

# Czesław Cekiera

---

## Cechy osobowości odratowanych samobójców na podstawie badań testem WISKAD

---

Studia Philosophiae Christianae 4/1, 208-218

---

1968

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

kładów Nr 28 do 33, na które powołuje się komentarz ze s. 60 (schemat zawiera tylko 27 form).

W przytoczonych za Städelim zestawieniu dziecięcych neuroz z diagnozami klinicznymi i wynikami badań testowych (Jung, Rorschach, Test-Drzewo), nie podał autor wieku dzieci, ani też ich poziomu umysłowego (s. 41—44).

Brak jest rysunków drzewa osób sprzed stanu hipnozy, co miałyby cenną wartość w porównaniu ich z rysunkami drzewa uzyskanymi w stanach danych sugestii hipnotycznych.

Uznanie pnia sosnowego za formę wczesną nie jest przekonywujące wg danych Tabeli 17 i 18 (s. 132). Wysokie procenty wykazują zarówno chłopcy szkół normalnych, jak i „debile” w różnym wieku. (Podobnie tabela 31 „ciemnobarwionych konarów” s. 171).

W przytoczonych przykładowo 10-ciu przypadkach badań (s. 217—244), w żadnym z nich nie posługuje się autor indeksem Wittgensteina, prezentując go tak obiecująco w rozdziale s. 45.

Niewłaściwym wydaje się rysunek drzewa na stronie 84 jako przykład akcentowania górnej długości drzewa przy podanych obok cechach (przewaga intelektu, idealizmu...), skoro pień jest wyraźnie mniejszy od połowy wysokości korony, a co ma być wyrazem cofnięcia się w rozwoju. W przypadku ambiwalentnych symptomów wyrazu, gdzie jest mowa o wysokim stopniu uzdolnień intelektualnych i o regresji, należałoby wyraźniej sprecyzować, jaka to jest regresja. Regresja afery popędowej przy wysokim poziomie duchowym byłaby zrozumiała.

Uwagi te nie wpływają jednakże na ogólną wartość dzieła. Test-Drzewo jest wartościową i ciekawą metodą badań osobowości, z tak szerokim spojrzeniem na przedmiot badań i cennymi wynikami, zobowiązującymi do gruntownego studium w stosowaniu metody. Wydaje się, że przekład pracy na język polski byłby bardzo wskazany.

Stefania Bober

Czesław Cekiera

#### CECHY OSOBOWOŚCI ODRATOWANYCH SAMOBÓJCÓW NA PODSTAWIE BADAŃ TESTEM WISKAD

Opracowanie niniejsze jest małym wycinkiem badań nad osobowością niedoszłych samobójców. Zostaną w nim omówione wyniki badań 70 osób (M = 31, K = 39) usiłujących popełnić samobójstwo. Badania przeprowadzono w Krakowie w latach 1962—1965. Ponieważ osoby usiłujące popełnić samobójstwo najczęściej przewożone były do szpitala lub kliniki psychiatrycznej, dlatego stan psychiczny tych osób określony był przeważnie

w terminologii psychiatrycznej. Według diagnozy psychiatrycznej badani otrzymali zatem następujące rozpoznanie kliniczne: psychopatia — 35 osób, nerwica — 20, alkoholizm — 15 osób.

Podstawę dla interpretacji niektórych cech osobowości badanej grupy stanowią wyniki uzyskane w Wielokierunkowej Skali Diagnostycznej (WISKAD). Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości jest szeroko znaną metodą badań w psychologii. Obecnie stosuje się go w wielu krajach wszystkich kontynentów do badań psychologicznych i klinicznych. Test opracowany został w 1940 r. przez S. R. Hathaway'a i J. C. McKinley'a psychologów amerykańskich w uniwersytecie w Minnesota i wydany w Mineapolis w 1943 r.

