynikami w skali „potrzeba kontaktów heteroseksualnych” (HET), co wyjaśnia 7,49% wariacji zmiennej zależnej;
- 4) wyższymi wynikami w skali „potrzeba zmian” (CHA), 7,49% wariacji zmiennej zależnej;
- 5) wyższymi wynikami w skali „osobowość twórcza” (CPS), 4,36% wariacji zmiennej zależnej;
- 6) wyższymi wynikami w skali „ugodowość” (UGD), 21,7% wariacji zmiennej zależnej;
- 7) niższymi wynikami w skali „otwartość na pomoc” (CRS), co wyjaśnia 4,36 % wariacji zmiennej zależnej.

2. Obraz idealnego partnera

Osoby badane w obu grupach istotnie statystycznie różnicowały dwie skale: „potrzeba opiekowania się innymi” (NUR) i „potrzeba zmian” (CHA). Chorzy będący wolni oczekują istotnie częściej od idealnego partnera, iż będzie się on chciał opiekować innymi ludźmi (16,5% wariacji zmiennej zależnej) i że będzie wykazywał wyższą potrzebę zmian (7,8% wariacji zmiennej zależnej). Wyniki te ilustruje tabela 2 i rysunek 2.

Omówienie wyników

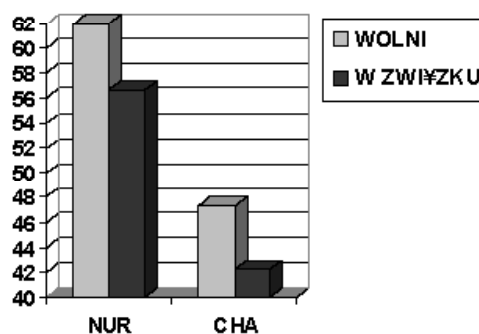
Tabela 2

Obraz idealnego partnera a pozostawanie w związku

	Skala GCL – obraz idealnego partnera		GR I – WOLNI		GR II – W ZWIĄZKU		p
			M	δ	M	δ	
1	NUR	Potrzeba opiekowania się innymi	62	5,47	56,6	9,02	0,01
2	CHA	Potrzeba zmian	47,27	7,54	42,3	9,24	0,06

Wartości podane są w procentach, M – średnia, δ – odchylenie standardowe

Obraz idealnego partnera



Rys. 2. Obraz idealnego partnera – porównanie skal istotnych statystycznie

Obie porównywane grupy różniły się niektórymi cechami osobowości. Różnice w 7 skalach okazały się istotne statystycznie. Tak więc nie tyle całościowo rozumiany obraz samego siebie, co raczej jego wybrane elementy mogą być czynnikami wyjaśniającymi różnice osobowościowe pomiędzy grupami chorych będących w związku i wolnych.

Uzyskane wyniki mogą sugerować, że osoby chore na schizofrenię, które pozostają w związku, przypisują sobie więcej niż osoby wolne pozytywnych przymiotników, a więc mają o sobie lepsze mniemanie, bardziej pozytywny obraz samego siebie. Psychologowie społeczni [25, 2, 1, 26] zwracają uwagę na fakt, iż pozytywna samoocena, a nawet tylko umiejętność pozytywnego zaprezentowania się, dobrze wpływa na kontakty interpersonalne. Osoby pozostające w związku charakteryzują się ponadto wyższą potrzebą opiekania się innymi, a więc angażowania w działania, które przynoszą korzyści emocjonalne lub materialne innym [22]. Są bardziej ugodowe, tzn. mają pozytywne nastawienie do ludzi, ufają innym, są bardziej, niż osoby wolne, wrażliwe, ustępliwe i altruistyczne wobec ludzi oraz nastawiają się bardziej na kooperację, a nie rywalizację [22]. Osoby pozostające w związkach charakteryzuje także wyższa potrzeba kontaktów heteroseksualnych, poszukują one częściej towarzystwa innych i czerpią emocjonalną satysfakcję z kontaktów z nimi [22]. Poza tym odznaczają się bardziej twórczą osobowością i chętniej dążą do zmian niż osoby wolne. Wymienione czynniki pokazują, że osoby pozostające w związkach dążą do kontaktu z innymi ludźmi i starają się podtrzymać pozytywną relację. Potrafią w większym stopniu niż osoby wolne zwracać uwagę na potrzeby partnera, opiekować się nim, ufać mu. Kreatywność i chęć poszukiwania nowych doświadczeń pozwala im być może łatwiej radzić sobie z sytuacjami trudnymi, jakie niesie związek, a także czynić swoje życie ciekawszym. Wymienione cechy są przez wielu autorów uważane za wyznaczniki powodzenia w poszukiwaniu partnera i podtrzymywaniu istniejącej relacji [2, 1]. Jedyna skala, w której osoby wolne uzyskały istotnie wyższe wyniki to CRS – „otwartość na pomoc”. Matkowski [22] definiuje ją jako gotowość przyjęcia pomocy; służy ona głównie do sprawdzania, czy dana osoba jest chętna do przyjęcia pomocy psychologicznej. Być może gotowość osób wolnych, aby przyjąć pomoc psychologiczną, wynika z tego, iż spostrzegają siebie jako osoby potrzebujące przede wszystkim pomocy profesjonalnej, a nie pomocy i wsparcia w relacjach partnerskich, jakie można uzyskać np. w małżeństwie. Partner oczekuje relacji obustronnej, chce także być gratyfikowany. Dla osoby, która ma obniżoną potrzebę nawiązywania relacji partnerskiej, jest nieufna, lękowa, boi się zmian, odwzajemnienie uczuć i zaspokajanie potrzeb partnera może być trudne i wymagające zbyt dużego nakładu sił, przy niekoniernie dużej satysfakcji z relacji.

