

CECHY OSOBOWOŚCIOWE MAŁŻONKÓW ZGŁASZAJĄCYCH SIĘ NA TERAPIĘ MAŁŻEŃSKĄ

PERSONALITY TRAITS OF SPOUSES APPLYING FOR MARITAL THERAPY

Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kierownik: dr hab. n. med. Agata Szulc

marriage
marital/couples therapy
personality

Artykuł stanowi opis i analizę wyników przeprowadzonych przez Autorkę badań cech osobowości małżonków zgłaszających się do terapii przy użyciu Testu Przymiotnikowego ACL, w którym każde z małżonków oceniali zarówno siebie, jak i partnera. Wyniki badań wykorzystane są jako wskazówki do sporządzania planu terapeutycznego dla małżeństw w sytuacji kryzysu ich związku.

Summary

Aim. The aim of the research was to analyse the personality traits of spouses applying for therapy. Implications for marital therapy were discussed.

Method. Research included 20 marriages qualified for the marital therapy and 20 marriages, who were not seeking any therapy. Participants evaluated themselves and their mates using the Adjective Check List ACL.

Results. The spouses who applied for the therapy in comparison with those not seeking any help, presented lower self-esteem, little self-confidence, tendency to deference and higher level of succorance. They assessed their partners very critically, attributed to them a lot of unfavourable adjectives and reproached them with lack of readiness to seek compromises. They considered them as too independent, impulsive and aggressive. They perceived their relationship as asymmetric, similar to a relation between the Critical Parent and the Adapted Child.

Conclusions. Asymmetrical relation, criticism and mutual accusation of spouses applying for the therapy should be treated by the therapist with special attention in order to preserve objectivism and not to get involved in the conflict. It seems to be correct to take into account the partners' individual personality characteristics and tendency to decree partners' consciousness of their different perspectives of seeing themselves and the problem.

Wstęp

Ocena osobowości stanowi ważny element każdego procesu diagnostycznego poprzedzającego terapię. Poznanie względnie stałych cech predysponujących człowieka do określonego zachowania pozwala w pewnym uogólnieniu przewidywać jego reakcje, przybliżyć do rozumienia problemów, które go obciążają. Badanie cech osobowościowych osób, które decydują się na terapię małżeńską może być pomocne w analizie ich funkcjonowania zarówno w diadzie, którą tworzą, jak i w procesie budowania relacji z terapeutą. Badanie osobowości małżonków wydaje się istotne również z perspektywy socjologicznej i prawnej. I w Polsce, i na świecie to właśnie niezgodność charakterów jest podawana jako najczęstsza przyczyna rozwodów [1].

Dotychczasowe badania związków małżeńskich o różnej jakości wykazały istotne znaczenie osobowości partnerów dla ich wzajemnych relacji [2–9]. W analizie osobowości małżonków za pomocą NEO-FFI (tzw. wielkiej piątki) stwierdzono, że poczuciu satysfakcji z małżeństwa sprzyjał podwyższony poziom ekstrawersji i ugodowości oraz obniżony neurotyzmu. Dodatkowo u mężczyzn istotny okazał się czynnik sumienności — mężczyźni skrupulatni, obowiązkowi, rzetelni i rozważni odczuwali większe zadowolenie w związku [5]. W tej samej analizie, zróżnicowanie grupy badanej pod względem stażu małżeńskiego wykazało, że wraz z upływem wspólnie spędzanych lat istnieje prawdopodobieństwo upodabniania się małżonków — u mężczyzn zwiększał się poziom otwartości, co upodabniało ich do żon, u żon zmniejszał się wymiar ugodowości, co upodabniało je do mężów [5, 9].

W innym badaniu, za pomocą SNAP [4], najsilniejszy związek z wysokim poziomem zadowolenia z relacji małżeńskiej w obszarach: miłość, więź emocjonalna, intymność, podobieństwo zachowań, satysfakcja seksualna i posiadanie dziecka wykazały skale: dewiacje, samodeprecjacja, obniżone poczucie wartości, tendencje samobójcze, zależność, impulsywność — korelacje ujemne, oraz skala pozytywnego charakteru — korelacja dodatnia. W grupie kobiet obserwowane związki były podobne, z wyjątkiem braku istotnych korelacji ze skalami impulsywności i zależności [4].

Ciekawa jest analiza zależności pomiędzy wymiarami osobowości a satysfakcją ze związku małżeńskiego przeprowadzona za pomocą 16-czynnikowego kwestionariusza R.B. Cattella. Najbardziej istotną rolę w kreowaniu udanego związku zarówno w przypadku mężów, jak i żon wykazał czynnik stabilności i dojrzałości emocjonalnej. Ponadto dla budowania satysfakcji w relacji małżeńskiej ważne było, aby partnerzy nie wykazywali nadmiernej tendencji do obwiniania się — czynnik obwiniania się, oraz nie akcentowali zbyt swojej autonomii i indywidualności — czynnik niezależności. Dodatkowo, w przypadku mężczyzn satysfakcji z relacji sprzyjało poczucie siły, asertywności i dominacji — czynnik dominacji, oraz śmiałość i otwartość — czynnik śmiałości społecznej. Nie sprzyjało natomiast bycie zbyt wrażliwym i sentymentalnym — czynnik wrażliwości, i bardziej abstrakcyjne niż praktyczne nastawienie do życia — czynnik abstrakcyjności. W przypadku kobiet do odczuwania satysfakcji ze związku przyczyniał się pozytywnie czynnik inteligencji, natomiast negatywnie czynnik czujności. Kobiety podejrzliwe i sceptyczne miały trudności z doświadczaniem szczęścia w związku [3].

Jak można się spodziewać, zaobserwowano również istotne zależności pomiędzy jakością związku małżeńskiego a cechami psychopatologicznymi. U kobiet i u mężczyzn odczuwaniu szczęścia małżeńskiego nie sprzyjał podwyższony poziom hipochondrii, depresji, hysterii, psychopatii, schizofrenii, introwersji psychicznej, ocenianych za pomocą MMPI. Dodatkowo, u kobiet negatywnie na jakość małżeństwa wpływała nadmierna podejrzliwość i nieufność (skala paranoi), duże napięcie wewnętrzne, obniżony nastrój i samokrytycyzm (skala psychastenii) oraz wysoki poziom aktywności i podburzenia (skala manii) [6].