W Polsce test wydany został w 1952 r. przez Pracownię Psychologiczną w Krakowie-Kobierzynie, w opracowaniu M. Choynowskiego i znany jest także pod nazwą Wielokierunkowa lub Wieloobjawowa Skala Diagnostyczna (WISKAD). W wersji polskiej Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości obejmuje 556 zdań-twierdzeń dotyczących różnych dziedzin życia i osobistych cech jednostki oraz życia społecznego. Uwzględniają one m. in. takie dziedziny życia jak: zdrowie fizyczne i psychiczne, stan neurologiczny, przystosowanie do życia społecznego, zawodowego, stosunek do wartości i przekonań religijnych, spraw politycznych, prawnych, etycznych itp. Uzyskany profil osobowości składa się z 2 typów skal: skal kontrolnych oraz skal klinicznych. Pierwsze mówią o postawie badanego w stosunku do samych badań — 4 skale sprawdzające, drugie wskazują na cechy osobowości oraz objawy patologiczne właściwe dla 9 jednostek klinicznych takich jak: hipochondria, depresja, histeria, męskość-kobiecość, paranoja, psychopatia, psychastenia, schizofrenia, mania, introwersja.

Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości służy do różnicowania ludzi normalnych i chorych oraz do wykrywania patologicznych cech osobowości, w szczególności nerwic, psychopatii, psychoz. Pozwala on także na ocenę postawy pacjenta w stosunku do jego choroby (symulacja, dyssymulacja, agrawacja). W oparciu o obiektywne kryteria test określa strukturę osobowości i jej stan normalny lub anormalny. Profil osobowości badanych osób wyrażony jest w jednostkach T.<sup>1</sup> Jako profil normalny uważa się taki profil, którego wyniki w jednostkach standaryzowanych znajdują się między 30 a 70 T.

<sup>1</sup> Otrzymujemy je przeliczając surowe wyniki przy pomocy specjalnego wzoru lub tabel opracowanych do tego celu. Formuła przekształcania wyników surowych w jednostki T jest następująca:

$$T = 50 + \frac{10(X_i - M)}{SD}$$

gdzie: X, oznacza wynik surowy,  
M średnią dla osób normalnych w danej skali,  
SD odchylenie standardowe.

Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości stosowany był m. in. także do badań nad samobójstwami. Simon i Hales w 1949 roku po raz pierwszy zastosowali ten test do badań osobowości pacjentów z tendencjami samobójczymi. Na 50 przypadkach wykazali, że skala depresji i skala psychastenii dominują w konfiguracji profilu badanej grupy. Autorzy wskazują na użyteczność tej metody do badań tendencji i prób samobójczych.

Analiza wyników w badanej grupie 70 osób usiłujących popełnić samobójstwo wykazuje, że najwyższe wzniesienie w profilu uzyskali neurotycy, następnie alkoholicy oraz najniższe psychopaci. Prawie wszystkie osoby wykazały mniejsze lub większe odchylenia od normy. Zbyt wysokie lub zbyt niskie wyniki w poszczególnych skalach wskazują na istnienie mechanizmów obronnych oraz ujawniają cechy osobowości odbiegającej od normy. Na tabeli nr 1 i 2 zestawiono liczbowe wyniki badań osób z próbą samobójczą. Wyniki te porównano z profilami osób normalnych — niesamobójców — stanowiących grupę kontrolną.<sup>2</sup> W grupie kontrolnej osób normalnych wszystkie wyniki mieszczą się w granicach normy — między 30—70 T. Natomiast wśród samobójców zaznaczyły się odchylenia od normy zarówno w skalach kontrolnych jak i klinicznych oraz w poszczególnych grupach klinicznych.

#### Psychopatyczny profil samobójców

Wysokie L i niskie K u 11% badanych w tej grupie klinicznej wskazują na to, że samobójcy psychopaci stosują dość prymitywne mechanizmy obronne takie jak niechętnie przyznawanie się do swoich wad, samobrona, brak krytycyzmu, ukrywanie trudności i konfliktów osobistych, mają rzeczywiste lub wyolbrzymione poczucie krzywdy, na które reagują agresją w stosunku do innych (częste i silne konflikty interpersonalne) oraz w stosunku do siebie (samouszkodzenia i próby samobójcze). Na to, że wielu z badanej grupy chce pokazać się w lepszym świetle i nie przyznaje się do swoich słabości, wskazuje m. in. wskaźnik dyssymulacji Gougha ( $F - K = -11$ ), który zaznaczył się u 49% badanych tej grupy.

Wysokie L i wysokie K u 20% badanych ujawnia poczucie zagrożenia, brak wglądu we własne postępowanie i motywy działania. Pacjenci badanej grupy przyjmują postawę obronną wobec swoich słabości i trudności psychologicznych oraz lekceważący stosunek do norm społecznych.