Obraz idealnego partnera w małym stopniu różnicował obie grupy. Wyobrażenie idealnego partnera jest podobne u osób wolnych i u tych, które aktualnie są w związku. Różnicujące okazały się tylko dwie skale (NUR – „potrzeba opiekania się innymi”, CHA – „potrzeba zmian”). Można przypuszczać, że chorzy nie będący w związkach małżeńskich mogą mieć trudności ze znalezieniem partnera i zatrzymaniem go, gdyż za bardzo nastawiają się na opiekę z jego strony. Nie są samodzielni w zaspokajaniu swoich potrzeb i codziennym funkcjonowaniu. Sami nie chcą lub boją się zmian (skala

CHA), ale rzutują tę swoją potrzebę na idealnego partnera, który, jako osoba pragnąca zmian, być może byłby w stanie zmienić także ich życie na ciekawsze lub lepsze.

40% osób badanych zawarło związki małżeńskie już po zachorowaniu. Może to oznaczać, że choroba sama w sobie nie jest przeszkodą do nawiązywania i utrzymywania związków emocjonalnych i do zawierania związku małżeńskiego. 60% osób, mimo późniejszego zachorowania, także potrafiło utrzymać wcześniej zawarte małżeństwo. Może to dodatkowo sugerować, że właściwości indywidualne, takie jak cechy osobowości, mogą odgrywać ważną rolę w funkcjonowaniu emocjonalnym osób chorych na schizofrenię. Jest to wskazówka co do formułowania celów leczenia i rehabilitacji osób chorych na schizofrenię, wśród których przywracanie lub rozwijanie takich właściwości, jak większe otwarcie na potrzeby innych, zwiększanie umiejętności wyrażania swoich potrzeb, wzbudzanie potrzeby wprowadzania zmian w swoim życiu, mogą okazać się szczególnie ważne dla zwiększania ich możliwości nawiązywania satysfakcjonujących relacji emocjonalnych i trwałych związków partnerskich.

Wnioski

1. Grupę osób chorych na schizofrenię, które mają partnera, od grupy osób wolnych różnią następujące czynniki:

– Cechy osobowości, szczególnie te związane z potrzebami nawiązywania kontaktu interpersonalnego i jego podtrzymywania. Chorzy, którzy pozostają w związkach, przede wszystkim pragną ich i starają się je utrzymać, poprzez większe otwarcie się na innych ludzi, ich potrzeby, uczucia, poglądy, a także łatwiej idą na kompromis i robią coś dla innych. Mniej obawiają się zmian, a więc niepewności, która w mniejszym lub większym stopniu istnieje w związku przez cały okres jego trwania.

– Obraz idealnego partnera. Chorzy stanu wolnego uważają, iż idealny partner powinien charakteryzować się większą – w porównaniu z wymaganiami stawianymi ideałowi partnera przez chorych pozostających w związku – potrzebą opieki i potrzebą zmian.

2. Korzystne może okazać się, aby programy lecznicze i rehabilitacyjne dla osób chorych na schizofrenię w znacznie większym stopniu uwzględniały działania na rzecz tych cech ich osobowości, które mogą zwiększać możliwość zaspokojenia potrzeb emocjonalnych.

