

## **Taktyki manipulacji pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi w życiu codziennym i podczas terapii**

### **Manipulation tactics of patients with neurotic disorders in everyday life and during therapy**

Eugenia Mandal<sup>1</sup>, Adam Horak<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instytut Psychologii, Katedra Psychologii Społecznej i Środowiskowej UŚ w Katowicach

<sup>2</sup> Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu

#### **Summary**

**Aim.** The objective of the study was to examine the repertoire and intensity of manipulation tactics of neurotic patients in everyday life and during therapy, as well as diagnosing the intensity of Machiavellianism in neurotic patients.

**Methods.** There were 111 study subjects: 44 patients with diagnosed neurotic disorders, 44 people from the control group and 23 therapists. The manipulation tactics were measured by means of survey methods of E. Mandal and D. Kocur and Machiavellianism was measured using the MACH-IV scale of M. Christi and F. Geis.

**Results.** In comparison to people from the control group, the patients were more willing to use manipulation tactics such as guilt induction, threatening to break up the relationship, and self-mutilation but less willing to use supplication/begging. The intensity of tendency to undertake manipulation was higher in everyday life than during therapy. The Machiavellianism of patients was positively correlated with the tendency to employ manipulation tactics. Differences within the scope of general Machiavellianism between the patients and the control group were not noted.

**Conclusions.** The manipulation tactics of neurotic patients are of morbid nature. They are related to anxiety, feeling of guilt and hostility. The tendency to manipulate correlates with Machiavellianism.

**Słowa kluczowe:** neurotyzm, manipulacja, makiawelizm

**Key words:** neuroticism, manipulation, Machiavellianism

## Wstęp

Zaburzenia nerwicowe lub nerwice (nerwica sytuacyjna) (ICD-10: F40–F48) stanowią zaburzenia czynnościowe układu nerwowego bez jego organicznego uszczerbku. W odróżnieniu od schizofrenii (F20) lub zaburzeń osobowości borderline (F60.31) w przypadku reaktywnych zaburzeń nerwicowych nie dochodzi do zakłócenia oceny rzeczywistości. Nerwice to psychopochodne zaburzenia czynnościowe, o niejednorodnym obrazie klinicznym, zwykle z przewagą zmian w zakresie procesów emocjonalnych, ich przyczyną są szeroko rozumiane urazy psychiczne, różnorodne trudne sytuacje życiowe o różnej sile oddziaływania i czasie trwania [1].

Rozpowszechnienie nerwic w krajach uprzemysłowionych wynosi około 10%, stanowiąc 5–15% rozpoznań lekarzy pierwszego kontaktu oraz 40% rozpoznań specjalistów psychiatrów. Wśród pacjentów kobiety przeważają nad mężczyznami w proporcji około 2:1. Osiowym objawem nerwicy jest lęk, prowadzący do narastających trudności w życiu indywidualnym oraz społecznym [2–4]. Jest on najważniejszym elementem teorii wyjaśniających etiopatogenezę zaburzeń tego rodzaju.

Teoria poznawcza wyjaśnia nerwicę jako błędne postrzeganie, przetwarzanie i ocenę zagrażających faktów, indukujących emocję lęku, a następnie nieadaptacyjną próbę ucieczki od lękotwórczego bodźca.

Teorie uczenia się ujmują nerwice jako niewłaściwie wyuczony reakcje mogące zmniejszyć lęk i jego przejawy, powstałe na drodze modelowania lub naśladownictwa w interakcji z cechami osobowości przedchorobowej, np. egocentryzmem, uległością, dominacją i agresywnością.

W teoriach psychodynamicznych podkreśla się rolę nieświadomych, intrapsychicznych, nierozwiązanych w dzieciństwie konfliktów [2]. K. Horney uważa, że powstały w ten sposób w dzieciństwie lęk podstawowy bierze udział w kształtowaniu się neurotycznych postaw „od”, „ku” i „przeciwko ludziom” w życiu dorosłym [5].

W teorii O.F. Kernberga struktura osobowości neurotycznej stanowi konsekwencję fiksacji rozwoju jednostki na etapie konsolidacji ego i superego, psychotycznej – na etapie normalnego autyzmu lub symbiozy, a borderline – pośrednim, stanowiąc kontinuum na dymensji zaburzeń pomiędzy nerwicą a psychozą [6, 7]. Zaburzenia nerwicowe mają charakter przemijający i reaktywny, a zaburzenia osobowości względnie trwałe (nerwica charakteru) [5].

