

## Poszukiwanie specyficznych powiązań zmian osobowości ze zmianami nasilenia objawów w zaburzeniach somatyzacyjnych i lękowych – badanie porównawcze

### Seeking the specific connections between personality changes and symptom changes in somatization disorders and anxiety disorders – a comparative study

Agnieszka Klimowicz

Z Katedry Psychoterapii CM UJ  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J.W. Aleksandrowicz

#### Summary

**Aim:** The comparison of the relations between personality changes and main symptom changes observed during complex integrative psychotherapy in 100 somatization patients and 100 anxiety disorder patients.

**Method:** Two self-descriptive measures - the 16PF of R.B. Catell and the Symptom Checklist "O" were used in the study. The second measure chosen for the study was a 14-scale screen for the presence of functional disorder symptoms and 5 scales referring to phobias, general anxiety, somatizations and conversions. Questionnaires were fulfilled twice - before and after psychotherapy.

**Results:** It was observed that the main symptoms in the group of anxiety disordered patients decreased with the increase of sociability ( $r=0,36$   $p<0,001$ ), activity and withstanding difficult situations ( $r=0,35$ ,  $p<0,001$ ) self-confidence ( $r=0,21$ ,  $p<0,05$ ) and the reduction of submission ( $r=-0,36$   $p<0,001$ ), however the main symptoms in the somatization disorder group lowered with the growth of the ego strength ( $r=0,44$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,41$   $p<0,001$ ) and the reduction of imaginative sensitivity ( $r=-0,31$ ,  $p<0,01$ ).

**Conclusions:** The results point out to the differences in the connections of the symptoms of functional disorders with the personality and confirm clinical reports on differences between somatization patients and neurotic patients.

*Słowa klucze:* osobowość, zaburzenia lękowe, zaburzenia somatyzacyjne

*Key words:* personality, anxiety disorder, somatization disorder

#### Wstęp

Zarówno w literaturze klinicznej [1, 2], jak i w badaniach [3, 4, 5] podejmowano wielokrotnie temat specyfiki kontaktu z pacjentami somatyzującymi, w porównaniu z pacjentami z zaburzeniami neurotycznymi. Do dzisiaj nie sprecyzowano, na czym

ta różnica miałyby polegać, niemniej niejednokrotnie poszukuje się jej w osobowości – lub w typie jej zakłócenia [6]. W literaturze psychoanalitycznej somatyzacja jest postrzegana jako mechanizm obronny, a więc jako element konstytuujący osobowość. Z badań epidemiologicznych wynika, że u znacznego odsetka (60–70%) pacjentów somatyzujących można jednocześnie rozpoznać zaburzenia osobowości [7, 8]. Niektórzy badacze postulują, aby zaburzenia somatyzacyjne ujmować w kategorii zaburzeń osobowości [9], ze względu na uporczywość ich trwania oraz charakterystyczny styl zachowania pacjentów z tymi zaburzeniami wobec lekarzy – nieufność, domaganie się „obiektywnych” badań wykluczających domniemane schorzenie, częste konsultacje tych samych dolegliwości u różnych lekarzy itp [10]. Tu rodzi się pytanie o definiowanie tego, co rozumiemy przez pojęcie osobowości.

Nie wydaje się już dzisiaj trafne postrzeganie osobowości wyłącznie jako czegoś niezmiennego, ale raczej jako wypadkową względnej stałości i zmienności [11: str. 174–202 oraz 422–424]. Jest to problem, z którym należy się zmierzyć przy wszelkich badaniach przekrojowych, z których próbuje się wyciągać wnioski na temat przyczynowości. W oddziaływaniach psychoterapeutycznych niejednokrotnie przyjmuje się tezę [12], że to, co dostrzegane jest jako zakłócenie osobowości u pacjenta, stanowi przyczynę jego dolegliwości. To jednak, co ze względu na leczenie wydaje się niezbędne, budzi wątpliwości teoretyczne. Wiążą się one np. z pojawieniem się doniesień badawczych, że samo leczenie farmakologiczne zaburzeń depresyjnych, a także lękowych, powoduje istotne zmiany osobowości pacjenta [13]. Nie ma powodu, aby przypuszczać, iż w powstawaniu i utrzymywaniu się objawów lękowych czy depresyjnych brały udział zupełnie inne mechanizmy biologiczne niż w przypadku zaburzeń osobowości. Wydaje się, że podobne zjawiska mogą mieć miejsce w odniesieniu do zaburzeń somatyzacyjnych.