Niskie L i niskie K uzyskało 14% badanych. Mechanizmy obronne

---

<sup>2</sup> Profile osób normalnych (100 mężczyzn i 100 kobiet) zaczerpnięto z pracy Z. Płużek, Wartość testu WISKAD-MMPI dla diagnozy różnicowej w zakresie nozologii psychiatrycznej, Kraków 1965 (rozprawa habilitacyjna — maszynopis).

Tab. nr 1

## ROZKŁAD WYNIKÓW W SKALACH KONTROLNYCH WISKADA

skale kontrolne		Psycho- patia M+K=35 %		Nerwica M+K=20 %		Alko- holizm M+K=15 %	
<b>SKALA KŁAMSTWA</b>							
niskie L	(41—45 T)	1	3	1	5	—	—
średnie L	(46—65 T)	23	66	11	55	10	66
wysokie L	(66—85 T)	11	31	8	40	5	33
<b>SKALA F</b>							
F niskie	(41—50 T)	1	3	—	—	—	—
F średnie	(51—70 T)	17	48	11	55	8	53
F+ <sub>1</sub> podwyższone	(71—90 T)	17	48	6	30	6	40
F+ <sub>2</sub> wysokie	(91—110 T)	—	—	3	15	1	7
F+ <sub>3</sub> bardzo wysokie	(111—120 T)	—	—	—	—	—	—
<b>SKALA K</b>							
K — niskie	(30—45 T)	6	17	3	15	1	7
K średnie	(46—65 T)	27	77	16	80	12	80
K + wysokie	(66—80 T)	2	6	1	5	2	13
<b>WSKAŹNIK GOUGHIA F-K</b>							
Dyssymulacja:	poniżej — 11	17	49	10	50	6	40
	" — 12	2	6	1	5	1	7
Symulacja:	powyżej + 9	10	29	6	30	6	40
	" + 10	—	—	—	—	—	—
	" + 11	2	6	2	10	1	7
<b>WSKAŹNIK ODCHYLENIA OD NORMY</b>							
wysokie L i niskie K		4	11	4	20	4	27
wysokie L i wysokie K		7	20	6	30	2	13
niskie L i niskie K		5	14	1	5	1	7
niskie L i wysokie K		—	—	—	—	—	—
wysokie F		—	—	3	15	1	7
niskie F		1	3	—	—	—	—

Tab. nr 2 ROZKŁAD WYNIKÓW W SKALACH KLINICZNYCH WISKADA

skale kliniczne		Psycho- patia M+K=35 %		Nerwica M+K=20 %		Alkoho- lizm M+K=15 %	
<b>WYSOKOŚĆ PROFILU</b>							
niski	(50—70 T)	4	11	—	—	1	7
graniczny	(71—80 T)	17	49	5	25	2	13
średni	(81—100 T)	13	37	8	40	12	80
wysoki	(101—110 T)	1	3	6	30	—	—
bardzo wysoki	(111—120 T)	—	—	1	5	—	—
<b>KSZTAŁT PROFILU</b>							
iglicowy		14	40	8	40	6	40
jednofazowy		2	6	4	20	2	13
dwufazowy		4	11	6	30	3	20
„piła”		3	9	—	—	1	7
pagórek		7	20	1	5	2	13
nietypowy		5	14	1	5	1	7
<b>NACHYLENIE PROFILU</b>							
opadający		10	28	9	45	6	40
neutralny		19	54	9	45	3	20
wzrastający		6	18	2	10	6	40
<b>ROZKŁAD SKAL POWYŻEJ 70 T</b>							
hipochondria		1	3	6	30	4	27
depresja		11	31	18	90	9	60
histeria		5	14	8	40	4	27
psychopatia		21	60	11	55	8	53
paranoja		14	40	8	40	7	47
psychastenia		10	29	15	75	8	53
schizofrenia		12	34	5	25	10	67
mania		—	—	1	5	1	7
introwersja		3	9	8	40	4	27

w tych skalach wyrażają się nadmiernym krytycyzmem w stosunku do siebie, łatwym przyznawaniem się do najmniejszych swoich błędów, mają tendencję do wyolbrzymiania swoich trudności i widzenia siebie w gorszym świetle. Pacjenci tej grupy odznaczają się ponadto niepokojem, wysokim stanem napięcia emocjonalnego, trudno przystosowują się do otoczenia, ujawniają małą tolerancję na sytuacje stressowe (niskie K 17%).