Podobne dane z badań dostarcza literatura obcojęzyczna. Najwięcej analiz przeprowadzono za pomocą tzw. wielkiej piątki [7, 10–19]. Najsilniejszy związek z satysfakcją małżeńską wykazała skala neurotyzmu — korelacja ujemna. Istotne, aczkolwiek słabsze powiązania odnotowano w skalach ugodowości, sumienności i ekstrawersji — korela-

cje pozytywne. Brak związków pojawiał się często w odniesieniu do skali otwartości [10, 11, 16].

Negatywny związek pomiędzy odczuwaniem satysfakcji małżeńskiej a podwyższonymi wynikami w skalach neurotyzmu odnotowano także używając innych metod pomiaru: HSPQ i EPQ [20], DPQ [1].

Wyniki badania za pomocą 16-czynnikowego kwestionariusza R.B. Cattella były zgodne z wynikami uzyskanymi w polskim badaniu, tj. jako najbardziej istotny dla odczuwania satysfakcji małżeńskiej okazał się czynnik stabilności emocjonalnej [21].

W badaniu z zastosowaniem PAD wykazano, że doświadczeniu szczęścia w małżeństwie sprzyjała przyjacielskość i życzliwość oraz własna dominacja [2].

Literatura obcojęzyczna potwierdza również niekorzystny wpływ na odczuwanie satysfakcji w małżeństwie cech psychopatologicznych partnerów, mierzonych za pomocą MMPI [22] lub innych metod [2, 19, 23, 24].

Wiele badań w Polsce i za granicą poświęconych zostało rozstrzygnięciu, czy satysfakcji małżeńskiej sprzyja podobieństwo czy różnorodność osobowościowa małżonków [2, 8, 9, 17, 19, 25]. Część analiz potwierdza pozytywny wpływ podobieństwa osobowości partnerów na doświadczenie szczęścia w związku [2, 8, 25], inne — nie [17, 19]. W poszukiwaniu partnera życiowego zaobserwowano tendencję do wyboru osoby o cechach podobnych do własnych [17, 26]. Odnotowano też, że w miarę upływu lat małżonkowie upodabniali się do siebie [5, 6, 9]. Wiele analiz jest natomiast zgodnych co do tego, że istnieją istotne rozbieżności pomiędzy samooceną a oceną osobowości dokonywaną przez partnera [27, 28].

Większość z przytoczonych badań opierało się na badaniu małżeństw z ogólnej populacji, niektóre dotyczyły par rozwodzących się, nieliczne odnosiły się do małżeństw uczestniczących w terapii.

Cel

Celem badania była analiza cech osobowości małżonków zgłaszających się do terapii, w aspekcie samooceny i oceny partnera, oraz rozważenie implikacji zaobserwowanych cech dla procesu terapeutycznego.

Osoby badane

Grupę badaną (GB) utworzyło 20 małżeństw zakwalifikowanych w 2010 roku do terapii małżeńskiej w Centrum Zdrowia Psychicznego w Białymstoku (Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej). Pary wypełniały test po rozmowie wstępnej, przed pierwszą konsultacją. Do grupy kontrolnej (GK) weszły losowo dobrane małżeństwa (N = 21), które nie zgłaszały potrzeby udziału w terapii.

GB i GK były do siebie zbliżone pod względem socjodemograficznym. Wszyscy respondenci pochodzili z Białegostoku i okolic. Średnia wieku osób uczestniczących w badaniu wynosiła w GB 37,9 roku (od 24 do 54 lat) oraz w GK 41,1 roku (od 29 do 66 lat). W GB 20 osób miało wykształcenie wyższe, 15 — średnie i 5 — zawodowe. W GK 30 osób miało wykształcenie wyższe, 10 — średnie i 2 — zawodowe. Średni staż małżeński wynosił w GB 9,15 roku (od 1 roku do 25 lat), w GK 14,8 roku (do 41 lat).

Metoda

Do oceny obrazu siebie i obrazu partnera zastosowano Test Przymiotnikowy Adjective Check List (ACL) autorstwa Gougha i Heilbruna [29]. ACL jest testem do badania osobowości ujmowanej w aspekcie obrazu siebie. Składa się z 300 przymiotników, spośród których ankietowany wybiera te, które jego zdaniem najlepiej go opisują. Instrukcja dotycząca tego testu może być modyfikowana w zależności od wymiaru obrazu siebie bądź rzeczywistości zewnętrznej, którą badacz chce zaobserwować. Wykorzystano to w niniejszym badaniu — małżonkowie wypełniali test w podstawowej wersji, odpowiadając na pytanie Jaka/Jaki jestem? oraz w wersji zmodyfikowanej, udzielając odpowiedzi na pytanie: Jaki jest Pani mąż?/Jaka jest Pana żona?

Gough i Heilbrun sprawdzali rzetelność testu badając tę samą grupę osób w odstępach 10 tygodni, 6 miesięcy oraz 5 i pół roku. Przewidywalnie najwyższe współczynniki rzetelności uzyskano w badaniu po 10 tygodniach, najniższe po pięciu latach. Najwyższe wynosiły: 0,90; 0,86; 0,84; 0,82; najniższe: 0,25; 0,26; 0,31 [30]. Stabilność skal oceniono wysoko, ponieważ niektóre nawet po kilku latach wykazały korelację z pierwszym badaniem w granicach 0,60–0,77 [31]. Rzetelność określona metodą wewnętrznej zgodności skal wynosiła w przypadku kobiet (NK = 588) od 0,53 (CRS) do 0,94 (FAV), a w przypadku mężczyzn (NM = 591) od 0,56 (CHA, SUC) do 0,95 (FAV). Normalizacja metody została przeprowadzona w grupie 9382 osób (NK = 4144, NM = 5238) [32].

Wyniki

Podstawą do oceny osobowości małżonków ujmowanej w aspekcie obrazu siebie stanowiły wyniki uzyskane przez respondentów w 37 skalach testu ACL. Przeprowadzono analizy zarówno samooceny, jak i oceny partnera.