Manipulacja oznacza zachowanie polegające na wywieraniu wpływu związane z korzyścią własną osoby manipulującej oraz wytworzeniem u osoby manipulowanej poczucia kontroli sytuacji, chociaż w istocie robi to osoba manipulująca. Oznacza traktowanie drugiej osoby bardziej w kategoriach przedmiotu niż podmiotu i manifestuje się stosowaniem taktów manipulacji zmierzających do wywołania u osoby manipulowanej uległości wobec zamierzeń i celów manipulującego [8–10].

Wysoka skłonność do manipulacji jest powiązana z osobowością makiaweliczną, tj. instrumentalnym traktowaniem innych ludzi, zgodnie z zasadami „cel uświęca środki”, „po trupach do celu” oraz brakiem empatii, skłonnością do kłamania oraz specyficznym postrzeganiem innych ludzi jako naiwnych i tchórzliwych. Osoba manipulująca może

wykorzystywać wysoki poziom lęku jako stanu u osoby manipulowanej, zaś sama zwykle wykazuje niski poziom lęku jako cechy [11, 12].

Można przypuszczać, że podejmowaniu manipulacji innymi ludźmi mogą sprzyjać lęk, wrogość i poczucie winy – charakterystyki osobowości neurotycznej. U źródła powstania nerwic leży lęk podstawowy wywołany brakiem poczucia bezpieczeństwa u dziecka. Wysoki poziom lęku, poczucie winy czy wrogość mogą skłaniać do podejmowania manipulacji, w związku z niskim poziomem umiejętności zaspokajania potrzeb społecznych [13]. Wrogość może być powiązana z instrumentalnym traktowaniem innych ludzi. Neurotyzm i makiawelizm oraz skłonność do manipulowania innymi ludźmi mogą być zatem ze sobą ściśle powiązane.

Dotychczasowe badania wskazują na związek makiawelizmu z ogólnym wskaźnikiem zaburzeń osobowości (korelacja umiarkowana), jak i szczególnymi skalami osobowości paranoidalnej, bierno-agresywnej i antyspołecznej (korelacja od niskiej do umiarkowanej) [14], osobowości typu borderline (istotnie niższy poziom makiawelicznych taktyk) [15] oraz depresją (korelacja umiarkowana) [16]. Związek makiawelizmu z zaburzeniami nerwicowymi jest niejednoznaczny [17].

## Cel

Celem badań przeprowadzonych z udziałem pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych było:

- (1) porównanie natężenia i repertuaru taktyk manipulacji w życiu codziennym pacjentów i osób zdrowych,
- (2) porównanie natężenia makiawelizmu u pacjentów oraz osób zdrowych,
- (3) porównanie natężenia i repertuaru taktyk manipulacji pacjentów w terapii i pacjentów w życiu codziennym,
- (4) porównanie natężenia i repertuaru taktyk manipulacji pacjentów w terapii z natężeniem i repertuarem taktyk manipulacji obserwowanych przez terapeutów w terapii.

## Material

Badaniami objęto 111 osób: 44 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych (ICD-10: F40–F48), 44 osób z grupy kontrolnej oraz 23 terapeutów. Grupa pacjentów składała się z 33 kobiet i 11 mężczyzn. Procentowy udział kobiet i mężczyzn w przebadanej grupie pacjentów odpowiadał proporcji 3:1 w populacji osób cierpiących na zaburzenia nerwicowe [2]. Średni wiek pacjentów ogółem wynosił  $M = 38$  lat,  $SD = 9,4$ ; kobiet  $M = 38$  lat,  $SD = 9,50$ ; mężczyzn  $M = 37$  lat,  $SD = 10,00$ . Grupę kontrolną stanowiły osoby zdrowe, bez rozpoznania nerwicy i diagnozy psychiatrycznej. O zdrowiu dodatkowo wnioskowano na podstawie prawidłowego funkcjonowania tych osób (praca, nauka), co potwierdzały okoliczności, w których osoby te wypełniały kwestionariusze (uczelnie, biblioteki i inne miejsca użyteczności publicznej). Grupa kontrolna była podobna do grupy pacjentów pod względem płci; średnia wieku osób z grupy kontrolnej ( $M = 37$  lat,  $SD = 12,00$ ) nie różniła się istotnie od średniej wieku grupy pacjentów ( $p = 0,83$ ).