Podwyższone wyniki w skali F (48%) wskazują na znaczne trudności osobowościowe badanych osób, na niekonwencjonalną, niekiedy aspołeczną reakcję w trudnych sytuacjach, starając się w ten sposób jakby wołać o pomoc w trudnych sytuacjach. To zwrócenie uwagi innych na własne trudności nie ma jednak u nich charakteru reakcji histerycznych, poza nielicznymi wyjątkami.

Podwyższone wyniki w skali kontrolnej F oraz w skalach klinicznych schizofrenii i paranoi świadczą o podobnych mechanizmach psychodynamicznych jakie stosują schizofrenicy i osoby paranoidalne. Mechanizmy te jednak stanowią drugorzędną komponentę w badanej grupie klinicznej. Natomiast wyraźniej zaznaczają się one u alkoholików.

Ogólnie można stwierdzić, że najczęstszymi komponentami profilu samobójców z rozpoznaną psychopatią są: prymitywne mechanizmy obronne z postawą obronną w stosunku do siebie — swoich wad i słabości. Słabe przystosowanie, naiwna kompensacja, chwiejność emocjonalna z silnymi konfliktami wewnętrznymi i zewnętrznymi, przejawiającymi się w postaci agresji w stosunku do siebie (samouszkodzenia i częste próby samobójcze). Słabo zaznaczona jest komponenta lękowa, depresyjna oraz nastawienie urojeniowe. Próby samobójcze u psychopatów podejmowane były częściej (48%) niż u neurotyków (23%), lecz rzadziej niż u alkoholików (73%). Przeważnie były one objawem agresji i samoagresji, ucieczką przed trudnościami lub „wołaniem o pomoc”; rzadziej natomiast były objawem demonstracji histerycznej. Ze sposobów samobójstwa psychopaci najczęściej stosowali otrucie, podcięcie, wieszanie. Motywem samobójstwa były w tej grupie najczęściej konflikty rodzinne, zawiedziona miłość oraz różne trudności i niepowodzenia w życiu.

#### Profil samobójców z rozpoznaną nerwicą

Profil samobójców z rozpoznaną nerwicą ujawnia inne mechanizmy psychodynamiczne niż profil psychopatów i alkoholików.

Wysokie L i niskie K u 20% osób przemawiają za obniżeniem podstawowych mechanizmów obronnych warunkujących przystosowanie oraz kompensację za pomocą naiwnej postawy wobec własnych trudności i ujemnych cech osobowości. U pacjentów tych dominuje ponadto napięcie emocjonalne, wewnętrzny niepokój, lęki, niekiedy natręctwa oraz neurotyczne poczucie winy. U niektórych osób w tej grupie niedojrzałość uczu-

ciowa ujawnia się w postaci reakcji historycznych, demonstratywnych. Motywy własnego postępowania nie są u nich w pełni kontrolowane.

Wysokie L i wysokie K u 20% badanych wskazuje na stany napięcia uczuciowego przymusowe działanie, stereotypowe zachowanie się, oraz poczucie zagrożenia a w związku z tym ujawniają szereg trudności w przystosowaniu.

Niskie L i niskie K (5%) oraz wysokie F (15%) przemawiają za tym, że badani świadomie lub nieświadomie chcą pokazać się w gorszym świetle, wyolbrzymiają swoje rzeczywiste lub domniemane choroby i trudności. Wskaźnik symulacji Gougha ( $F-K=+11$ ) zaznaczył się u 10% badanych.

Podwyższony i wysoki wynik w skali F u 45% badanych wydaje się również wskazywać na to, że niektóre osoby stosują mechanizmy obronne podobne od schizofrenii i depresji, w których dość wyraźnie ujawniła się komponenta alienacji, wyobcowania, utraty więzi społecznej, załamanie, apatia. Badani uzyskujący podwyższone wyniki w skalach kontrolnych i klinicznych odznaczają się słabą postawą obronną, niewiarą we własne możliwości, brakiem poczucia bezpieczeństwa, biernością, zniechęceniem, pesymizmem z tendencją do samooskarżania i karania samego siebie (samobójstwo). Podwyższone wyniki w skalach klinicznych depresji i psychastenii zdają się wyraźnie wskazywać na tendencje samobójcze.