GB i GK w zakresie samooceny małżonków różniły się znacząco w odniesieniu do 16 skal ACL: FAV, ACH, DOM, END, ORD, AFF, SUC, ABA, SCF, ISS, CPS, MAS, NP, A, FC, AC. Szczegółowe wyniki zamieszczono w tabeli 1. Małżonkowie z GB dostrzegali u siebie mniej cech pozytywnych (FAV) niż małżonkowie z GK. W odniesieniu do doświadczanych potrzeb, osoby z GB w porównaniu z GK wskazywały na mniejszą potrzebę osiągnięć (ACH), mniejszą potrzebę dominacji (DOM), mniejszą potrzebę wytrwałości (END), mniejszą potrzebę porządku (ORD), mniejszą potrzebę afiliacji (AFF) oraz na większą potrzebę oparcia się na innych (SUC) i większą potrzebę ponížania siebie (ABA). Ponadto osoby z GB w porównaniu z GK wykazywały mniejsze zaufanie do siebie (SCF), oceniały siebie jako mniej twórcze (CPS), mniej męskie (MAS). W GB w zestawieniu z GK był obecny słabszy stopień zgodności obrazu siebie z ideałem własnej osobowości, tzw. idealny obraz siebie (ISS). W odniesieniu do skal testu ACL opartych na teorii analizy transakcyjnej małżonkowie z GB w porównaniu z GK dostrzegali u siebie mniej pozytywnych cech związanych z postawą rodzica opiekuńczego (NP), dorosłego (A) i dziecka wolnego (FC), a więcej negatywnych cech związanych z postawą dziecka przystosowanego (AC). Tabela 1 — *patrz aneks*.

W zakresie opisu partnera GB i GK różniły się znacząco w odniesieniu do 28 skal ACL: FAV, UFAV, COM, ACH, END, INT, ORD, NUR, AFF, HET, EXH, AUT, AGG, ABA, DEF, CRS, SCN, SCF, PAD, ISS, MIS, FEM, CP, NP, A, AC, A3, A4, porównaj:

tabela 2. Małżonkowie z GB znacznie krytyczniej niż małżonkowie z GK oceniali swoich partnerów — wykorzystali znacząco mniej określeń pozytywnych (FAV) i znacząco więcej określeń negatywnych (UFAV). W odniesieniu do skal ACL ujmujących potrzeby, osoby z GB w porównaniu z osobami z GK uważały, że ich współmałżonkowie mają mniejszą potrzebę osiągnięć (ACH), mniejszą potrzebę wytrwałości (END), mniejszą potrzebę rozumienia siebie i innych (INT), mniejszą potrzebę porządku (ORD), mniejszą potrzebę opiekania się innymi (NUR), mniejszą potrzebę afiliacji (AFF), mniejszą potrzebę kontaktów heteroseksualnych (HET), mniejszą potrzebę ponizania siebie (ABA), mniejszą potrzebę podporządkowania się (DEF) oraz większą potrzebę zwracania na siebie uwagi (EXH), większą potrzebę autonomii (AUT) i większą potrzebę agresji (AGG). Małżonkowie z GB w porównaniu z GK oceniali, że ich partnerzy są bardziej skłonni do przyjęcia porady i pomocy od innych ludzi (CRS). Osoby z GB w porównaniu z osobami z GK postrzegały swoich współmałżonków jako osoby mało kobiece (FEM), o słabej samokontroli (SCN), bez zdolności przywódczych (MIS), o nikłym zaufaniu do siebie (SCF) i nieprzystosowane (PAD, ISS). Postrzeganie małżonka w GB i GK różniło się również w odniesieniu do 4 skal ACL opartych na teorii analizy transakcyjnej. Osoby z GB częściej niż osoby z GK uważały, że ich małżonkowie są krytyczni, narzucają ograniczenia i ustalają zasady — skala rodzica krytycznego (CP), nie przejawiają zachowań opiekuńczych i wspierających — skala rodzica opiekuńczego (NP), nie są dostosowani i logicznie myślący — skala dorosłego (A), natomiast dominuje u nich postawa polegająca na podporządkowywaniu się samoograniczeniu – skala dziecka przystosowanego (AC). Tabela 2 — *patrz aneks*.

Przeanalizowano także różnice w postrzeganiu siebie i współmałżonka z uwzględnieniem podziału na płeć. W zakresie samooceny kobiety (GB i GK) różniły się od mężczyzn zaledwie w odniesieniu do 2 skal ACL. Mężczyźni oceniali się w sposób bardziej typowy od kobiet (COM), $t = 2,09$, $p < 0,05$, wykazywali też większe przystosowanie wyrażające się w pozytywnej postawie wobec życia (PAD), $t = 3,339$, $p < 0,001$. W zakresie oceny małżonka wszystkie kobiety (GB i GK) różniły się od mężczyzn w odniesieniu do 6 skal ACL: NCK, DOM, HET, CHA, SCF, CPS. Kobiety wykorzystywały do opisu swoich mężów większej liczby przymiotników spośród 300 dostępnych (NCK), $t = 2,571$, $p < 0,01$. Mężczyźni dostrzegali u swoich żon wyższy poziom potrzeby dominacji (DOM), $t = 2,298$, $p < 0,05$, potrzeby kontaktów heteroseksualnych (HET), $t = 2,180$, $p < 0,05$ oraz potrzeby zmiany wskazującej na dążenie do poszukiwania nowych doświadczeń i unikania rutyny (CHA), $t = 3,046$, $p < 0,01$. Ponadto mężczyźni oceniali, że kobiety mają większe zaufanie do siebie (SCF), $t = 2,246$, $p < 0,05$ i są bardziej twórcze (CPS), $t = 2,187$, $p < 0,05$.

Uwzględnienie podziału na płeć i na grupy wykazało, że kobiety z GB w zakresie samooceny powieliły tendencje występujące w grupie wszystkich kobiet, tj. uzyskały niższe od mężczyzn wyniki w skali typowości (COM), $t = 2,825$, $p < 0,01$ i niższe wyniki w skali przystosowania osobistego (PAD), $t = 2,866$, $p < 0,01$. W zakresie oceny małżonka kobiety z GB różniły się od mężczyzn z tej grupy w 4 skalach ACL: ACH, DOM, ISS, CPS. Mężczyźni oceniali, że ich żony mają większą potrzebę osiągnięć (ACH), $t = 2,104$, $p < 0,05$ i dominacji (DOM), $t = 2,067$, $p < 0,05$, że mają bardziej zgodny obraz siebie z ideałem własnej osobowości (ISS), $t = 2,004$, $p < 0,05$, oraz że są bardziej twórcze (CPS), $t = 3,178$, $p < 0,01$ niż były to skłonne widzieć kobiety u swoich mężów. W GK w zakresie samooceny kobiety i mężczyźni różnili się w odniesieniu do 4 skal ACL: INT, CHA,

