

## Porównanie osobowości pacjentów z zaburzeniami lękowymi i somatyzacyjnymi przed leczeniem i po leczeniu psychoterapią

### The comparison of the personality of anxiety disorder patients and somatization disorder patients before and after psychotherapy

Agnieszka Klimowicz

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

#### Summary

**Aims:** The comparison of personalities of somatization disorder patients and anxiety disorder patients before and after intensive, complex, integrative psychotherapy.

**Methods:** The 16 PF of R.B. Catell was used in the study. 200 adults, both sexes, 100 patients in each diagnostic group were studied. Groups were similar in the terms of age, level of education and civil state. Patients performed the test twice, before and after psychotherapy.

**Results:** Before the treatment the groups differed significantly ( $p < 0,05$ ) as to the ego strength and intelligence – these were lower, and tension – higher in the somatization group. Neuroticism, which was increased in comparison with the statistical norm in each diagnostic group, was higher in the somatization disorder group. After the treatment there was no significant difference between groups and the neuroticism decreased to the statistical norm.

**Conclusions:** Results point out the relation between neuroticism and functional disorders.

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

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

#### Wstęp

W ciągu ostatnich stu lat pojawiły się liczne doniesienia kliniczne oraz próby konceptualizacji spostrzeżenia, że pacjenci z tzw. somatyzacjami stanowią grupę odmienną pod względem zachowania, sposobu nawiązywania relacji terapeutycznej, trudniejszą w leczeniu [1, 2, 3] od pacjentów z zaburzeniami neurotycznymi, takimi jak zaburzenia lękowe czy konwersyjne. Problem ten jest poruszany głównie w literaturze psychoanalitycznej, w której somatyzacje wiąże się z zaburzeniem zdolności do

symbolizowania [4, 5, 6]. Niezdolność symbolizowania oznacza, że zamiast przeżycia afektu występuje reakcja somatyczna, która może być dostrzeżona jako napięcie psychiczne, a wiąże się z napięciem somatycznym, które może zostać rozładowane („do środka”) poprzez dolegliwość cielesną, albo („na zewnątrz”) poprzez niekontrolowane działania (acting out) – wybuchy złości itp. W tej samej literaturze podnosi się, że do powstawania objawów nerwicy niezbędna jest zdolność symbolizowania, rozumiana jako zdolność do wytwarzania reprezentacji psychicznej impulsów popędowych. Zgodnie z tym, objawy neurotyczne mają odgrywać rolę zastępczą i być pośrednim wyrazem nieświadomych wyobrażeń, pragnień i konfliktów psychicznych.

Oprócz literatury klinicznej, psychodynamicznej, szczególnie dużo uwag na temat zaburzeń somatyzacyjnych znajduje się w literaturze z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w której pacjenci somatyzujący są opisywani jako bardzo trudni w kontakcie, nieufni, wywołujący frustracje i złość lekarzy [7, 8, 9]. Coraz częściej też opisywane są zakłócenia poznawcze u tych pacjentów [10, 11]. Dane epidemiologiczne z kolei wskazują na to, że 60–70% tych pacjentów ma różne zaburzenia osobowości [12, 13], w porównaniu z 27–58% zaburzeń osobowości stwierdzanych u pacjentów z zaburzeniami lękowymi [13, 14]. Powstają też propozycje rozpatrywania zaburzeń pod postacią somatyczną w kategorii zaburzeń osobowości [15].

W związku z tym wydaje się zasadne poszukiwanie odpowiedzi, czy i jak różni się osobowość pacjentów z zaburzeniami somatyzacyjnymi od osobowości pacjentów z zaburzeniami neurotycznymi.

### **Materiał 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. Rozpoznanie u pacjentów leczonych w latach 1998–99 zostały sformułowane zgodnie z klasyfikacją ICD-10 [16]. 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 lub/i po badaniu EEG).