Próby samobójcze u neurotyków badanej grupy podejmowane były rzadziej niż u psychopatów i alkoholików. Najczęściej popełniane były pod wpływem silnego wzruszenia emocjonalnego jako chęć uzyskania czegoś lub zwrócenia uwagi na siebie; częściej jednak jako wyraz zniechęcenia, głębokiej depresji i chęci ucieczki od życia.

Główną zatem cechą profilu neurotycznego badanej grupy samobójców są obniżone mechanizmy obronne, silna komponenta lękowa, depresyjna i natręctw, z lekko zaznaczającą się w kilku przypadkach komponentą alienacji, oraz wyolbrzymianiem własnych trudności. Próby samobójcze u tej grupy klinicznej, poza nielicznymi wyjątkami, nie są wyrazem demonstracji, lecz wskazują na dość stałą tendencję do ucieczki od życia, od trudności aż do samoagresji. Agresja zdecydowanie zwrócona jest w kierunku siebie, i to jest zasadniczą komponentą badanej grupy neurotyków samobójców.

W technice próby samobójczej przeważają środki gwałtowne: otrucie (gazem, siarką, czadem), powieszenie, podcięcie (blachą, żyłką), skok. Jako motyw samobójstwa neurotycy najczęściej podawali trudności i niepowodzenia w życiu, chorobę, konflikty z rodziną, trudności w pracy.

#### Profil alkoholików z próbą samobójczą

W profilu alkoholików z próbą samobójczą wysokie L i niskie K ujawniło 27% badanych; wynik ten wskazuje na silną postawę obronną wobec



własnych słabości. Badani ujawniają tendencję do pokazywania się w lepszym świetle. Jest to dość często stosowany mechanizm obronny u alkoholików. Wyraźnie zaznaczają się u nich brak wglądu we własne motywacje postępowania oraz niski krytycyzm lub wręcz brak krytycyzmu w stosunku do siebie i swoich wad. Badani świadomie lub nieświadomie nie chcą przyznawać się wobec siebie i innych do przeżywanych trudności. Wskaźnik dyssymulacji Gougha ( $F-K = -12$ ) zaznaczył się u 6% badanych.

Wysokie L i wysokie K u 20% alkoholików samobójców świadczy o prymitywnych mechanizmach obronnych, o obniżonym krytycyźmie, złym przystosowaniu, silnych konfliktach z otoczeniem.

Niskie L i niskie K u 7% badanych świadczy o obniżonych mechanizmach obronnych. Pacjenci tej grupy chcą pokazać się w gorszym świetle, widzą siebie w czarnych barwach, są przyhamowani, depresyjni, odznaczają się wąskim kręgiem zainteresowań lub wręcz ciasnotą poglądów. Wskaźnik symulacji Gough ( $F-K = +11$ ) zaznaczył się u 7% badanych.

Podwyższone i wysokie wyniki w skali F u 47% badanych świadczą o tym, że niektóre mechanizmy obronne badanych podobne są do tych, jakie ujawniają się u schizofreników lub osób paranoidalnych. Objawy właściwe dla tych skal dość wyraźnie zaznaczają się u alkoholików z próbą samobójczą. Wskazują one na obniżony poziom sprawności psychicznej oraz obojętność w stosunkach międzyludzkich. U bardziej nałogowych alkoholików, jak potwierdzają to wyniki wywiadu psychologicznego, można było stwierdzić takie cechy jak podejrzliwość, urojenia zazdrości, prześladowcze, oraz poczucie zagrożenia. Objawom tym nierazko towarzyszyła depresja.

Charakterystyczną cechą mechanizmów obronnych alkoholików z próbą samobójczą jest silna postawa obronna, lecz mechanizmy są prymitywne, słabe przystosowanie i naiwna kompensacja. W konstelacji cech osobowości u niektórych alkoholików dominuje komponenta lękowo-depresyjna, u innych natomiast komponenta alienacji oraz urojeniowa. Próby samobójcze mają charakter przeważnie reakcji agresywnej (73%) z agresją skierowaną ku sobie lub innym bez wyraźnie uświadomionego celu. Jest to najczęściej reakcja nagła często pod wpływem alkoholu, w zdenerwowaniu, w poczuciu doznanej krzywdy lub urażonej ambicji. W porównaniu do psychopatów i neurotyków liczba prób samobójczych wśród alkoholików jest największa — średnio wypada 3 próby samobójcze na osobę (w grupie psychopatycznej 2,2; wśród neurotyków 1,7).