W odniesieniu do problemu przyczynowości można by również się zastanawiać, czy fakt, że w pewnym momencie życia pojawiają się dolegliwości, nie wpływa w tak znacznym stopniu na osobowość, że powoduje niejako jej skrzywienie. I tak na przykład obserwuje się niejednokrotnie, że pacjenci z agorafobią są nadmiernie zależni [14] od najbliższego otoczenia (partner życiowy, rodzice). Nie wychodzą z domu bez towarzystwa. Może to powodować napięcia w ważnych dla nich relacjach i lekarzowi naprawdę trudno orzec, który z objawów generuje inne.

Także w odniesieniu do somatyzacji można by się zastanawiać, czy tak często podkreślane specyficzne zachowanie pacjentów z tym zaburzeniem wobec opiekujących się nimi lekarzy nie jest częściowo związane z poczuciem, że lekarze „rzeczywiście” ich nie rozumieją, bo jeśli nie stwierdzają nic niepokojącego w badaniu fizykalnym i badaniach dodatkowych (badania obrazujące, laboratoryjne), to zwykli używać tonu (jeśli nie mówią o tym wprost) sugerującego, że pacjent jest sam sprawcą swoich dolegliwości. Taki przekaz emocjonalny, nawet jeżeli niewerbalny, nie może wzbudzać ufności w pacjencie. Mimo wielu dyskusji i prób pokonania kartezyjskiego dualizmu psyche–soma (np. przez wprowadzenie pojęcia chorób psychosomatycznych, a bardziej współcześnie przyjęcie, że czynnik psychologiczny ma swoje miejsce w etiologii wszystkich chorób,

choć w różnym stopniu [15]), paradygmat medyczny mieści się w samym centrum tego dualizmu i z niego wypływa, stąd wydaje się „za ciasny” do zrozumienia (i, co ważniejsze, być może także wyleczenia) takich zaburzeń jak somatyzacyjne. Powstają próby rozszerzenia tego paradygmatu [16, 17], ale do ich wprowadzenia w praktykę kliniczną wydaje się jeszcze daleko. A jest to kwestia paląca ze względu na potrzebę skutecznego leczenia pacjentów somatyzujących, którzy stanowią problem, zwłaszcza dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej [18, 19]. Długotrwała, „patowa” sytuacja w leczeniu zaburzeń somatyzacyjnych związana jest z tym, że – w przeciwieństwie do zaburzeń lękowych czy depresyjnych – nie dysponujemy specyficznymi środkami farmakologicznymi, a do psychoterapii pacjenci z tymi zaburzeniami zgłaszają się rzadko, tak więc możliwość oddziaływania jest ograniczona.

Podsumowując, wydaje się konieczne przeprowadzanie badań pacjentów z somatyzacjami, ich porównywanie z pacjentami z innymi zaburzeniami, np. lękowymi czy depresyjnymi. Również zasadne wydaje się przeprowadzanie badań, jak zmienia się osobowość pacjentów w trakcie oddziaływań bądź to farmakologicznych, bądź to psychologicznych. Narzędzia badawcze będą jednak pochodzić z podziału na psyche i soma. Do tych pierwszych zaliczyć można np. kwestionariusze objawowe, osobowościowe, do drugich – badające somatyczne wskaźniki, takie jak poziom hormonów, akcja serca, mózgowy przepływ krwi itp.