Wiek badanych mieścił się w przedziale 18–53 lata. Grupy były zbliżone do siebie pod względem średniej wieku (dla pacjentów lękowych wynosiła ona 33 lata, a dla somatyzujących – 35 lat), wykształcenia oraz stanu cywilnego (dokładne dane w tabelach 1, 2, 3).

Tabela 1

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

Wiek	Zaburzenia lękowe	Zaburzenia somatyzacyjne	Wartość statystyczna
<20	6	4	-
21-30	40	29	-
31-40	33	36	-
41-50	20	23	-
>50	1	8	0,02

Tabela 2

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

Wykształcenie	Zaburzenia lękowe	Zaburzenia somatyzacyjne	Wartość statystyczna
Bez podrybawowego	7	6	-
Podrybawowe	12	11	-
Zawodowe	12	9	-
Neukończzone oednie	25	38	0,05
Oednie	33	28	-
Formalne	8	7	-
Uygaze	3	1	-

Tabela 3

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

Stan cywilny	Zaburzenia lękowe	Zaburzenia somatyzacyjne	Wartość statystyczna
Kawalenpenne	31	33	-
Zamężnatoj	61	49	-
U separacji	2	6	-
Rozwiezdeni	3	11	0,05
Odowiafi	3	1	-

W toku psychoterapii uzyskano u większości pacjentów poprawę, nie stwierdzono istotnych różnic między grupami w tym zakresie (ocena na podstawie badań za pomocą kwestionariusza objawowego „O” [17]).

Do badania osobowości zastosowano polską adaptację testu osobowości 16 PF Catella [18]. Wybór testu wynikał zarówno z wszechstronnego obrazu struktury osobowości, jakiego ten test dostarcza, jak i ze stosowania go jako elementu standardowej procedury diagnostycznej [19] w badaniu pacjentów zgłaszających się do ambulatorium Wojewódzkiego Ośrodka Leczenia Nerwic, oraz z wieloletniego klinicznego doświadczenia w stosowaniu tego narzędzia.

Test opisuje w szesnastu skalach czynniki kształtujące osobowość o charakterze dwubiegunowym, określane w stenach. Pozwala na analizę zarówno nasilenia poszczególnych wymiarów [20], jak i profilu osobowości – jakościową (czynniki I i II rzędu) i ilościową (wartości stenów poniżej 4 i powyżej 7 oznaczają różnicę istotną w stosunku do przeciętnej uzyskiwanej w populacji służącej do normalizacji testu [18]). Pomimo że test został opracowany zgodnie z teorią osobowości Catella, może być używany do oceny osobowości bez względu na przyjmowane podejście teoretyczne [20].

W celu redukcji danych kwestionariusza do niezależnych statystycznie i pojęciowo obszarów osobowości, przeprowadzono analizę czynnikową (na macierzach korelacji czynników I rzędu;  $n=200$ ) z wyodrębnieniem głównych składowych (rotacja varimax) (pakiet Statistica) i otrzymano 6 interpretowalnych czynników II rzędu (macierze korelacji, ładunki czynnikowe oraz wartości własne – dostępne u autorki):

Czynnik I – Q4, -C, O, L, -Q3, M (niepokój – integracja)

Czynnik II – E, F, H, A (ekstrawersja – introwersja)

Czynnik III – G, Q3, -M (uspołecznienie – aspołeczność)

Czynnik IV – Q2, -A, Q1 (niezależność – zależność w stosunkach społecznych)

Czynnik V – -N, I (racjonalizm/pragmatyzm – popędliwość/ „romantyczność”)

Czynnik VI – B (inteligencja).

Czynniki I, II, V mają swoje odpowiedniki w wersji amerykańskiej testu Catella, czynnik IV – w wersji amerykańskiej i polskiej, III – w polskiej, natomiast czynnik VI – nie ma swoich odpowiedników [18, 21]. Pierwsze trzy czynniki podobne są do tych wyodrębnionych przez Eysencka (neurotyzm, ekstrawersja, psychotyzm) [22].