Kwalifikacji do grupy pacjentów dokonano spośród pacjentów 10–12-tygodniowych turnusów terapeutycznych na oddziałach dziennych zaburzeń nerwicowych: CZP Feniks w Sosnowcu i SPSK nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego – Górnośląskiego Centrum Medycznego im. prof. L. Gieca w Katowicach na podstawie dokumentacji medycznej według kryteriów ICD-10 (F40–F48).

Grupę badaną stanowiło także 23 terapeutów z woj. śląskiego, dolnośląskiego opolskiego i wielkopolskiego (19 kobiet (83%) i 4 mężczyzn (17%)) prowadzących terapię indywidualną i grupową osób z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych. Wśród terapeutów znalazło się pięć osób (23%) z wykształceniem medycznym (specjalista psychiatra), 11 z wykształceniem psychologicznym (magister psycholog; 48%) i siedem z wykształceniem terapeutycznym (certyfikat terapeuty lub w trakcie szkolenia; 30%). Średni wiek terapeutów wynosił 38 lat (SD = 10,00), średni okres stażu – dziewięć lat (SD = 7,00). Terapeuci reprezentowali różne orientacje terapeutyczne.

### Metoda

W badaniach wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

- (1) Taktyki manipulacji stosowane przez pacjentów – metoda ankietowa autorstwa E. Mandal i D. Kocur [15]. Składa się ona z dwóch ankiet: pierwsza dotyczy wykorzystywania taktyk manipulacji w życiu codziennym, druga – taktyk manipulacji stosowanych podczas terapii. Obydwie ankiety zawierają opis 10 różnych taktyk manipulacji, tj. uwodzenie, błaganie, nieodzywanie się, wymuszanie, obrażanie się, grożenie, samookaleczanie, kłamanie, wywoływanie poczucia winy i grożenie zerwaniem. Badany określa, jak często zdarza mu się podejmować określone zachowania (mierzące poszczególne taktyki manipulacji), zaznaczając odpowiedzi na skali od 1 (nigdy) do 7 (bardzo często). Współczynnik rzetelności dla ankiety Manipulacja w życiu codziennym wynosi  $\alpha = 0,76$ , dla ankiety Manipulacja w terapii  $\alpha = 0,77$ .
- (2) Taktyki manipulacji pacjentów w opiniach terapeutów – metoda ankietowa autorstwa E. Mandal i D. Kocur [15]. Pierwsza część ankiety zawiera pytanie otwarte następującej treści: „Jakie metody wywierania wpływu i manipulacji zdarzyło Ci się obserwować u osób z zaburzeniami nerwicowymi podczas terapii?” Druga składa się z 10 pytań zamkniętych wskazujących na różne zachowania (taktyki manipulacji). Terapeuci oceniają zachowania pacjentów obserwowane w toku terapii na skali od 1 (nigdy) do 7 (bardzo często). Współczynnik rzetelności narzędzia wynosi  $\alpha = 0,78$ .
- (3) Skala makiawelizmu MACH-IV – metoda R. Christiego i F.L. Geis w polskiej adaptacji K. Pospiszyla [18]. Metoda przeznaczona jest do diagnozowania osobowości makiawelicznej. Składa się z 20 twierdzeń tworzących trzy skale: taktyka, poglądy na naturę ludzką, moralność. Dwie pierwsze skale zawierają po dziewięć pozycji, trzecia – dwie. Badany ustosunkowuje się do każdego stwierdzenia na skali od 1 (całkowicie nie zgadzam się) do 7 (całkowicie zgadzam się).

Nozologiczna diagnoza zaburzeń nerwicowych jest diagnozą jakościową. Wyniki kwestionariuszy nie pozwalają na diagnozę tego rodzaju zaburzeń w kategoriach ICD-10 ani DSM-IV [19]. Nie zastosowano odpowiedniego do badanego problemu, trudnego do przecenienia narzędzia KON-2006 autorstwa J.W. Aleksandrowicza i wsp. [12] ze względu na jego obszerność. Badania były prowadzone podczas przerw pomiędzy zajęciami terapeutycznymi. Konieczność udzielenia – obok zastosowanych trzech narzędzi kwestionariuszowych – dodatkowych 243 odpowiedzi zawartych w KON-2006 (nasz zestaw pytań liczył 144 pytania) byłaby dodatkowym trudem dla dobrowolnie uczestniczących w badaniach pacjentów. Pacjenci z diagnozą zaburzeń nerwicowych zazwyczaj uzyskują wyższe wyniki w skali Neurotyzmu według Inwentarza NEO-PI-R P.T. Costy i RR. McCrae [20, 21].