### Material i metody

Grupę badaną stanowiło 200 pacjentów: 100 z zaburzeniami lękowymi i 100 z zaburzeniami somatyzacyjnymi, dorosłych, obu płci (po 68 kobiet i 32 mężczyzn w każdej grupie), leczonych intensywną, 150-godz. psychoterapią kompleksową, w podejściu integrującym, na oddziałach dziennych WOLN w Krakowie w okresie 1989–1999. Rozpoznania u pacjentów leczonych w latach 1998–99 zostały sformułowane zgodnie z klasyfikacją ICD-10 [20]. W przypadku diagnoz sprzed 1998 roku przeformułowano je zgodnie z obecnymi wymogami klasyfikacyjnymi na podstawie dokumentacji historii choroby. Do grupy z zaburzeniami lękowymi włączeni zostali pacjenci z rozpoznaniem według ICD-10: F40 i F41 z wyłączeniem zespołów mieszanych (np. lękowo-depresyjnych). Do grupy z zaburzeniami somatyzacyjnymi włączeni zostali pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń somatyzacyjnych i zaburzeń somatyzacyjnych nieodróżnionych (F45). Wykluczono pacjentów, u których w toku diagnostyki stwierdzono możliwość istnienia zmian psychoorganicznych (po badaniu za pomocą testów: Bender i Graham–Kendall i /lub po badaniu EEG). Do grupy badanej włączeni zostali pacjenci z różnym stopniem nasilenia objawów (ocena na podstawie badań za pomocą kwestionariusza objawowego „O”) – nie stwierdzono istotnych różnic między wynikami leczenia w tym zakresie.

Grupa składała się z osób w przedziale wiekowym 18–53 lata, ze średnią 33 lat dla pacjentów z zaburzeniami lękowymi oraz 35 – dla pacjentów z zaburzeniami somatyzacyjnymi. Grupy były zbliżone do siebie pod względem rozkładu wieku, wykształcenia oraz stanu cywilnego (tab.1, 2, 3).

Do badania osobowości zastosowano polską adaptację testu osobowości 16 PF Ca-

Tabela 1

Przedziały wiekowe  
(dwustronny test do badania różnicy pomiędzy dwoma wskaźnikami struktury)

Roopoznanie	Zaburzenia lękowe	Zaburzenia somałtyczne	Wartość statystyczna
<20	6	4	-
21-30	40	29	-
31-40	33	36	-
40-50	20	23	-
>50	1	8	0,02

Tabela 2

Wykształcenie  
(dwustronny test do badania różnicy pomiędzy dwoma wskaźnikami struktury)

	Zaburzenia lękowe	Zaburzenia somałtyczne	Wartość statystyczna
Bez podziałowego	7	6	-
Podstawowe	12	11	-
Zawodowe	12	9	-
Neukończony średnie	25	38	0,05
Średnie	33	28	-
Formalne	8	7	-
Uwyższe	3	1	-

Tabela 3

Stan cywilny  
(dwustronny test do badania różnicy pomiędzy dwoma wskaźnikami struktury)

	Zaburzenia lękowe	Zaburzenia somałtyczne	Wartość statystyczna
Kawalerpanna	31	33	-
Zamężna/żona	61	49	-
U separacji	2	6	-
Rozwiedzeni	3	11	0,05
Wdowiali	3	1	-

tella [21, 22]. Wykorzystanie testu w niniejszym badaniu wynika zarówno z możliwie wszechstronnego obrazu struktury osobowości, jakiego ten test dostarcza, stosowania go jako elementu standardowej procedury diagnostycznej w badaniu pacjentów zgłaszających się do ambulatorium WOLN w Krakowie [23], jak i klinicznego doświadczenia

w stosowaniu tego narzędzia.

Narzędzie to opisuje w szesnastu skalach czynniki kształtujące osobowość o charakterze dwubiegunowym, określane w stenach. Test pozwala na analizę zarówno nasilenia poszczególnych wymiarów, jak i profilu osobowości – jakościową (czynniki I i II rzędu) i ilościową (wartości stenów poniżej 4 i powyżej 7 oznaczają, że nasilenie danego czynnika różni się istotnie od przeciętnej uzyskiwanej w populacji służącej do normalizacji testu). Test charakteryzuje się na ogół dobrą rzetelnością oraz dobrą trafnością czynnikową. Pomimo że został opracowany zgodnie z teorią osobowości Catella, może być używany do oceny osobowości bez względu na przyjmowane podejście teoretyczne.