Porównanie czynników osobowości w obu grupach oparto na jednoczynnikowej analizie wariancji (pakiet Statistica).

### Wyniki

W odniesieniu do całej grupy ( $n=200$ ) stwierdzono odchylenia od przyjętej statystycznej normy (sten 4–7) w zakresie czynnika C – poniżej 4, a O i Q4 powyżej 7. Pięć czynników było na pograniczu normy statystycznej, tj.: E, F, H, Q3 – sten 4 oraz I – sten 7.

Po przeprowadzeniu analizy wariancji (tab. 4) stwierdzono, że w grupie z zaburzeniami lękowymi (kobiety i mężczyźni łącznie) istotnie wyższe niż w grupie z zaburzeniami somatyzacyjnymi były średnie wyniki uzyskiwane w skali C ( $p<0,05$ ), a niższe – w skali Q4. Na granicy istotności statystycznej ( $p<0,06$ ) była różnica w zakresie podejrzliwości (L). Skale C, L i Q4 stanowią różne aspekty czynnika II rzędu

„niepokój – integracja” (neurotyzm), stąd grupy różniły się w tym zakresie – w grupie z zaburzeniami somatyzacyjnymi niepokój był silniejszy niż w grupie pacjentów lękowych. Czynniki związane z myśleniem logicznym (B) również różnicował obie grupy – okazał się wyższy w grupie z zaburzeniami lękowymi. W zakresie pozostałych czynników I i II rzędu grupy nie różniły się istotnie, przy czym stwierdzono:

- skłonność do introwertyzmu (cz. II: E, F, H, A),
- wyniki pośrednie w obszarze uspołecznienia/aspoleczności (III: G, Q3, -M) oraz niezależności/zależności od grupy (IV: Q2, -A, Q1),
- skłonność do myślenia „romantycznego” i popędliwości (V: -N, I).

Po leczeniu (tab. 5) średnie wyniki stenowe testu Catella nie różniły się

Tabela 4

Porównanie średnich ze skal kwestionariusza Catella przed leczeniem w grupach pacjentów z zaburzeniami somatyzacyjnymi i lękowymi (ANOVA).  
Zaznaczone \* efekty są istotne z  $p < 0,05$ ; df reszt – 198; df grup – 1

Zm	Średnie		p	SIK pom. grupami	OB pom. grupami	SIK reszt	OB reszt	F
	zab. som.	zab. lęk.						
A	5,17	5,23	0,85	0,180	0,18000	955,820	4,827374	0,087287
B	4,46*	5,14*	0,04	23,120*	23,12000*	1024,880*	5,175162*	4,466530*
C	2,40*	2,90*	0,02	12,500*	12,50000*	467,000*	2,358586*	5,299786*
E	4,18	3,84	0,21	5,780	5,78000	716,200	3,617172	1,597934
F	4,05	4,08	0,91	0,045	0,04500	662,110	3,348990	0,013457
G	6,05	6,09	0,86	0,060	0,06000	538,940	2,721979	0,029391
H	4,08	4,17	0,73	0,405	0,40500	659,470	3,330657	0,121598
I	7,07	7,21	0,58	0,980	0,98000	635,100	3,207576	0,305527
L	6,89	6,36	0,06	14,580	14,58000	824,540	4,164348	3,501152
M	6,77	6,60	0,53	1,445	1,44500	703,710	3,554091	0,406574
N	4,55	4,84	0,32	4,205	4,20500	646,190	4,273687	0,963928
O	8,39	8,31	0,69	0,320	0,32000	401,180	2,026162	0,157934
Q1	4,68	4,61	0,81	0,245	0,24500	773,550	3,906818	0,062711
Q2	4,99	5,21	0,45	2,420	2,42000	827,580	4,179697	0,578989
Q3	3,88	3,79	0,73	0,405	0,40500	683,150	3,450253	0,117388
Q4	8,45*	7,96*	0,05	11,045*	11,04500*	556,350*	2,809848*	3,930617*