## Wyniki

Wyniki pokazały, że pacjenci neurotyczni w życiu codziennym istotnie częściej ( $p < 0,05$ ) niż osoby z grupy kontrolnej skłonni byli stosować taktyki manipulacji: wywoływania poczucia winy ( $M = 3,14$ ), grożenia zerwaniem relacji ( $M = 2,23$ ) i samookaleczania ( $M = 1,57$ ), natomiast nieco rzadziej taktykę błagania ( $M = 2,55$ ,  $p = 0,07$  – tendencja statystyczna).

Pacjentki w życiu codziennym częściej niż kobiety z grupy kontrolnej miały skłonność do podejmowania taktyk samookaleczania ( $M = 1,67$ ,  $p = 0,02$ ), wywoływania poczucia winy ( $M = 3,12$ ,  $p = 0,04$ ) i obrażania się ( $M = 4,33$ ,  $p = 0,07$ ). Nie odnotowano różnic w taktykach manipulacji u pacjentów i mężczyzn z grupy kontrolnej (tab. 1)

Tabela 1. Średnie natężenie taktyk manipulacji pacjentów neurotycznych i osób z grupy kontrolnej

Taktyka manipulacji	Kobiety			Mężczyźni			Ogółem		
	Pacjentki	Grupa kontrolna	p	Pacjenci	Grupa kontrolna	p	Pacjenci	Grupa kontrolna	p
Uwodzenie	3,39	3,64	0,57	4,18	4,36	0,87	3,59	3,82	0,59
Błaganie	2,70	3,15	0,19	2,09	3,09	0,20	2,55	3,14	< 0,07
Nieodzywanie się	3,88	3,18	0,17	3,82	3,55	0,79	3,86	3,27	0,18
Wymuszanie	2,97	2,82	0,59	3,45	3,82	0,76	3,09	2,91	0,52
Obrażanie się	4,33	3,48	< 0,07	3,55	3,18	0,73	4,14	3,57	0,15
Grożenie	2,36	1,88	0,52	2,00	1,91	0,48	2,27	1,89	0,38
Samookaleczanie	1,67	1,15	< 0,02	1,27	1,00	0,17	1,57	1,11	< 0,05
Kłamanie	3,55	3,48	0,80	4,18	3,09	0,57	3,70	3,70	0,93
Wywoływanie poczucia winy	3,12	2,21	< 0,04	3,18	3,00	0,76	3,14	2,41	< 0,05
Grożenie zerwaniem relacji	2,23	1,64	< 0,08	1,91	1,27	0,52	2,23	1,55	< 0,05
Ogółem	3,03	2,66	0,14	2,96	2,95	0,98	3,01	2,74	0,12

Nie stwierdzono różnic w ogólnym wyniku natężenia makiawelizmu u pacjentów ( $M = 70,64$ ) i u osób z grupy kontrolnej ( $M = 70,39$ ,  $p = 0,93$ ). U pacjentek ( $M = 38,76$ ) odnotowano wyższy wynik w skali makiawelistycznych poglądów niż u kobiet z grupy kontrolnej ( $M = 34,58$ ,  $p < 0,01$ ).

Pacjenci i pacjentki w terapii rzadziej niż w życiu codziennym skłonni byli stosować taktyki: kłamania ( $M = 2,34$ ), uwodzenia ( $M = 2,20$ ), obrażania się ( $M = 2,16$ ), błagania ( $M = 1,64$ ,  $p < 0,01$ ), wymuszania ( $M = 2,36$ ), grożenia ( $M = 1,55$ ,  $p < 0,01$ ), wywoływania poczucia winy ( $M = 2,41$ ,  $p < 0,03$ ) i grożenia zerwaniem ( $M = 1,59$ ,  $p < 0,04$ ). Średnie natężenie skłonności do podejmowania wszystkich taktyk manipulacji łącznie podczas terapii ( $M = 2,15$ ) było niższe niż w życiu codziennym ( $M = 3,01$ ,  $p < 0,01$ ).

Pacjentki w terapii rzadziej niż w życiu codziennym stosowały taktyki manipulacji: obrażania się ( $M = 2,18$ ), kłamania ( $M = 2,12$ ), uwodzenia ( $M = 1,85$ ), błagania ( $M = 1,55$ ,  $p < 0,01$ ), grożenia ( $M = 1,52$ ,  $p < 0,01$ ), wywoływania poczucia winy ( $M = 2,36$ ), grożenia zerwaniem ( $M = 1,67$ ,  $p = 0,02$ ) i wymuszania ( $M = 2,06$ ,  $p < 0,03$ ) niż w życiu codziennym. Średnie natężenie skłonności do manipulacji pacjentek podczas terapii ( $M = 2,03$ ) było niższe niż w życiu codziennym ( $M = 3,03$ ,  $p < 0,01$ ).