×łđñú ěč=ññč ě nóđđóćłńęćł ná`çë áíëüüúó řęćłđłćłé

Ńłáđćřłćł

Ōłëü čñńéłáíáříčé: Čřáříčłé čñńéäöíáříčé áüëí Ńđřáíłíćł čęćłí=čáúó ěč=ññč,áúđřéłířúó Ńłáñńáłííé ěđđńčłíé ě ěđđńčłé čálřéüüáí đřđńłđř ááóó áđóđ`đ`áíëüüúó řęćłđłćłé. Đłđár` áđóđ`đř – ýñł ěč=ññč,á nóđđóćłńęčó đřđřó łł éłłłł łáíłá áíár Ńłáéłńńłé čęćłé,áñđř` áđóđ`đř-ýñł łáčłęćł ěłčé,łł áóáó=č đřłłł á nóđđóćłńńáł,łé Ńřęćł á łłóđđéřéüüé ná`çë ,łé Ń đřđńłđřčé áíéłł łáíłá áíár.

Ĕłńłá: Á ěř=łńńáł čñńéłáíářńłéüñęłáí éłńłár Ńłáñńáłííé ěđđńčłíü č čálřéüüáí đřđńłđř đ`đčéłłłł Ńłłń đ`đčéřářńłéüüúó (The Adjectiv Chek List, ACL) H.G. Gough et A.B. Meilbruna á đřčđřáíñęł Ĕřđęř Ĕřńęłáñęłáí.

Dłqóëüññü: Dłqóëüññü çññëlaiařicë d'iañaldacëç d'i aëlicł d'řçëç+çë â iaëřññë iłëñidüö +ldñ ëç+inñç ëlëao ndrãicãřlëüëç adod'd'řëç aieüüüö řçqiodłicłë. Aieüüüł ëřac â nó'd'đóclñëçö ná'ç'ö ññřñçññë+lnëç – çif+çëüë iãdřçie ñëç+řëçñü ññ iãçñëçö ëçö; dłqóëüññüřëç ññ adod'd'ü – ëçö iãçñëçö â iłëñidüö řëřd'řö RNL. Eçör,d'đlaüãřüçl â nó'd'đóclñëçö d'řd'řö öřde-ñldçëiãřëçñü aieüřëç +çñëie ççãdřüüö d'řëicëñlëüüüö d'đëřãřñlëüüüö,ãññëçë dłqóëüññüřëç â řëřëřö. „Iłiaöiaçëññü id'łëç iřã çüüëç”, „D'ñdłaiññü ãñldñlëñöřëüüüö çññřëñã”, „D'ñdłaiññü ççëłilicë”, „Nãid+lnëř' ëç+inññü”, í ñřëçl aiełl iççëçëç dłqóëüññüřëç â řëřëł „Iłëřçřicł d'řëřüç”. Iãdřç çãłřëüüüã d'řd'ñid'ř â ëliüřlë ññld'łic ñëç+řë iãl adod'd'ü. Nñřñçññë+lnëç çif+çëüëç iëřçřëçñü aal řëřëü: „D'ñdłaiññü id'łëç iřã çüüëç” ç „D'ñdłaiññü ççëłilicë”. Eçör, inñřüçlñ' â nó'd'đóclññal aãdřçãř ëliüřl id'đlaëł' ëç ñřëçl d'ñdłaiññüç d'i inñřlçř ç çãłřëüüüö d'řd'ñid'řö.

Aüããü: Adod'd'ö aieüüüö řçqiod'łicłë, çññidüł ççãöñ â nó'd'đóclññal ññ adod'd'ü aieüüüö řçqiod'łicłë iãçñëçö inãlãññ ñëç+řññ +ldñü ëç+inñç,ñã çřüüł ñ d'ñdłaiññü ëç óññřñãëłic' çññld'd'ññiřëüüüö çññřëñã ç çö d'iaaldëçãřic'. Aieüüüł â nó'd'đóclññal ëłëřñ ñřëçö ná'çlë, aiełl d'řãöřüü äë' çüüö ëřãłë, ñëçëiüł ç çieđieçññëř ç ëłëřicł d'řëiãřñü çüüë, í ñřëçl ëłilł ai'ññ' ççëłilicë. Iic ñřëçl ëłilł iççãřñ d'i inñřlçç ç çãłřëüüüö d'řd'ñid'řö ç id'łëç ñřëřããã iřã içëç. Iic il iççãřñ â ñřëřë ññld'łic aieçëiçüüö ççëłilicë çřë ëçör iãçñëçl, ałç d'ñññ' iñë ñã'çë ñ d'řd'ñid'řë.