PAD, FC. Mężczyźni z tej grupy przypisywali sobie większą potrzebę rozumienia siebie i innych (INT), $t = 2,078$, $p < 0,05$, większy optymizm i przystosowanie (PAD), $t = 1,968$, $p < 0,05$, oraz mniejszą potrzebę zmiany (CHA), $t = 1,982$, $p < 0,05$ i mniejsze nasilenie cech dziecka wolnego wg teorii analizy transakcyjnej (FC), $t = 2,024$, $p < 0,05$. W zakresie oceny partnera w GK powtórzyły się różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami, które wystąpiły wśród wszystkich respondentów, tj. kobiety wykorzystywały do opisu swoich mężów większą liczbę przymiotników (NCK), $t = 1,952$, $p < 0,05$, mężczyźni dostrzegali u swoich żon większą potrzebę kontaktów heteroseksualnych (HET), $t = 2,308$, $p < 0,05$ oraz większą potrzebę zmiany (CHA), $t = 2,996$, $p < 0,01$. Dodatkowo w GK mężczyźni oceniali, że ich żony mają większą potrzebę zwracania na siebie uwagi (EXH), $t = 2,066$, $p < 0,05$.

Omówienie wyników

Pierwszą wyraźną różnicą w zakresie cech osobowościowych było znacząco gorsze postrzeganie siebie i współmałżonka przez pary uczestniczące w terapii. Niska samoocena małżonków wyrażała się w przypisywaniu sobie niewielu cech pozytywnych, w małym zaufaniu do siebie i zwiększonej potrzebie poniżania się oraz w dużej rozbieżności pomiędzy ja realnym a ideałem własnej osobowości. Obniżoną samoocenę małżonków uczestniczących w terapii zaobserwowano także w innych badaniach [1, 4, 7]. Zwrócono uwagę, iż postrzeganie siebie bezpośrednio przekłada się na jakość procesu komunikacji. Wyższe poczucie własnej wartości jest związane z większą otwartością na werbalne i niewerbalne komunikaty innych, z bardziej prawidłowym odczytywaniem intencji innych w procesie komunikacji [33]. Zaniżona samoocena małżonków doświadczających trudności w relacji może skutkować zakłóceniami w komunikacji, co potwierdzają badania [34].

Niekorzystna ocena partnera wyrażała się w przypisywaniu mu niewielu cech pozytywnych i licznych negatywnych. Wyższy poziom krytycyzmu, wygłaszanie szczególnie pejoratywnych opinii o partnerze i wzajemne oskarżanie się małżonków niezadowolonych ze związku pojawiało się w wielu obserwacjach [35, 36]. W obliczu konfliktu małżeńskiego, krytyka partnera, dewaluowanie jego zalet i akcentowanie wad stanowią element walki, są środkiem mającym zapewnić przewagę, potocznie rozumianą jako „jesteś gorszy/a ode mnie”. Przewaga oparta na poniżeniu partnera nie jest jednak wygraną i nie może dawać satysfakcji, stąd towarzyszy jej również niezbyt pochlebne myślenie o sobie. Ponadto eskalacja konfliktu oraz krytycyzm i agresja, pojawiająca się w kłótniach, mogą osłabiać przekonanie o wewnętrznej skuteczności, dając poczucie niemocy i własnej bezwartościowości. Wzajemne oskarżanie się małżonków i obustronne przypisywanie sobie winy wiąże się z potrzebą rozstrzygnięcia sporu na swoją korzyść. „Pary, które zgłaszają się do terapii z powodu trudności we wzajemnej relacji, zdecydowanie częściej oczekują nie tyle poprawy relacji i ponownego zblżenia się, ile potwierdzenia, że wina leży po stronie partnera. Każdy z partnerów jest przekonany, że zrobił wszystko, co tylko było możliwe, żeby było dobrze, więc teraz próbuje przerzucić odpowiedzialność za istniejące problemy na współmałżonka, a terapeutę chętnie postawiłby przy swoim boku jako sojusznika w walce z mężem/żoną” [37, str. 75]. Można zatem przypuszczać, że małżonkowie zgłaszający się do terapii są w stanie walki i nie tyle oczekują porady i wskazania nowych rozwiązań, ile

poszukują autorytatywnej i kompetentnej osoby trzeciej, która mogłaby rozstrzygnąć ich spór i przyznać rację jednej ze stron. Oczekiwanie to naraża terapeuta na utratę dystansu i uwikłanie się w ten spór. Konieczne jest zatem dbanie o zachowanie obiektywizmu względem obu małżonków oraz czujna autoanaliza i superwizja doświadczanych emocji [37, 38].

Osoby uczestniczące w terapii w porównaniu z osobami nie uczestniczącymi w niej, przypisywały sobie i swoim partnerom znacząco niższy poziom różnego rodzaju potrzeb. Małżonkowie uczestniczący w leczeniu przypisywali sobie i swoim partnerom niższy poziom potrzeby osiągnięć, wytrwałości i porządku. Sugeruje to doświadczanie przez nich małej skuteczności, zniechęcenia i zmienności, wskazuje na trudności w osiąganiu celów oraz rezygnację z ambicji. Niski poziom opisywanych potrzeb można łączyć z ogólnym negatywnym nastrojem oraz małym zaangażowaniem doświadczanym przez osoby uczestniczące w leczeniu. Ogólny stan frustracji i wyczerpania może negatywnie wpływać na motywację do aktywnej i systematycznej terapii. Osoby uczestniczące w terapii małżeńskiej stanowią grupę pacjentów, u których szczególnie często dochodzi do drop-autów [37].