Pacjenci podczas terapii rzadziej niż w życiu codziennym skłonni byli stosować taktyki manipulacji: kłamania ( $M = 1,91$ ,  $p < 0,01$ ) i uwodzenia ( $M = 3,27$ ,  $p < 0,03$ ). Średnie natężenie skłonności do manipulacji pacjentów podczas terapii ( $M = 2,52$ ) było niższe niż w życiu codziennym ( $M = 2,96$ ,  $p < 0,07$ ), co przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Średnie natężenie taktyk manipulacji pacjentów neurotycznych (kobiet i mężczyzn) w życiu codziennym i podczas terapii

Taktyka manipulacji	Pacjentki			Pacjenci			Ogółem		
	W terapii	W życiu codziennym	p	W terapii	W życiu codziennym	p	W terapii	W życiu codziennym	p
Uwodzenie	1,85	3,39	< 0,01	3,27	4,18	0,03	2,20	3,59	< 0,01
Błaganie	1,55	2,70	< 0,01	1,36	2,09	0,40	1,64	2,55	< 0,01
Nieodzywanie się	3,61	3,88	0,80	4,73	3,82	0,71	3,89	3,86	0,99
Wymuszanie	2,06	2,97	0,03	2,09	3,45	0,22	2,36	3,09	0,01
Obrażanie się	2,18	4,33	< 0,01	3,27	3,55	0,08	2,16	4,14	< 0,01
Grożenie	1,52	2,36	0,01	3,00	2,00	0,37	1,55	2,27	0,01
Samookaleczanie	1,36	1,67	0,20	1,36	1,27	0,17	1,36	1,57	0,08
Kłamanie	2,12	3,55	< 0,01	1,91	4,18	0,01	2,34	3,70	< 0,01
Wywoływanie poczucia winy	2,36	3,12	0,02	1,64	3,18	0,97	2,41	3,14	0,03
Grożenie zerwaniem relacji	1,67	2,33	0,02	2,55	1,91	0,97	1,59	2,23	0,04
Ogółem	2,03	3,03	< 0,01	2,52	2,96	0,07	2,15	3,01	< 0,01

Niezależnie od płci terapeuci obserwowali u pacjentów w terapii częściej niż pacjenci deklarowali stosowanie takich taktyk manipulacji jak: wywoływanie poczucia

winy ( $M = 4,78$ ), uwodzenie ( $M = 4,57$ ), kłamanie ( $M = 4,35$ ), obrażanie się ( $M = 3,70$ ), wymuszanie ( $M = 3,61$ ), grożenie zerwaniem relacji ( $M = 3,04$ ), błaganie ( $M = 2,78$ ), samookaleczanie ( $M = 2,57$ ,  $p < 0,01$ ) i grożenie ( $M = 2,17$ ,  $p < 0,06$ ).

Średnie natężenie manipulacji obserwowanej przez terapeutów ( $M = 3,49$ ) było wyższe niż natężenie manipulacji, do którego przyznawali się pacjenci ( $M = 2,15$ ,  $p < 0,01$ ), co ukazuje tabela 3.

Tabela 3. Średnie natężenie taktyk manipulacji pacjentów podczas terapii w ocenie pacjentów i terapeutów

Taktyka manipulacji	Terapeuci	Pacjenci	p
Uwodzenie	4,57	2,20	< 0,01
Błaganie	2,78	1,64	< 0,01
Nieodzywanie się	3,30	3,89	0,26
Wymuszanie	3,61	2,36	< 0,01
Obrażanie się	3,70	2,16	< 0,01
Grożenie	2,17	1,55	0,06
Samookaleczanie	2,57	1,36	< 0,01
Kłamanie	4,35	2,34	< 0,01
Wywoływanie poczucia winy	4,78	2,41	< 0,01
Grożenie zerwaniem relacji	3,04	1,59	< 0,01
Ogółem	3,49	2,15	< 0,01