Do badania zmian nasilenia objawów wybrano kwestionariusz objawowy „O” (opisowy) – opracowany przez Aleksandrowicza i wsp. [24], służący ujawnianiu istnienia zaburzeń czynnościowych. Narzędzie to, o wysokiej rzetelności i dobrej trafności [24, 25], składa się ze 138 pytań odnoszących się do 135 zaburzeń czynnościowych. Wszystkie pytania można arbitralnie podzielić na odnoszące się do zaburzeń z zakresu przeżywania, zaburzeń zachowania oraz zaburzeń czynności somatycznych. Zasady stosowania kwestionariusza oparte są na założeniu, że pochodzące z introspekcji dane są wartościowe – jest to kwestionariusz samoopisowy. Do kwestionariusza opracowano skalę odpowiadającą niektórym zaburzeniom z ICD-10, co ma być pomocne w ocenie rodzaju objawów i zaburzeń [26]. Do badania wybrano 5 skal, kierowano się głównie tym, jaki zestaw pytań zawiera skala:

- 1 (zaburzenia fobijne),
- 2 (inne zaburzenia lękowe),
- 4 (skala konwersyjna),
- 5 (skala objawów z zakresu układu sercowo-naczyniowego),
- 6 (skala objawów wegetatywnych z zakresu układów pokarmowego i moczowo-płciowego oraz objawy dermatologiczne).

### Wyniki

Wartość zmiany danego czynnika osobowości obliczono z różnicy pomiędzy wartością po leczeniu i przed leczeniem. Za pomocą testu t-Studenta dla par powiązanych (tabela 4) stwierdzono, że w 14 skalach zmiana, która dokonała się w trakcie leczenia, jest istotna statystycznie. Zmiana wartości czynnika Q1 nie osiągnęła progu 0,05 istotności statystycznej, stąd nie została uwzględniona w dalszych analizach.

Za pomocą testu t-Studenta dla par powiązanych stwierdzono, że zmiany nasilenia objawów w badanych skalach kwestionariusza objawowego „O” są istotne statystycznie (tabela 5).

Zmiana nasilenia objawów w każdej ze skal została wyrażona w takiej matematycznej postaci, aby wartości zmiany były niezależne od początkowej wartości nasilenia objawów.

Następnie porównano korelacje zmian osobowości ze zmianami nasilenia obja-

Tabela 4

Średnie wartości I-rzędowych czynników osobowości przed psychoterapią (X) i po psychoterapii (Xpo), różnice bezwzględne zmiany nasilenia czynników oraz poziom istotności statystycznej zmian