Małżonkowie zgłaszający się do terapii dostrzegali u siebie niski poziom potrzeby dominacji i potrzeby afiliacji, natomiast partnerom przypisywali niski poziom potrzeb: rozumienia siebie i innych, opiekowania się innymi, kontaktów heteroseksualnych, poniżania siebie, podporządkowania sobie oraz wysoki poziom potrzeby autonomii i potrzeby agresji. Zestawienie tych opisów (oceny własnych potrzeb i potrzeb partnera) pozwala dostrzec niesymetryczność w subiektywnym przeżywaniu relacji. Małżonkowie uczestniczący w leczeniu byli skłonni twierdzić, że to przede wszystkim ich partnerom nie zależy na rozwijaniu i podtrzymywaniu więzi, że są skoncentrowani na sobie i swojej niezależności. U siebie dostrzegali większą gotowość do rezygnacji z własnych dążeń i autonomii, partnerów oceniali jako nieustępliwych i bez gotowości do tworzenia kompromisów. Dane te są spójne z wynikami dotyczącymi poczucia winy za rozpad związku. Zdecydowana większość żon i mężów winą za rozpad związku obarcza partnera. Więcej niż 50% winy przypisuje sobie tylko 2% kobiet i 15% mężczyzn. Do 20% winy przypisuje sobie ok. 70% kobiet i 30% mężczyzn. Dane te sugerują, że partnerzy w silnym konflikcie i rozwodzący się ujawniają wobec siebie negatywne emocje (złość, nienawiść, wrogość) i reagując wysoce obronnie nie potrafią spojrzeć na kryzys małżeński z perspektywy partnera. Kobiety mają większą trudność w tym względzie [9]. Ważnym elementem terapii małżeńskiej wydaje się zatem uwrażliwianie obojga partnerów na ich wzajemne, odmienne perspektywy postrzegania i przeżywania problemu. Rozwijaniu empatycznej i słuchającej postawy u małżonków wydają się pomocne takie techniki, jak: pytania cyrkularne [39], pozytywne przeformułowania [38] czy wzbudzające zaciekawienie interwencje paradoksalne i kontrsuggestie [40].

Małżonkowie uczestniczący w leczeniu w porównaniu z małżonkami nie leczącymi się dostrzegali u siebie większą potrzebę oparcia się na innych oraz większą tendencję do poniżania siebie, wyrażającą się przede wszystkim w małej pewności siebie, skłonności do podporządkowywania się wymogom i życzeniom innych oraz uległości. Pary te miały poczucie braku mocy w zmaganiach, innych ludzi postrzegali jako silniejszych i bardziej skutecznych. Postawę submisyjną można rozpatrywać w odniesieniu zarówno do współmałżonka, jak i terapeuty. Uległość w stosunku do partnera można by rozumieć jako skłon-

ność do unikania konfrontacji i konfliktów. Jeśli jednak postrzegać ją jako rezygnowanie z siebie, swoich autonomicznych potrzeb, ocen i działań, to postawa submisyjna będzie nie tyle zażęgnywała kłótnie, ile raczej prowadziła do narastania frustracji i niezadowolenia. Zbadano, iż stosowanie strategii komunikacyjnej opartej na wycofaniu się jest powiązane z brakiem satysfakcji w relacji małżeńskiej [41]. Uległość w relacji z terapeutą może wiązać się z większą gotowością do korzystania z jego pomocy. Ze względu na asymetryczny charakter relacji lekarz (czy szerzej: osoba lecząca) — pacjent, uległość wiąże się z lepszą współpracą w leczeniu, rozumianą jako przestrzeganie zaleceń lekarskich [42]. W terapii małżeńskiej wskazana jest jednak kooperacja oparta na aktywnym poszukiwaniu nowych rozwiązań, nie biernym wykonywaniu zaleceń [43, 44], stąd postawa podporządkowania się wcale nie musi sprzyjać skuteczności leczenia. Ze strony terapeuty ważne jest, by nie podejmował nieświadomego zaproszenia pary do przejmowania dominującej aktywności i pełnej odpowiedzialności za przebieg i efekty leczenia [37, 43, 44].

Małżonkowie uczestniczący w terapii, w porównaniu z nie uczestniczącymi w niej, zdecydowanie częściej wskazywali na impulsywność jako problem w relacji. Zachowania impulsywne częściej przypisywali partnerom niż sobie. Impulsywność ujmowana w ACL wyraża się w słabszym poziomie integracji ego, ograniczonej samokontroli i predyspozycji do wchodzenia w sprzeczki i konflikty. Osoby zgłaszające się do terapii w porównaniu z osobami nie korzystającymi z leczenia częściej były skłonne do zachowań impulsywnych, łamania zasad i natarczywości. W innych badaniach zaobserwowano, że w parach niezadowolonych ze swojego związku występuje wyższe pobudzenie fizjologiczne i zwiększona reaktywność [36].

W odniesieniu do skal testu ACL opartych na analizie transakcyjnej małżonkowie zgłaszający się na terapię, w porównaniu z nie decydującymi się na nią, wskazywali na brak partnerstwa w relacji. Oceniali, że w ich związkach brakuje zachowań związanych z dojrzałą postawą dorosłego oraz wspierającą i troskliwą postawą rodzica opiekuńczego. Zarówno u siebie, jak i u współmałżonka dostrzegali wzmożoną tendencję do samoograniczania i podporządkowywania się — postawa dziecka **przystosowanego**. Partnerowi przypisywali ponadto skłonność do krytycyzmu i narzucania zasad — cechy rodzica krytycznego, co ograniczało ich własną spontaniczność i radość — cechy dziecka wolnego. Takie połączenie samooceny i oceny współmałżonka wskazuje na niesymetryczny charakter relacji. Związki opisywane przez małżeństwa uczestniczące w terapii przyjmowały raczej układ rodzic — dziecko, relacje małżeństw nie uczestniczących w terapii miały charakter bardziej partnerski.

Uwzględnienie zmiennej „płeć” wykazało, że mężczyźni oceniali się bardziej typowo, postrzegali siebie jako lepiej przystosowanych i wykazywali mniejszą potrzebę zmiany. Swoje żony oceniali jako bardziej twórcze, ale jednocześnie jako bardziej dominujące, oczekujące większych osiągnięć i rozwiniętych kontaktów heteroseksualnych oraz jako bardziej potrzebujące zmiany.

W niniejszym badaniu nie analizowano związków pomiędzy cechami osobowościowymi a metodologicznie ujętą satysfakcją ze związku małżeńskiego. Jeśli jednak przyjąć pewne uogólnione założenie, że małżeństwa zgłaszające się na terapię doświadczają mniejszej satysfakcji z relacji niż pary nie podejmujące jej, otrzymane wyniki tylko częściowo są spójne z wynikami innych badań przeprowadzonych za pomocą ACL. W jednej

z analiz stwierdzono, że większej satysfakcji z relacji małżeńskiej sprzyjał u mężczyzn wyższy poziom potrzeby osiągnięć (ACH), dominacji (DOM), wytrwałości (END) i zmiany (CHA) oraz niższy poziom potrzeby oparcia się na innych (SUC). U kobiet szczęściu małżeńskiemu sprzyjał większy poziom potrzeby opiekowania się innymi (NUR), afiliacji (AFF) i podporządkowania się (DEF) oraz niski poziom zaufania do siebie (SCF), niski poziom potrzeby autonomii (AUT) i agresji (AGG) [45]. W innym badaniu wykazano, że satysfakcja małżeńska była pozytywnie związana z wyższym poziomem potrzeby afiliacji (AFF) i autonomii (AUT) u obojga małżonków [46].