W technice próby samobójczej dominuje otrucie, powieszenie, podcięcie, skok. Powodem prób samobójczych najczęściej były konflikty rodzinne (27%), w szczególności małżeńskie, choroba oraz alkoholizm (27%), trudności w pracy (24%), zawiedziona miłość (12%) oraz ogólne niepowodzenia w życiu, nierazko spowodowane nadużywaniem alkoholu.

Reasumując omówione wyniki testu WISKAD stwierdzamy, że tylko 7% badanych uzyskało wyniki w granicach normy (30—70 T). Pozostałe osoby wykazywały różnego rodzaju odchylenia od normy. Występują one zarówno w cechach osobowości, w mechanizmach obronnych, jak również w liczbie prób samobójczych, w technice, oraz w motywacji samobójstwa. Różnice te występują nie tylko w poszczególnych grupach klinicznych (psychopatia, nerwica, alkoholizm), lecz także w obrębie tej samej grupy klinicznej; różnice te są następujące:

### 1. W profilu psychopatycznym samobójców

silne i prymitywne mechanizmy obronne — naiwna kompensacja;  
słabe przystosowanie do otoczenia, duża podatność na konflikty;  
silna komponenta emocjonalna — impulsywna — agresywna;  
słabo zaznaczona komponenta lękowa i depresyjna;  
średnie nasilenie tendencji i prób samobójczych (średnia 2,2);  
próba samobójcza jest wyrazem agresji skierowanej do siebie lub innych jako wyraz protestu przeciw doznanej krzywdzie;  
w technice próby samobójczej dominuje otrucie, podcięcie, powieszenie;  
w motywacji — konflikty rodzinne, zawiedziona miłość, niepowodzenia w życiu.

### 2. W profilu neurotycznym samobójców

dominują obniżone mechanizmy obronne z neurotycznym poczuciem winy;  
silna i trwała komponenta lękowa — depresyjna — natręctw;  
w niektórych wypadkach lekko zaznaczające się wyolbrzymiania;  
w kilku wypadkach poczucie alienacji;  
liczba prób samobójczych stosunkowo niska (1,7);  
próby samobójcze są końcowym, skrajnym etapem trwałej tendencji ucieczki od życia i związanych z nim trudności;  
agresja zdecydowanie skierowana w kierunku siebie — samoagresja;  
w technice samobójstwa dominują środki gwałtowne — otrucie, powieszenie, podcięcie;  
w motywacji — przeważają trudności w życiu i w pracy, choroby, konflikty w rodzinie.

### 3. W profilu alkoholików samobójców

silna oraz prymitywna postawa obronna;  
słabe przystosowanie i naiwna kompensacja;

u pewnej grupy alkoholików silna komponenta depresyjno-lękowa, u innej grupy komponenta alienacji oraz urojenkowa;  
liczba prób samobójczych najwyższa spośród 3 grup klinicznych (3,0);  
w technice samobójstwa najczęściej stosowano otrucie, powieszenie, podcięcie;  
w motywacji samobójstwa dominują konflikty rodzinne, choroba, trudności w życiu i w pracy oraz zawiedziona miłość.

Ujawnione cechy osobowości samobójców, ich mechanizmy psychodynamiczne przemawiają za tym, że osoby badanej grupy charakteryzuje słabe przystosowanie do otoczenia, brak stabilności uczuciowej, poczucie zagrożenia, pesymistyczny pogląd na życie i przyszłość, bezradność. Elementy depresji i alienacji prawie u większości badanych osób wydają się być symptomatycznymi objawami dla całej grupy. Wskazują na to również inne, analogiczne badania.

Rosen, Hales i Simon w oparciu o liczne badania usiłowanych samobójstw stwierdzili, że skala 2 (depresji) w triadzie neurotycznej i skala 7 (psychastenii) w triadzie psychotycznej odgrywają główną rolę w konfiguracji profilów osób z tendencjami samobójczymi. Jako drugorzędne cechy występowały wzniesienia w skali 4 (psychopatia), w 6 (paranoia), a niekiedy także w skali 8 (schizofrenii) ujawniające się jako stany napiętej frustracji, złość, irytacja. Wcześniejsze badania Farberowa z 1950 roku również wskazywały na podobne wyniki ujawniając równocześnie inne charakterystyczne cechy dla samobójców, wyrażające się w podwyższeniu skali 8 (schizofrenia) oraz skali 4 (psychopatia). W grupie kontrolnej — niesamobójców — wyniki w skali 2 (depresja) i w skali 7 (psychastenia) były o 50% niższe od wyników grupy zasadniczej.