Zmienna	Średnia	Odch. std.	Różnica	Odch. std. Różnica	t	p
A	4,20**	2,701001**				
Apo	4,64**	2,224666**	+0,44**	2,270122**	-0,90594**	n.p.u**
B	4,20**	2,294049**				
Bpo	5,795**	2,300302**	-1,595**	1,968135**	+0,60591**	n.p.u**
C	2,65**	1,552272**				
Cpo	4,21**	2,242270**	-1,56**	2,306992**	+0,3079**	n.p.u**
E	4,07**	1,904742**				
Epo	5,715**	1,901365**	-1,645**	1,907007**	+0,90716**	n.p.u**
F	4,65**	1,62420**				
Fpo	4,705**	1,62048**	-0,705**	1,742107**	-0,71683**	n.p.u**
G	6,71**	1,645106**				
Gpo	5,57**	1,605366**	+1,14**	1,677237**	4,20750**	n.p.u**
H	4,725**	1,620976**				
Hpo	5,46**	2,030109**	-1,325**	1,977099**	+0,67169**	n.p.u**
I	7,14**	1,701042**				
Ipo	6,575**	1,745036**	+0,565**	1,633352**	4,22183**	n.p.u**
L	6,62**	2,053486**				
Lpo	5,60**	2,066504**	+0,92**	2,066504**	5,902084**	n.p.u**
M	6,65**	1,602477**				
Mpo	6,16**	1,670666**	+0,49**	2,007367**	0,900666**	n.p.u**
N	4,65**	2,067206**				
Npo	5,55**	2,700909**	-0,905**	2,094993**	-0,90507**	n.p.u**
O	6,35**	1,620476**				
Opo	6,530**	2,223490**	-1,18**	2,702065**	11,79556**	n.p.u**
Q1	4,64**	1,970007**				
Q1po	4,755**	1,937400**	-0,110**	2,772003**	+0,70925**	n.p.u**
Q2	5,100**	2,002267**				
Q2po	4,600**	1,903544**	+0,500**	2,066726**	2,052032**	n.p.u**
Q3	3,635**	1,653362**				
Q3po	4,440**	1,622974**	-0,805**	1,940037**	-0,90037**	n.p.u**
Q4	6,105**	1,600559**				
Q4po	6,365**	2,235342**	-1,63**	2,303609**	7,61707**	n.p.u**

\* różnice są istotne z  $p < 0,05$ ;  $N = 200$ ,  $df = 199$

Tabela 5

Średnie bezwzględne wartości nasilenia objawów przed psychoterapią (X) i po psychoterapii (Xpo), bezwzględne różnice zmiany nasilenia objawów oraz poziom istotności statystycznej zmian

Zmienna	Średnia	Od. std.	Różnica	Od. std. Różnica	t	P
Skala 1	19,45*	12,51160*				
Skala 1 po	7,29*	10,18452*	12,16*	11,91656*	14,45104*	0,00*
Skala 2	43,27*	13,41097*				
Skala 2 po	21,80*	15,55237*	21,46*	17,15488*	17,69119*	0,00*
Skala 4	28,18*	13,22645*				
Skala 4 po	12,35*	12,42657*	15,83*	14,73738*	15,18588*	0,00*
Skala 5	40,44*	23,75136*				
Skala 5 po	19,06*	20,48523*	21,38*	23,00526*	13,14503*	0,00*
Skala 6	35,99*	14,11278*				
Skala 6 po	18,54*	14,92327*	17,45*	16,61620*	14,85179*	0,00*
Skala 7	23,24*	17,03949*				
Skala 7 po	12,67*	13,46997*	10,57*	15,99857*	14,65168*	0,00*

\* różnice są istotne z  $p < 0,05$ ;  $N=200$ ;  $df=199$

wów w obu grupach diagnostycznych za pomocą GLM (pakiet Statistica). Otrzymano następujące wyniki (tabela 6 i 7):

- a) w grupie z rozpoznaniem zaburzeń lękowych objawy lęku uogólnionego

Tabela 6

Iloczyn korelacji r Pearsona pomiędzy zmianami czynników osobowości (zmX) a zmianami skal objawowych (zm skali abc (nr)) w obu grupach diagnostycznych

Zmienne korelowane	Zaburzenia lękowe	Zaburzenia somatyczne
Zm. A/zm. skali lęku (2)	0,36***	0,07
Zm. H/zm. skali f bii (1)	0,35***	0,09
Zm. I/zm. skali f bii (1)	-0,21*	0,09
Zm. E/zm. skali lęku (1)	0,36***	0,09
Zm. C/zm. skali objawów układu sercowo-naczyniowego (5)	0,18	0,44***
Zm. M/zm. skali konwersyjnej (4)	0,00	-0,37**
Zm. C/zm. skali somatycznej (6)	0,11	0,41***

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\* $p = 0,001$

Istotne statystyczne korelacje zmian osobowości (ZmX) ze zmianami objawowymi (zmiana w skali nr) w odniesieniu do rozpoznania