Wyniki badań nad osobowością małżonków uczestniczących w terapii sugerują, że to właśnie ona może odpowiadać za nawrotowość problemów małżeńskich. Chociaż większość par deklaruje poprawę satysfakcji małżeńskiej bezpośrednio po zakończeniu terapii, jedynie 30–50% potwierdza ją w badaniach longitudinalnych [47], co przypisuje się niekompleksowym oddziaływaniom systemowym. Wskazuje się na potrzebę uwzględniania i przepracowywania indywidualnych trudności osobowościowych partnerów w procesie terapii małżeńskiej, co ma konfrontować ich z tymi trudnościami i urealniać sylwetkę współmałżonka [1].

Niniejsza analiza objęła wszystkie pary, które szukały w określonym czasie pomocy w placówce terapeutycznej, stąd grupa badana była różnorodna pod względem fazy cyklu życia rodzinnego czy zgłaszanych problemów. Niewyodrębnianie specyficznych podgrup, np. małżeństw z krótkim stażem małżeńskim i/lub bezdzietnych, miało zapewnić naturalność próby ujmowanej jako: małżonkowie zgłaszający się na terapię. Przy opracowywaniu wyników grupy tak zróżnicowanej pod względem wieku i stażu małżeńskiego przyjęto założenie wynikające z definicji osobowości, iż jest to konstrukt względnie stały, a zatem podlega nieznacznym zmianom w perspektywie czasowej. Niewątpliwie ciekawe byłoby dodatkowe prześledzenie, jak cechy osobowościowe predysponują małżonków do rozwiązywania różnych problemów na poszczególnych etapach cyklu życia rodzinnego.

Wnioski

Osobowość małżonków stanowi ważny wymiar ich indywidualnego i relacyjnego funkcjonowania. Niesymetryczność relacji, krytycyzm i wzajemne oskarżanie się małżonków zgłaszających się na terapię wymagają od terapeuty uważności, aby zachować obiektywizm względem pary i nie angażować się w konflikt. W terapii słuszne wydaje się uwzględnienie indywidualnych różnic osobowościowych partnerów oraz dążenie do przybliżenia im ich odmiennych perspektyw widzenia i przeżywania siebie nawzajem i problemu.

Piśmiennictwo

1. Barelds DPH, Barelds-Dijkstra P. Partner personality in distressed relationships. *Clin. Psychol. Psychother.* 2006; 13: 392–396.
2. Blum JS, Mehrabian A. Personality and temperament correlates of marital satisfaction. *J. Pers.* 1999; 67: 93–125.
3. Budnik B. Jakość związku małżeńskiego w świetle badań 16-czynnikowym kwestionariuszem RB Cattella (praca magisterska). Gdańsk: Uniwersytet Gdański; 2002.
4. Kubiak M. Jakość związku małżeńskiego w świetle badań skalą SNAP (praca magisterska). Gdańsk: Uniwersytet Gdański; 2002.

5. Sylđatk I. Jakość związku małżeńskiego w świetle badań kwestionariuszem osobowości Big Five (praca magisterska). Gdańsk: Uniwersytet Gdański; 2002.
6. Wrzeszcz K. Jakość związku małżeńskiego w świetle badań testem MMPI (praca magisterska). Gdańsk: Uniwersytet Gdański; 2003.
7. Barelds DPH. Self and partner personality in intimate relationships. *Eur. J. Pers.* 2005; 19(6): 501–518.
8. Gaunt R. Couple similarity and marital satisfaction: Are similar spouses happier? *J. Pers.* 2006; 74: 1401–1420.
9. Plopa M. *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2011.
10. Karney BR, Bradbury TN, Fincham FD, Sullivan KT. The role of negative affectivity in the association between attributions and marital satisfaction. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1994; 66: 413–424.
11. Bouchard G, Lussier Y, Sabourin S. Personality and marital adjustment: Utility of the five-factor model of personality. *J. Marr. Fam.* 1999; 61: 651–660.
12. Watson D, Hubbard B, Wiese D. General traits of personality and affectivity as predictors of satisfaction in intimate relationships: Evidence from self- and partner-ratings. *J. Pers.* 2000; 68: 413–449.
13. Watson D, Klohnen EC, Casillas A, Simms EN, Haig J, Berry DS. Match makers and deal breakers: Analyses of assortative mating in newlywed couples. *J. Pers.* 2004; 72: 1029–1068.
14. Gattis KS, Berns S, Simpson LE, Christensen A. Birds of a feather or strange birds? Ties among personality dimensions, similarity, and marital quality. *J. Fam. Psychol.* 2004; 18: 564–574.
15. White JK, Hendrick SS, Hendrick C. Big five personality variables and relationship constructs. *Pers. Individ. Dif.* 2004; 37(7): 1519–1530.
16. Ben-Ari A, Lavee Y. Dyadic characteristics of individual attributes: Attachment, neuroticism, and their relations to marital quality and closeness. *Am. J. Orthopsychiatry.* 2005; 75: 621–631.
17. McCrae RR, Martin TA, Hrebickova M, Urbanek T, Boomsma DI, Willemsen G, Costa PT. Personality trait similarity between spouses in four cultures. *J. Pers.* 2008; 76(5): 1137–1163.
18. Shackelford TK, Besser A, Goetz AT. Personality, marital satisfaction, and probability of marital infidelity. *Indiv. Dif. Res.* 2008; (6)1: 13–25.
19. Dorčić TM, Maglica BK. Povezanost osobina ličnosti s bračnom kvalitetom i izraženošću psihičkih simptoma kod bračnih partnera. *Psihologijske teme.* 2009; 18(1): 75–97.
20. Möller K. The longitudinal and concurrent role of neuroticism for partner relationships. *Scand. J. Psychol.* 2004; 45: 79–83.
21. Udry JR. Personality match and interpersonal perception as predictors of marriage. *J. Marr. Fam.* 1967; 29: 722–725.
22. Dymond R. Interpersonal perception and marital happiness. *Can. J. Psychol.* 1954; 8: 164–171.
23. Lundblad AM, Hansson K. Couples therapy: effectiveness of treatment and long-term follow-up. *J. Fam. Ther.* 2006; 28: 136–152.
24. Sytema S, Bout J. Treatment outcome of an inpatient group therapy for couples. *J. Fam. Ther.* 2006; 28: 392–403.
25. Skinner NF, Iaboni KN. Personality implications of adaption-innovation: IV. Cognitive style as a predictor of marital success. *Soc. Beh. Pers.* 2009; 37(8): 1111–1116.
26. Humbad MN, Donnellan MB, Iacono WG, McGue M, Burt SA. Is spousal similarity for personality a matter of convergence or selection? *Pers. Individ. Dif.* 2010; 49: 827–830.
27. McCrae RR, Stone SV. Identifying causes of disagreement between self-reports and spouse ratings of personality. *J. Pers.* 1998; 66(3): 285–313.