Persönlichkeitseigenschaften und Ehe bei den Schizophrenen

Zusammenfassung

Ziel der Untersuchungen: Das Ziel der Studie war die Persönlichkeitsvariablen zu vergleichen, die mit dem eigenen Bild und dem Bild des idealen Partners bei den zwei Gruppen der Schizophrenen ausgedrückt werden. Die erste Gruppe bildeten die Personen, die mindestens ein Jahr lang eine Ehe führten, die andere Gruppe bildeten die ledigen Personen, die früher keine Ehe oder Partnerschaft länger als ein Jahr geführt hatten.

Methode: Als die Methode zur Untersuchung des eigenen Bildes und des Bildes eines idealen Partners wurde der Test der Adjektive (The Adjective Check List, ACL) von H.G. Gough und A.B. Heilbrun in der Bearbeitung von Marek Matkowski verwendet.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Studie bestätigten das Auftreten der Unterschiede im Bereich mancher Persönlichkeitsdimensionen zwischen den verglichenen Gruppen der Schizophrenen. Die Kranken, die eine Ehe führten, unterschieden sich signifikant von den ledigen Personen in den Ergebnissen in manchen ACL Skalen. Die Personen, die in der Partnerschaft lebten, charakterisierten sich mit einer größeren Zahl der ausgewählten positiven Adjektive, höherer als in den Skalen: "Bedürfnis der Betreuung anderer Personen", "Bedürfnis der heterosexuellen Beziehungen", "Bedürfnis der Veränderungen", "schöpferische Persönlichkeit", "Friedlichkeit" und niedrigeren Ergebnissen in der Skala: "Offenheit auf Hilfe". Das Bild eines idealen Partners unterschied in kleinerem Grade die Gruppen. Statistisch bedeutend zeigten sich zwei Skalen: "Bedürfnis der Betreuung anderer Personen" und "Bedürfnis der Veränderungen". Die Personen, die die Ehe führten, zeigten diese Bedürfnisse angesichts des idealen Partners viel schwächer.

Schlussfolgerungen: Die Gruppe der Schizophrenen, die eine Ehe führen, und die Gruppe der Kranken und ledigen Personen unterscheiden besondere Persönlichkeitseigenschaften, die mit den Bedürfnissen der interpersonellen Beziehungen und ihrer Erhaltung verbunden sind. Die Kranken, die in einer Beziehung leben, begehren solche Beziehungen, sind offener, neigen zum Kompromiß, tun etwas für andere, fürchten sich weniger vor Veränderungen. Sie haben auch kleinere Erwartungen gegenüber dem idealen Partner im Bereich der Betreuung anderer Personen. Sie erwarten nicht in diesem Grade die Bereitschaft auf Veränderungen wie ledige Personen.

La personnalité et le mariage des schizophrènes

Résumé

Objectif: comparer les facteurs de la personnalité tels que l'image de soi-même et l'image du partenaire idéal de deux groupes des schizophrènes. Le premier groupe est formé des personnes mariées depuis plus d'un an, le second – des personnes qui ne sont pas mariées ou qui restent en rapports avec leurs partenaires moins qu'une année.

Méthode: on utilise le Teste des Adjectifs (The Adjective Check Liste – ACL – de H.G. Gough et d' A.B. Heilbrun (version polonaise de M. Matkowski).

Résultats: on confirme l'existence des différences de certaines dimensions de la personnalité de ces deux groupes de patients examinés. On note de significantes différences statistiques dans certaines échelles d'ACL qui diversifient les malades mariés et non mariés. Les personnes mariées choisissent le plus grand nombre d'adjectifs positifs, elles ont aussi les résultats plus élevés des échelles: «besoin de soigner les autres», «besoin des contacts hétérosexuels», «besoin des changements», «personnalité créatrice», «esprit de conciliation», et les résultats plus bas de l'échelle «capacité d'aider». Ces deux groupes diffèrent aussi de leur image du partenaire idéal. Les échelles: «besoin de soigner les autres» et «besoin des changements» sont ici les plus importantes du point de vue statistique. Les personnes mariées manifestent ces besoins d'une manière plus faible que les autres.