Rozpoznanie	Tendencje*	Korelacje istotne na poziomie $p < 0,05$
Zaburzenia lękowe	Zm. A ze zmian <sup>1</sup> w skali 2	Zm. H ze zmian <sup>1</sup> w skali 1 Zm. I ze zmian <sup>1</sup> w skali 1 Zm. E ze zmian <sup>1</sup> w skali 2
Zaburzenia somatyzacyjne	Zm. C ze zmian <sup>1</sup> w skali 5	Zm. M ze zmian <sup>1</sup> w skali 4 Zm. C ze zmian <sup>1</sup> w skali 6

\* tendencjami nazwano różnicę korelacji zmiennych osobowościowych z objawowymi występującą pomiędzy pacjentami z zaburzeniami somatyzacyjnymi a pacjentami z zaburzeniami lękowymi, istotną na poziomie  $p < 0,07$

ustępowały wraz ze zmianami w tych zakresach osobowości, które wiążą się ze wzrostem towarzyskości, otwartości i zmniejszeniem się uległości (wzrostem dominacji), a objawy fobii ustępowały wraz ze zmniejszeniem się nieśmiałości w sytuacjach społecznych (co wiąże się ze wzrostem odporności) oraz zmniejszeniem się wrażliwości na ocenę innych,

b) w grupie z rozpoznaniem zaburzeń somatyzacyjnych objawy somatyzacyjne ustępowały wraz ze wzrostem pewnych aspektów integracji osobowości, tj. kontroli emocjonalnej (siły ego), natomiast objawy konwersyjne – wraz ze zmniejszeniem się pobudliwości wyobraźniowej.

### Omówienie

Wyniki wskazują na odmienną powiązań zmian osobowości ze zmianami nasilenia objawów w obu grupach diagnostycznych. Potwierdziły się niektóre intuicje kliniczne dotyczące obserwacji somatyzacji, że u pacjentów z tymi zaburzeniami szczególne znaczenie mają funkcje ego, które jest postrzegane w tych zaburzeniach jako słabe [27, 28, 29]. Oryginalna koncepcja somatyzacji (Stekela) wiąże somatyzację z „głębokimi” nerwicami [10]. Charakterystyczne jednak, że w wynikach można odróżnić inne obszary powiązań zmian osobowości w przypadku somatyzacji, a inne w przypadku konwersji w tej samej grupie diagnostycznej, co wskazuje na prawdopodobne odmienności w patomechanizmie. Dla usunięcia objawów somatyzacyjnych ma szczególne znaczenie wzrost radzenia sobie z frustracją i stresem dnia codziennego oraz zmniejszenie się pobudliwości emocjonalnej („emocje są blisko ciała”) [30], natomiast objawy konwersyjne ustępują wraz ze zbliżaniem się psychicznym do otoczenia (pobudliwość wyobraźniowa, którą reprezentuje wymiar M, nazwany również przez Catella autia-praxernia, jak się wydaje może przy znacznym nasileniu reprezentować mechanizm obronny – fantazjowanie). Wydaje się, że pacjenci z somatyzacjami używają prymitywniejszych sposobów adaptacyjnych. Można tu przywołać rozumowanie wywodzące się z modelu psychoanalitycznego, w którym wiąże się somatyzację z zaburzeniami symbolizowania [27, 28, 31]; zagrażający impuls popędowy nie jest symbolizowany, hamowany jest niezróżnicowanym napięciem, a przy przekroczeniu tej



## – Vergleichsuntersuchung

### Zusammenfassung

**Ziel der Forschung:** Vergleich des Zusammenhanges zwischen den Persönlichkeitsveränderungen und den Veränderungen der Hauptsymptome, die im Verlauf der komplexen integrierenden Psychotherapie bei 100 somatisierenden Patienten und 100 Patienten mit Angststörungen erzielt wurden.

**Methoden:** Es wurden zwei beschreibende Mittel angewandt, Fragebogen der Persönlichkeit 16 PF von R.B. Catell und 14 – Skalenfragebogen der Symptome „O“, der die Symptome der Funktionsstörungen untersucht, und aus dem man 5 Skalen auswählte, die sich aus Fobie, allgemeine Angst, Somatisierung und Konversion bezogen. Die Patienten füllten den Fragebogen zweimal – vor und nach der Behandlung.