28. Admiralskaya IS. Spouse attitude to self, to each other and marriage satisfaction. *Psychol. Sc. Educ.* 2008; 4: 5–11.
29. Gough HG, Heilbrun AB. *The Adjective Check List Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1980.
30. Siek S. *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa: Wydawnictwa Akademii Teologii Katolickiej; 1993.
31. Drwal RL. *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej*. Lublin: UMCS; 1989.
32. Ledwoch M. *Egzystencjalne aspekty depresji*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2005.
33. Satir V. *Peoplemaking*. Palo Alto: Science and Behavior Books; 1972.
34. Plopa M. *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2008.
35. Gottman JM, Markman H, Notarius CI. The topography of marital conflict: A sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *J. Marr. Fam.* 1977; 39: 461–477.
36. Gottman JM, Levenson RW. What predicts change in marital interaction over time? A study of alternative models. *Fam. Process* 1999; 38: 159–165.
37. Wolska M. Wskazania i przeciwskazania do terapii małżeńskiej/terapii par. *Psychoter.* 2010; 4(155): 73–81.
38. de Barbaro B, Drożdżowicz L, Janusz B, Gdowska K. Terapia małżeńska jako „szukanie dobrych słów”. *Psychoter.* 2004; 4(131): 29–36.
39. Penn P. Circular questioning. *Fam. Process.* 1982; 21(3): 267–280.
40. Weeks GR, L'Abate L. *Paradoks w psychoterapii*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
41. Kriegerewicz O. Strategie rozwiązywania konfliktów a zadowolenie ze związku. *Psychiatr. Pol.* 2006; XL(2): 245–259.
42. Małus A. *Psychologiczne aspekty leczenia farmakologicznego w psychozach (praca doktorska)*. Białystok: UMB; 2008.
43. de Barbaro B. Kontrakt w terapii rodzin — wybrane zagadnienia. *Psychoter.* 2002; 4(123): 23–30.
44. de Barbaro B. Why does psychotherapy need postmodernizm?. *Arch. Psychiatr. Psychother.* 2008; 3: 43–50.
45. Grayson P. Personality and satisfaction with their relationship by married and cohabiting couples. *Psychol. Rep.* 1980; 47: 555–558.
46. Eidelson RJ. Affiliation and independence issues in marriage. *J. Marr. Fam.* 1983; 45: 683–688.
47. Jacobson NS, Addis ME. Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? *J. Consult. Clin. Psychol.* 1993; 61(1): 85–93.

Adres: Aleksandra Małus, tel./fax +48 85 7193977, e-mail: olawaluk@yahoo.com, Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, pl. Brodowicza 1, 16-070 Choroszcz

ANEKS

Tabela 1. Różnice w zakresie cech osobowościowych małżonków uczestniczących (GB) i nie uczestniczących (GK) w terapii małżeńskiej — samoocena

Skale ACL	GB		GK		różnice między grupami	
	średnia	SD	średnia	SD	t	p
NCK	36,8	3,101	35,762	3,652	0,979	0,334
FAV	43,35	6,226	48,381	5,116	2,833**	0,007
UFAV	50,975	4,532	48,690	5,940	1,379	0,176
COM	39,3	5,089	41,595	7,215	1,172	0,248
ACH	48,4	5,737	52,095	5,193	2,164*	0,037
DOM	47,55	5,343	50,571	4,458	1,970*	0,050
END	49,85	6,568	54,571	6,354	2,339*	0,025
INT	52,4	7,092	57,095	8,571	1,906	0,064
ORD	44,7	5,761	48,929	6,225	2,254*	0,030
NUR	45,625	5,316	47,619	5,953	1,129	0,266
AFF	43,45	7,235	48,214	6,198	2,268*	0,029
HET	44,875	6,006	47,738	5,444	1,601	0,118
EXH	48,875	4,424	51,381	5,947	1,525	0,135
AUT	48,725	4,857	51,428	5,332	1,695	0,098
AGG	51,475	3,585	50,667	5,457	0,557	0,580
CHA	45,275	5,303	45,952	5,936	0,385	0,703
SUC	52,275	6,449	46,976	4,302	3,079**	0,004
ABA	53,275	5,110	48,786	5,137	2,804**	0,008
DEF	50,1	3,037	48,548	6,099	1,039	0,307
CRS	50,25	5,748	50,667	8,391	0,185	0,855
SCN	51	3,927	51,786	6,759	0,458	0,650
SCF	46,4	5,647	49,952	5,744	1,996*	0,053
PAD	44,3	6,152	47,857	6,035	1,869	0,069
ISS	47,55	8,480	56,476	4,747	4,131***	0,000
CPS	46,175	6,907	51,214	6,995	2,320*	0,026
MIS	47,225	5,681	48,405	6,550	0,615	0,542
MAS	46,325	5,664	51,595	6,331	2,804**	0,008
FEM	43,775	7,166	47,166	5,087	1,754	0,087
CP	51,425	5,761	50,167	6,440	0,658	0,514
NP	45,45	6,255	49,167	5,353	2,047*	0,047
A	44,925	5,669	51,190	6,448	3,297**	0,002