istotnie statystycznie, przy czym oba profile zbliżyły się do punktu centralnego (5,5 stena) – dotyczyło to wszystkich wymiarów z wyjątkiem A oraz Q1. Obie grupy nie różniły się od siebie w zakresie czynników niepokoju i związanego z myśleniem logicznym, przy czym ten pierwszy przesunął się w kierunku bieguna zrównoważenia (wzrost w wymiarze C, spadek w Q4, O, L, nieznaczny, ale istotny statystycznie spadek w wymiarze M oraz wzrost w wymiarze Q3).

### Omówienie

Tabela 5

Porównanie średnich ze skal kwestionariusza Catella po leczeniu w grupach pacjentów z zaburzeniami somatyzacyjnymi i lękowymi (ANOVA)

Zm	Średnie		p	SIK pom. grupami	CIK pom. grupami	SIK reszt	CIK reszt	F
	zab. som.	zab. lęk.						
A	6,61	7,07	0,14	10,580	10,58000	974,300	4,920707	2,150098
B	5,88	6,11	0,50	2,645	2,64500	1134,350	5,729040	0,951633
C	4,42	4,42	0,35	4,500	4,50000	996,920	5,034949	0,893753
E	5,11	5,04	0,79	0,245	0,24500	711,630	3,594091	0,068167
F	4,72	4,85	0,64	0,845	0,84500	746,910	3,772273	0,224003
G	5,62	5,40	0,36	2,420	2,42000	569,560	2,876566	0,841281
H	5,48	5,41	0,78	0,320	0,32000	827,180	4,177677	0,076898
I	6,59	6,44	0,55	1,125	1,12500	618,830	3,125404	0,359853
L	5,83	5,53	0,33	4,500	4,50000	921,020	4,651616	0,967806
M	6,33	5,99	0,21	5,780	5,78000	727,100	3,672222	1,573979
N	5,64	5,46	0,56	1,620	1,62000	951,880	4,807475	0,336975
O	6,62	6,44	0,57	1,620	1,62000	982,200	4,960606	0,326573
Q1	4,80	4,71	0,74	0,405	0,40500	746,590	3,770657	0,107808
Q2	4,97	4,63	0,21	5,780	5,78000	700,220	3,536465	1,634801
Q3	4,60	4,28	0,22	5,120	5,12000	656,160	3,318939	1,544889
Q4	6,42	6,31	0,73	0,605	0,60500	993,750	5,018939	0,120543

Ogólnie profil grupy (n=200) nie odbiega od profilu neurotyków [23].

Fakt, że cecha niepokoju, tzn. skłonności do reagowania lękiem, poczuciem winy oraz do przeżywania innych negatywnych emocji, okazała się nasiloną w grupie z zaburzeniami lękowymi, nie wydaje się zaskakujący. Powstawanie lęku i jego zaburzenia wiązano z cechą neurotyzmu, ekstrawersją, negatywną afektywnością [24] oraz wymiarem unikania przykrości (wymiar zbliżony do neurotyzmu) z Tridimensional Personality Questionnaire [25]. Podobnie, stwierdzano wielokrotnie, że skargi na dolegliwości somatyzacyjne wiążą się z wysokim poziomem neurotyzmu [26, 27, 28]. Istnieją doniesienia wiążące neurotyzm oraz negatywną afektywność ze skargami na objawy somatyzacyjne u osób zdrowych [8, 29, 30, 31]. Russo i wsp. [32] wykazali, że pacjenci, u których stwierdza się wysoki poziom unikania przykrości, w TPQ osiągają wysokie wyniki w zakresie nasilenia objawów somatycznych. Natomiast badania porównujące osobowości w obu grupach zaburzeń wykonywane są rzadko. Stwierdzono na przykład w jednym badaniu, że funkcjonowanie osobowości pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi jest predykalne, a z zaburzeniami psychoneurotycznymi – na poziomie edypalnym [33].