Dalsze badania Holzberga, Cahena, Wilka i Burtona nad samobójstwami dostarczyły bogatego materiału na temat symptomów tendencji samobójczych i posłużyły do opracowania wskaźników dla oceny i interpretacji tych tendencji. Wskaźniki te pomieszczone zostały w specjalnym Atlasie opracowanym przez Hathaway i Meehla.

Uzyskane wyniki na podstawie Wielokierunkowej Skali Diagnostycznej oraz ujawnione cechy osobowości w grupie odratowanych samobójców wydają się być więc zgodne z innymi wynikami badań. Przedstawione wyniki badań wskazują na fakt występowania u osób z tendencjami samobójczymi wspólnych i charakterystycznych cech osobowości z pogranicza patologii i normy.

#### BIBLIOGRAFIA

1. S. R. Hathaway, J. C. McKinley — A multiphasic personality schedule (Minnesota): — I Construction of the schedule, J. Psychol. 1940,

- 10, 249—254; trzecia wersja: III The measurement of symptomatic depression, *J. Psychol.* 1942, 14, 73—84, oraz wyd. uzupełnione: *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, Minneapolis: Univer. of Minnesota Press 1943.
2. W. Simon, W. M. Hales — Note on a suicide key in the MMPI, *Amer. Journ. Psychiat.* 1949, 106, 222—223, oraz: W. Simon — Attempted suicide among veterans: a comparative study of fifty cases, *J. Ment. Dis.* 1950, 111, 451—468.
  3. A. Rosen, W. M. Hales i W. Simon — Classification of „suicidal” patients, *Journ. Consult Psychol.* 1954, 18, 359.
  4. N. L. Farberow — Personality patterns of suicidal mental hospital patients, *Genet. Psychol. Monogr.* 1950, 42, 3—80.
  5. J. D. Holzberg, E. R. Cahen i E. K. Wilk — Suicide: A psychological study of self-destruction, *Journ. Proj. Techn.* 1951, 15, 339—354.
  6. S. R. Hathaway, P. E. Meehl — *An Atlas for the clinical use of the MMPI*, Minneapolis: Univer. of Minnesota Press 1951.

*Vander Veldt J. H., Psychiatry and Catholicism*, New York 1957, ss. 474.

Politechnizacja współczesnej cywilizacji, minione dwie wojny światowe oraz głębokie przemiany socjalne i polityczne zrodziły nowe problemy zarówno w życiu indywidualnym jak i kontaktach społecznych. Wraz ze zdobyciami nowoczesnej techniki powstaje szereg anomalii, zaburzeń i chorób w dziedzinie somatycznej, psychicznej oraz moralnej.

W literaturze amerykańskiej, w ostatnim dwudziestolecu ukazało się wiele artykułów i monograficznych opracowań dotyczących zagadnienia rozwoju i struktury osobowości oraz zjawisk psychicznych z pogranicza patologii i normy.

Pewnego rodzaju Compendium tych zagadnień stanowi praca J. H. Vander Veldt'a i R. P. Odenwald'a pt. *Psychiatria a katolicyzm*, w której omówione zostały problemy z dziedziny psychiatrii, psychologii i duszpasterstwa w świetle zasad etyki katolickiej. Jak wykazują autorzy niniejszej książki — a potwierdzają to fakty z codziennego życia — współpraca psychologa, psychiatry i księdza ma doniosłe znaczenie w trosce o zdrowie psychiczne i moralne człowieka.

Obaj autorzy są profesorami Katolickiego Uniwersytetu w N. York. Ojciec Jakub Vander Veldt, franciszkanin, stopień doktora filozofii uzyskał w Lowanium; obecnie jest zasłużonym profesorem psychologii oraz szeroko znanym autorem wielu prac i artykułów z dziedziny psychologii. R. P. Odenwald, doktor medycyny, psychiatra, Dyrektor Child Guidance Center przy katolickim uniwersytecie, członek Amer. Towarzystwa Psychiatrycznego, znawca i autorytet w dziedzinie neuropsychiatrii.