Conclusions: les schizophrènes mariés et non mariés diffèrent d'une façon significative quant aux traits de la personnalité liés avec les besoins de nouer les contacts interpersonnels et de les soutenir. Les schizophrènes mariés/ et en liaison / désirent de tels contacts, ils sont plus ouverts, ils cherchent souvent le compromis, ils veulent aider les autres et ils n'ont pas peur de changements. Leurs exigences adressées au partenaire idéal sont moins élevées quant à l'échelle «besoin de soigner les autres» et quant à l'échelle «besoin de changements» que des personnes non mariées.

Piśmiennictwo

1. Rostowski I. *Zarys psychologii małżeństwa*. Warszawa: PWN; 1987.
2. Nęcki Z. *Wzajemna atrakcyjność*. Warszawa: Wiedza Powszechna, 1990.
3. Płocka M, Rybakowski J. *Odrębność schizofrenii u mężczyzn i kobiet*. Przegł. Psychol. 1992; XXVI, 5: 327–335.
4. Bilikiewicz A. *Psychiatria*. Warszawa: PZWL; 1998.
5. de Barbaro B. *Brzemię rodziny w schizofrenii. Próba ujęcia systemowego*. Kraków: Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 1992.
6. Kuipers L, Leff J, Lam D. *Praca z rodzinami chorych na schizofrenię*. Warszawa: IPIN; 1997.
7. Siek S. *Osobowość*. Warszawa: ATK; 1982.
8. Kępiński A. *Schizofrenia*. Warszawa: PZWL; 1972.
9. Kostecka-Walenta K. *System wartości w psychozach*. Niepublikowana praca doktorska, UJ, 1982.
10. Drożdżowicz L. *Obraz siebie w przebiegu schizofrenii*. Niepublikowana praca doktorska, UJ, 2001.
11. Zaborowski Z. *Stosunki międzyludzkie*. Wrocław: Ossolineum; 1986.
12. Zalewska A. *Akceptacja siebie a wzajemna atrakcyjność w diadach mieszanych*. Przegł. Psychol. 1984; XXVII, 3: 632–639.
13. Chlewiński Z, Grzywa A. *Obrazowe i symboliczne przedstawienie pojęć abstrakcyjnych przez chorych na schizofrenię paranoidalną (rola selektywnej uwagi i pamięci)*. Przegł. Psychol. 1983; 4: 797–813.
14. Czabała JC. *Rodzina a zaburzenia psychiczne*. Kraków: Instytut Psychoneurologiczny; 1988.
15. Hohlewicz A, Wciórka J. *Zaburzenia poczucia siebie w schizofrenii w ujęciu Christiana Schar-*

- jettera*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 295–308.
16. Rządkowska-Weksej B. *Zaburzenia spostrzegania społecznego w schizofrenii*. Przegl. Psychol. 1983; 4: 907–915.
 17. Niebrzydowski L, Płaszczynski E. *Przyjaźń i otwartość w stosunkach międzyludzkich*. Warszawa: PWN, 1989.
 18. Celmer Z. *Małżeństwo*. Warszawa: PZWL; 1989.
 19. Melle I, Frits S, Hauff E, Vaglum P. *Social functioning of patients with schizophrenia in high-income welfare societies*. Psychiatr. Serv. 2000.
 20. Rabinowitz J, Mark M, Popper M, Slyzberg M, Munitz H. *Predicting revolving-door patients in a 9-year national sample*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1995; 30/2: 65–75.
 21. Thara R, Srinivasan TN. *Outcome of marriage in schizophrenia*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1997; 32/7: 416–420.
 22. Matkowski M. *Test Przymiotników – opracowanie i normalizacja*. Poznań: Pracownia Terapii i Rozwoju Osobowości, MBM; 1998.
 23. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN; 1996.
 24. Łącała Z, Przetacznik J. *Materiały pomocnicze dla studentów psychologii UJ – uczestników kursów statystycznych*. Praca niepublikowana, UJ, 1997.
 25. Mądrzycki T. *Deformacje w spostrzeganiu ludzi*. Warszawa: PWN; 1986.
 26. Skarżyńska K. *Spostrzeganie ludzi*. Warszawa: PWN; 1981.

Otrzymano: 12.08.2002

Zrecenzowano: 11.03.2003

Przyjęto do druku: 7.01.2004

Adres: Katarzyna Uznańska
31-054 Kraków, ul. Dietla 61 m 9