**Ergebnisse:** Es wurde festgestellt, dass bei Patienten mit Angststörungen mit der Intensifizierung der Geselligkeit ( $r=0,36$ ,  $p<0,001$ ), Aktivität und Beständigkeit auf gefährliche Situationen ( $r=0,35$ ,  $p<0,001$ ), Steigerung der Selbstsicherheit ( $r=0,21$ ,  $p<0,05$ ) und Abfall der Gehorsamkeit ( $r=0,36$ ,  $p<0,001$ ) nachgelassen hatten. Bei den somatisierenden Patienten liessen die Hauptsymptome mit der Intensität der Egokraft ( $r=0,44$ ,  $p<0,001$ ,  $r=0,41$ ,  $p<0,001$ ) und dem Abfall der Vorstellungsempfindlichkeit ( $r=0,31$ ,  $p<0,01$ ) nach.

**Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse weisen auf die Unterschiede im Zusammenhang der Symptome mit der Persönlichkeit hin und bestätigen die klinischen Meldungen über die Unterschiede der somatisierenden Patienten im Vergleich mit den neurotischen Patienten.

### La recherche des connexions spécifiques des changements de personnalité et des symptômes au cours des troubles somatiques et anxieux – étude comparative

#### Résumé

**Objectif:** Comparaison des connexions des changements de personnalité et des changements des symptômes principaux observés au cours de la psychothérapie complexe et intégrale des patients souffrant des troubles somatiques (100 personnes) et des troubles anxieux (100 personnes).

**Méthodes:** On utilise deux instruments – questionnaire 16 PF de Catell et questionnaire des symptômes «O» avec 14 échelles mesurant les symptômes fonctionnels dont on choisit 5 échelles concernant: phobies, anxiété généralisée, somatisation, conversion. Les patients sont examinés deux fois – avant et après la psychothérapie.

**Résultats:** On constate que les symptômes généraux disparaissent avec l'accroissement de: sociabilité ( $r=0,36$ ,  $p<0,001$ ), activité et résistance aux situations difficiles ( $r=0,35$ ,  $p<0,001$ ), conscience de soi ( $r=0,21$ ,  $p<0,05$ ) et diminution de soumission ( $r=0,36$ ,  $p<0,001$ ) des personnes souffrant des troubles anxieux tandis que chez les patients souffrant des troubles somatiques ces symptômes disparaissent avec l'accroissement de la force d'ego ( $r=0,44$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,41$ ,  $p<0,001$ ) et la diminution sensibilité imaginative ( $r=0,31$ ,  $p<0,01$ ).

**Conclusion:** Résultats soulignent les différences des connexions des symptômes et de la personnalité et ils attestent les résultats des recherches cliniques quant à la différenciation des patients souffrant des troubles somatiques et des troubles névrotiques.

#### Písmiennictwo

1. Meares R. *Stimulus entrapment: on a common basis of somatization*. Psychoanal. Inq. 1997; 17: 223–234.
2. Blaustein JP, Tuber SB. *Knowing the unspeakable: somatization as an expression of disruptions in affective relational functioning*. Bull Meninger Clin. 1998; 62 (3): 351–365.
3. Larsen F, Mogstad TE. *Neurosis and psychosomatic disorders: Aspects of differentiation*. Proc. 11<sup>th</sup> Eur. Conf. Psychosom. Res. Heidelberg 1976. Psychoth. Psychosom. 1977; 28:

- 121–126.
4. Von Rad M, Lolas F. *Differences of verbal behavior in psychosomatic and psychoneurotic patients*. Psychother. Psychosom. 1977; 28: 83–97.
  5. Salminen JK, Lehtinen V, Jokinen K, Jokinen M., Talvitie A. *Psychosomatic disorder: a treatment problem more difficult than neurosis? A comparative clinical study of psychosomatic and neurotic patients of the Psychiatric Policlinic of a General Hospital*. Acta Psych. Scand. 1980; 62: 1–12.
  6. Kordy H, Lolas F, Senf W. *Zur Beziehung zwischen Krankheitsbildern und Persönlichkeitsstruktur*. Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 1991; 37 (1): 77–88.
  7. Rost KM, Akins RN, Brown FW, Smith GR. *The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder*. Gen. Hosp. Psychiatry 1992; 14: 322–326.
  8. Stern J, Murphy M, Bass C. *Personality disorders in patients with somatization disorder. A controlled study*. Brit. J. Psychiatry 1993; 163: 785–789.
  9. Bass C, Murphy M. *Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways*. J. Psychosom. Res. 1995; 39, 4: 403–427.
  10. Lipowski ZJ. *Somatization: the concept and its clinical application*. Am. J. Psychiatry 1988; 145: 1358–1368.
  11. Pervin LA. *Psychologia osobowości*. Gdańsk: GWP; 2002.
  12. Aleksandrowicz J.W.: *Psychoterapia grupowa*. W: *Psychoterapia medyczna*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL; 1994; s. 174–192.
  13. Bronish T, Klerman GL. *Personality functioning: change and stability in relationship to symptoms and psychopathology*. J. Pers. Dis. 1991; 5(4): 307–317.
  14. Nuss P. *L'anxieux est-il dependant?* Encephale. 1998; 24(3): 260–266.
  15. Fava GA, Sonino N. *Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives*. Psychother. Psychosom. 2000; 69(4):184–197.
  16. Van der Feltz Cornelis CM, van Dyck R. *The notion of somatization: an artefact of the conceptualization of body and mind*. Psychother. Psychosom. 1997; 66(3): 117–127.
  17. Damasio AR. *Błąd Kartezjusza. Emocje, rozum i ludzki mózg*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 1999.
  18. Mayou R. *Somatization*. Psychother. Psychosom. 1993; 59, 69–83.
  19. Katon WJ, Walker EA. *Medically unexplained symptoms in primary care*. J. Clin. Psychiatry 1998; 59, supl. 20: 15–21.
  20. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wyd. Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
  21. Nowakowska M. *Polska adaptacja 16-czynnikowego kwestionariusza osobowościowego R.B. Cattella*. Psychol. Wychowaw. 1970; 13: 478–500.
  22. Frączek A. *16-czynnikowy Kwestionariusz Osobowościowy R. B. Catella*. W: Węgrzyn S, red. *Wybrane techniki diagnostyczne z psychologii klinicznej. Materiały pomocnicze*. Katowice: Uniwersytet Śląski; 1977.
  23. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. *Zastosowanie testu 16 PF Catella w ocenie leczenia nerwic*. Psychoter. 1985; 1(52): 47–60.
  24. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Filipiak J, Kowalczyk E, Martyniak J, Mazoń S, Meus J i in. *Kwestionariusze objawowe „S” i „O” – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych*. Psychoter. 1981; 37: 11–27.
  25. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i w badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(6): 667–676.
  26. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”*. Psychiatr. Pol. 2000 (34); 6: 931–943.
  27. Schur M. *Comments on the Metapsychology of Somatization*. Psychoanal. Study Child 1955;

- 10: 110–164.
28. Krystal H. *Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma*. Psychoanal. Inq. 1997; 17: 126–150.
29. Hull JW., Okie J, Gibbons B, Carpenter D. *Acting up and physical illness: Temporal patterns and emerging structure*. J. Am. Psychoanal Assoc. 1992; 40(4): 1161–1183.
30. Kępiński A. *Lęk*. Warszawa: PZWL; 1987.
31. Lane RD, Schwartz GE. *Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology*. Am. J. Psychiatry 1987; 144: 133–143.

Otrzymano: 7.08.2002

Zrecenzowano: 4.11.2002

Przyjęto do druku: 14.01.2003

Adres: Katedra Psychoterapii CM UJ  
31-139 Kraków, ul. Lenartowicza