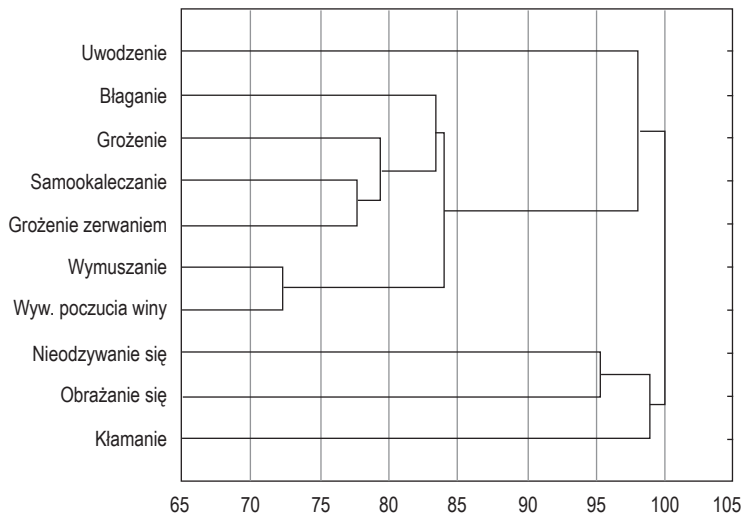
W zakresie natężenia skłonności do manipulacji podejmowanych w życiu codziennym w całej grupie pacjentów odnotowano korelacje pomiędzy makiawelizmem a natężeniem skłonności do podejmowania manipulacji ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,01$ ), w tym: z taktyką nieodzywania się ( $r_s = 0,40$ ;  $p < 0,01$ ), grożenia zerwaniem relacji ( $r_s = 0,30$ ;  $p < 0,05$ ). Wiek ujemnie korelował ze skłonnością do stosowania taktyki obrażania się ( $r_s = -0,35$ ;  $p < 0,04$ ).

W zakresie natężenia skłonności do manipulacji podejmowanych w terapii stwierdzono korelacje pomiędzy makiawelizmem a obrażaniem się ( $r_s = 0,32$ ;  $p < 0,03$ ). Nie stwierdzono korelacji pomiędzy makiawelizmem a średnim natężeniem skłonności do podejmowania manipulacji.

Wiek ujemnie korelował ze skłonnością do stosowania taktyki samookaleczania ( $r_s = -0,34$ ;  $p < 0,04$ ), co przedstawia tabela 4. W grupie terapeutów nie odnotowano korelacji pomiędzy wiekiem, stażem pracy a liczbą obserwowanych u pacjentów taktyk manipulacji.

Tabela 4. Korelacje taktyk manipulacji pacjentów w życiu codziennym i terapii

		Terapia									
Życie codzienne	Taktyka manipulacji	Uwodzenie	Błaganie	Nieodzywanie się	Wymuszanie	Obrażanie się	Groźenie	Samookaleczanie	Kłamanie	Wywoływanie poczucia winy	Groźenie zerwaniem
	Uwodzenie	0,44									
	Błaganie		0,34								
	Nieodzywanie się			0,41							
	Wymuszanie										0,31
	Obrażanie się			0,32		0,34					
	Groźenie	0,37	0,36				0,49			0,30	0,33
	Samookaleczanie	0,31	0,52			0,34	0,31	0,43		0,35	
	Kłamanie								0,34		
	Wywoływanie poczucia winy				0,38						0,33
Groźenie zerwaniem relacji						0,36	0,38				



Rycina 1. Analiza skupień taktyk manipulacji pacjentów w życiu codziennym



Analiza skupień taktyk manipulacji pacjentów w życiu codziennym wskazała na skupienia taktyk: (1) o zabarwieniu agresywnym – takich jak: samookaleczanie, grożenie i grożenie zerwaniem relacji, (2) kontrolującym – wywoływanie poczucia winy i wymuszanie, (3) izolującym – nieodzywanie się, obrażanie się. Odnotowano także, że uwodzenie jest powiązane z kłamaniem, a błaganie z grożeniem (ryc. 1).

Terapeuci podali, że pacjenci, niezależnie od płci, podczas terapii:

- uwodząc: wychwalali zawodowe i osobiste kompetencje terapeuty, skracali dystans, a pacjentki przychodziły na sesje wyzywająco ubrane;
- błagając: prosili o zwolnienie z zadań terapeutycznych i wykonanie ich przez terapeutę z powodu trudnej sytuacji pacjenta;
- nie odzywając się: bez zapowiedzi opuszczali sesję, nie odpowiadali na pytania terapeuty, izolowali się od członków grupy terapeutycznej;
- wymuszając: próbowali przejąć kontrolę nad terapią, płacąc za sesję z góry, prosili o dodatkowe sesje lub leki, a także nie opuszczali gabinetu po sesji;
- obrażając się: wyrażali niezadowolenie z warunków terapii, również finansowych, skarżyli się na dyskomfort po sesji, usprawiedliwiali się, spoglądali w okno;
- grożąc: zapowiadali skierowanie sprawy na drogę prawną przeciwko terapeutce;
- samookaleczając się: nieumyślnie powodowali wypadki lub pokazywali terapeutce rany;
- kłamiąc: zatajali wcześniejsze leczenie, przyjmowanie leków, występowanie objawów lub je symulowali, ukrywali naganne społecznie zachowania, nieprawdziwie tłumaczyli brak współpracy z terapeutą i pomawiali personel o rzekome nadużycia seksualne;
- wywołując poczucie winy: zarzucali terapeutce niewykorzystywanie wszystkich dostępnych metod terapii, skarżyli się na brak zrozumienia lub brak empatii z jego strony, użalali się nad sobą i jawnie krytykowali terapeutę;
- grożąc zerwaniem: zapowiadali zakończenie terapii w następstwie rzekomej poprawy lub pogorszenia stanu zdrowia, wyrażali rozczarowanie z powodu braku oczekiwanej interwencji terapeuty.

### Omówienie wyników

Przeprowadzone badania pokazują, że repertuar i natężenie taktyk manipulacji pacjentów neurotycznych mają związek ze zdiagnozowanym u nich zaburzeniem. Zidentyfikowane taktyki mogą podejmować również pacjenci z zaburzeniami osobowości. Wyzszą u pacjentów neurotycznych niż u osób z grupy kontrolnej skłonność do stosowania taktyk manipulacji: wywoływania poczucia winy, grożenia zerwaniem relacji i samookaleczania można wiązać z egocentryzmem i nadmiernymi ambicjami

[2], które mogą utrudniać kierowanie próśb do innych ludzi, co może wyjaśniać nieco niższe niż w grupie kontrolnej natężenie skłonności do stosowania taktyki błagania.

Badania pokazały, że u badanych pacjentów skłonność do manipulacji koreluje pozytywnie z makiawelizmem. Jednocześnie odnotowano brak różnic w ogólnym natężeniu makiawelizmu u badanych pacjentów neurotycznych i u osób z grupy kontrolnej. Sugerować to może bardziej podłoże chorobowe skłonności do podejmowania manipulacji przez neurotyków niż uwarunkowania związane z makiawelizmem. Badane pacjentki uzyskały wyższy wynik niż kobiety z grupy kontrolnej w natężeniu w skali Poglądy, wskazujący na traktowanie ludzi jako nieuczciwych, naiwnych i leniwych. Może to u neurotycznych kobiet nasilać postawę „od ludzi”, a w konsekwencji – narażać je na brak umiejętności tworzenia bliskich związków i samotność.

Rezultaty pokazują, że podczas terapii pacjenci są skłonni podejmować mniej manipulacji niż w życiu codziennym. Taktyki manipulacji pacjentów podczas terapii są też mniej agresywne niż te stosowane w życiu codziennym. Różnica ta może być związana z samym uczestnictwem w terapii i normami zachowania w relacji pacjent–terapeuta. Może także być pozytywnym następstwem terapii. Uzyskany w efekcie stosowanej terapii wgląd we własne problemy może prowadzić u neurotyków do spadku poziomu lęku, a w konsekwencji – do spadku natężenia podejmowanych wobec innych ludzi taktyk manipulacji. Dokładne ustalenie wpływu terapii na stosowanie taktyk manipulacji pacjentów neurotycznych wymagałoby jednakże dalszych badań.

Różnica w natężeniu manipulacji obserwowanych przez terapeutów i deklarowanych przez pacjentów świadczyć może o różnym pojmowaniu zjawiska manipulacji w terapii przez obie te grupy. Zgodne z obrazem reaktywnych zaburzeń nerwicowych [22] taktyki manipulacji stosowane przez pacjentów neurotycznych zmierzają do wywołania jednorazowej lub stałej uległości u innych osób w życiu codziennym, a podczas terapii – do pożądaných przez pacjentów zmian w zachowaniach i decyzjach terapeutów [23]. Odmiennie, taktyki pacjentów z zaburzeniami osobowości zmierzają do wywołania stałej uległości u osób, wobec których są one podejmowane.

Wyniki wykonanej w badaniu analizy skupień wskazały na istnienie u pacjentów neurotycznych trzech grup taktyk manipulacji: taktyk agresywnych (groźenie, groźenie zerwaniem relacji, samookaleczanie), taktyk kontrolujących (wymuszanie, wywoływanie poczucia winy) oraz taktyk izolujących (obrażanie się, nieodzywanie się). Skupienia te wynikają zarówno z samego charakteru i podobieństwa określonych zachowań, jak i z neurotycznych postaw mających kierunek „od ludzi” lub „przeciwko ludziom”.