FC	45,125	5,198	49,476	6,307	2,404*	0,021
AC	51,55	5,395	47,619	5,152	2,387*	0,022
A1	43,825	5,539	43,214	5,851	0,343	0,734
A2	47,85	4,164	49,476	6,138	0,988	0,329
A3	44,4	7,718	48,404	7,511	1,684	0,100
A4	48,725	6,267	50,881	6,587	1,073	0,290

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

NCK skala całkowitej liczby wybranych przymiotników; FAV skala liczby wybranych przymiotników pozytywnych; UFAV skala liczby wybranych przymiotników negatywnych; COM skala typowości; ACH skala potrzeby osiągnięć; DOM skala potrzeby dominacji; END skala potrzeby wytrwałości; ORD skala potrzeby porządku; INT skala potrzeby rozumienia siebie i innych; NUR skala potrzeby opieki nad innymi; AFF skala potrzeby afiliacji; HET skala potrzeby kontaktów heteroseksualnych; EXH skala potrzeby ekshibicjonizmu psychicznego; AUT skala potrzeby autonomii; AGG skala potrzeby agresji; CHA skala potrzeby zmiany; SUC skala potrzeby oparcia się na innych; ABA skala potrzeby poniżania siebie; DEF skala potrzeby podporządkowania się; CRS skala gotowości do przyjęcia porady i pomocy innych ludzi; SCN skala samokontroli; SCF skala zaufania do siebie; PAD skala przystosowania osobistego; ISS skala idealnego obrazu siebie; CPS skala osobowości twórczej; MIS skala zdolności przywódczych; MAS skala męskości; FEM skala kobiecości; CP skala krytycznego rodzica; NP skala opiekuńczego rodzica; A skala dorosłego; FC skala dziecka wolnego; AC skala dziecka przystosowanego; A-1 skala wysokiej oryginalności i niskiej inteligencji; A-2 skala wysokiej oryginalności i wysokiej inteligencji; A-3 skala niskiej oryginalności i niskiej inteligencji; A-4 skala niskiej oryginalności i wysokiej inteligencji

Tabela 2. Różnice w zakresie cech osobowościowych małżonków uczestniczących (GB) i nie uczestniczących (GK) w terapii małżeńskiej — ocena partnera

Skale ACL	GB		GK		różnice między grupami	
	średnia	SD	średnia	SD	t	p
NCK	36,55	2,968	36,333	4,833	0,172	0,864
FAV	35,575	7,352	46,666	6,233	5,219***	0,000
UFAV	66,55	12,19	48,643	6,428	5,839***	0,000
COM	28,4	8,370	37,905	4,360	4,592***	0,000
ACH	45,675	7,156	53,452	6,389	3,675**	0,001
DOM	50,9	4,786	52,095	5,031	0,779	0,441
END	43,475	8,163	55,262	7,938	4,687***	0,000
INT	46,65	7,865	55,881	7,829	3,765**	0,001
ORD	33,75	5,914	45,286	4,789	6,879***	0,000
NUR	35,3	8,139	44,952	6,422	4,227***	0,000
AFF	36	5,873	45,143	6,844	4,579***	0,000
HET	43,625	8,201	52,952	7,776	3,738**	0,001
EXH	56,425	4,010	52	6,576	2,615*	0,013
AUT	57,6	6,199	50,714	5,517	3,761**	0,001

AGG	61,175	6,306	50,5	5,558	5,757***	0,000
CHA	44,95	4,544	44,024	5,564	0,582	0,564
SUC	51,65	5,390	48,667	5,060	1,828	0,075
ABA	45,275	6,554	49,286	5,719	2,091*	0,043
DEF	40,5	6,492	48,309	6,110	3,968***	0,000
CRS	56,725	7,145	50,714	7,933	2,545*	0,015
SCN	44,25	5,720	51,976	6,450	4,050***	0,000
SCF	46,5	5,318	52,809	7,218	3,173**	0,003
PAD	35,825	5,683	45,167	4,640	5,778***	0,000
ISS	46,925	6,825	60,524	7,960	5,859***	0,000
CPS	49,775	5,092	52,738	7,163	1,520	0,137
MIS	38,075	7,090	47	5,452	4,532***	0,000
MAS	50,325	6,249	53,381	6,198	1,572	0,124
FEM	40,9	5,994	46,333	5,249	3,092**	0,004
CP	61,675	8,051	53,143	5,092	4,033***	0,000
NP	37,7	6,904	48,214	6,203	5,134***	0,000
A	41,1	6,457	50,571	5,939	4,891***	0,000
FC	47,725	4,555	48,952	7,567	0,633	0,531
AC	59,225	4,722	50,238	4,526	6,222***	0,000
A1	50,825	4,218	49,667	6,040	0,709	0,483
A2	50,475	6,655	47,928	6,372	1,252	0,218
A3	40,575	5,974	45,309	8,404	2,070*	0,045
A4	46,25	5,786	51,428	5,622	2,906**	0,006

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

NCK skala całkowitej liczby wybranych przymiotników; FAV skala liczby wybranych przymiotników pozytywnych; UFAV skala liczby wybranych przymiotników negatywnych; COM skala typowości; ACH skala potrzeby osiągnięć; DOM skala potrzeby dominacji; END skala potrzeby wytrwałości; ORD skala potrzeby porządku; INT skala potrzeby rozumienia siebie i innych; NUR skala potrzeby opiekowania się; AFF skala potrzeby afiliacji; HET skala potrzeby kontaktów heteroseksualnych; EXH skala potrzeby ekshibicjonizmu psychicznego; AUT skala potrzeby autonomii; AGG skala potrzeby agresji; CHA skala potrzeby zmiany; SUC skala potrzeby oparcia się na innych; ABA skala potrzeby poniżania siebie; DEF skala potrzeby podporządkowania się; CRS skala gotowości do przyjęcia porady i pomocy innych ludzi; SCN skala samokontroli; SCF skala zaufania do siebie; PAD skala przystosowania osobistego; ISS skala idealnego obrazu siebie; CPS skala osobowości twórczej; MIS skala zdolności przywódczych; MAS skala męskości; FEM skala kobiecości; CP skala krytycznego rodzica; NP skala opiekuńczego rodzica; A skala dorosłego; FC skala dziecka wolnego; AC skala dziecka przystosowanego; A-1 skala wysokiej oryginalności i niskiej inteligencji; A-2 skala wysokiej oryginalności i wysokiej inteligencji; A-3 skala niskiej oryginalności i niskiej inteligencji; A-4 skala niskiej oryginalności i wysokiej inteligencji