Repertuar taktyk manipulacji podejmowanych przez pacjentów obserwowany przez terapeutów jest szeroki. Terapeuci odnotowują, że pacjenci zazwyczaj najpierw wymuszają, następnie grożą, a później grożą zerwaniem relacji terapeutycznej, włącznie z samookaleczaniem. Pokazuje to nie tylko na wielość zachowań manipulacyjnych, ale i na znaczną dynamikę ich stosowania.

Ograniczeniem bieżących badań jest to, że prezentowanych wyników nie można uogólniać na szeroką grupę pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń nerwicowych. Zbadanie repertuaru i natężenia taktyk pacjentów z rozpoznaniem poszczególnych nerwic z grupy F40–F48 pozwoliłoby na dokładne odróżnienie taktyk podejmowanych przez pacjentów z zaburzeniami osobowości od taktyk pacjentów z zaburzeniami oso-

bowości z grupy F60. Kwestię, czy taktyki manipulacji są patognomoniczne dla zaburzeń nerwicowych lub osobowości, pozostawić można do dalszej naukowej dyskusji.

### Wnioski

1. Taktyki manipulacji podejmowane przez pacjentów neurotycznych mają charakter chorobowy.
2. Skłonność do manipulacji koreluje z makiawelizmem.

### Piśmiennictwo

1. Jarosz M, Cwynar S. *Podstawy psychiatrii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1978.
2. Leder S. *Nerwice*. W: Bilikiewicz A. red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007. s. 342–370.
3. Kępiński A. *Psychopatologia nerwic*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1986.
4. Siwiak-Kobayashi M. *Zaburzenia lękowe uogólnione i napadowe*. W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria. T. 3*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011. s. 395–415.
5. Horney K. *The neurotic personality of our time*. London: WW. Norton Co.; 1937.
6. Kernberg OF. *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson Inc.; 1976.
7. Kernberg OF. *A psychoanalytic theory of personality disorders*. W: Clarkin JF, Lenzenweger MF. red. *Major theories of personality disorder*. New York, London: The Guilford Press; 1996. s. 106–140.
8. Mandal E. *Miłość, władza i manipulacja w bliskich związkach*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008.
9. Doliński D. *Psychologia wpływu społecznego*. Wrocław: Towarzystwo Przyjaciół Ossolineum; 2000.
10. Kumaniecki K. *Słownik łacińsko-polski*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1990.
11. Oleś P, Drat-Ruszczak K. *Osobowość*. W: Strelau J, Doliński D. red. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2008. s. 651–764.
12. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *KON-2006 Kwestionariusz Osobowości*. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41(6): 759–778.
13. Horney K. *Our inner conflicts: A constructive theory of neurosis*. London: WW. Norton Co.; 1945.
14. Bakir B, Yilmaz UR, Yavas I. *Relating depressive symptoms to Machiavellianism in a Turkish sample*. *Psychol. Rep.* 1996; 75: 403–422.
15. Mandal E, Kocur D. *Makiawelizm i taktyki manipulacji podejmowane przez pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline w życiu codziennym i podczas terapii*. *Psychiatr. Pol.* 2013; 47(4): 667–678.
16. Pilch I. *Makiawelizm a oceny jakości życia*. W: Bańka A. red. *Psychologia jakości życia*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura; 2005. s. 165–178.

17. Pilch I. *Osobowość makiawelisty i jego relacje z ludźmi*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2008.
18. Pospiszyl K. *Psychopatia*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”; 2000.
19. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Kwestionariusz objawowy S-III*. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45(4): 515–526.
20. Siuta J. *Inwentarz Osobowości NEO PI-R PT Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja Polska. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2009.
21. Mądrzycki T. *Wpływ zaburzeń nerwicowych na spostrzeganie innych ludzi*. *Psychol. Wychow.* 1986; 1: 39–55
22. Aleksandrowicz JW. *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
23. Witkowski T. *Psychomanipulacje*. Taszów: Moderator; 2006.

Adres: Eugenia Mandal  
Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach  
40-126 Katowice, ul. M. Grażyńskiego 53

Otrzymano: 7.10.2014  
Zrecenzowano: 10.11.2014  
Otrzymano po poprawie: 27.02.2015  
Przyjęto do druku: 8.03.2015