Z badania wynika, że choć obie grupy można nazwać neurotycznymi, i uderzające jest podobieństwo ich osobowości, to jednak grupa z zaburzeniami somatyzacyjnymi

jest bardziej neurotyczna i jednocześnie mniej „logiczna” w myśleniu od grupy z zaburzeniami lękowymi, a ponieważ oba te czynniki nie są skorelowane, to można by się zastanawiać, czy nie istnieje jakaś inna zmienna (niekoniecznie psychologiczna) wiążąca obie dane, której badanie za pomocą 16PF nie wykazuje. Wiadomo, że choć intencją Catella było objęcie jak największej „powierzchni” osobowości, to zamiar taki nie został zrealizowany.

Wyniki powyższe zdają się potwierdzać intuicje mające swój początek jeszcze w stwierdzeniu Stekela, a mianowicie, że somatyzacje są związane z „głębokimi” nerwicami [7]. Inną kwestią pozostaje odpowiedź na pytanie, w jaki sposób dochodzi do tego „głębiej” w przypadku somatyzacji. Odpowiedź wykracza poza ramy tego badania. Można jednak tu przywołać koncepcję desomatyzacji afektu Schura [5], która współcześnie została wzbogacona rozumieniem poznawczym [34] oraz związanym z relacją z obiektem [6]. Zgodnie z tą linią teoretyczną, w rozwoju osobowości doświadczanie lęku (i innych afektów) ewoluuje od niezróżnicowanego, uogólnionego przeżycia cielesnego do lęku sygnałowego. Istnieją jednak sytuacje, w których dochodzi do regresji tych procesów. Jeśli zostanie przekroczony próg zdolności przystosowania emocjonalnego, to mogą pojawić się objawy somatyczne – jest to resomatyzacja, w przebiegu której jaźń traci zdolność do procesów wtórnych, a lęk przyjmuje rozlaną formę bez możliwości opracowania poznawczego (lęk niekontrolowany) (regresja dotyczy więc sfery emocjonalno-poznawczej). Koncepcja ta wywodzi m.in. zaburzenia psychosomatyczne z różnego stopnia niewykształcenia ego, co ma wiązać się z przeszłymi traumatycznymi wydarzeniami (które spowodowały w danym wrażliwym miejscu niejako „niedorozwój” poznawczo-emocjonalny, mogący przybierać „morfologię” aleksytymii [6]). Takie ego byłoby więc „słabsze” od ego neurotyka. Niemniej, w przeglądzie badań porównujących grupy pacjentów zaliczanych do „somatizer” z grupami „psychologiser” nie stwierdzono różnic w zakresie danych psychospołecznych, jak również przeszłych chorób somatycznych czy psychicznych [35]. Tak więc kwestia przyczyn „słabości” ego u pacjentów somatyzujących pozostaje niewyjaśniona.

Niskie wyniki uzyskiwane przez obie grupy w zakresie logicznego myślenia można powiązać ze stwierdzanym jednocześnie wysokim napięciem (Q4) lub ogólniej – nasilonym niepokojem, który może wpływać na funkcje poznawcze poprzez np. zaburzenia uwagi. Jednak, mimo intuicji klinicznej, że niepokój może mieć wpływ na obniżenie sprawności poznawczej – czynnik B nie wykazuje statystycznej korelacji z żadnym z czynników, które mogłyby wpływać na tę sprawność (składowe cz. I). Podobne wyniki uzyskali Brown i wsp. (1992 r.) w badaniu związku osobowości z nastrojem i stanami lęku w grupie pacjentów, a mianowicie – w badaniu tym pytania ze skali B z 16PF nie były skorelowane z miarami nastroju, stanów lęku czy osobowościowymi mierzonymi za pomocą TPQ [25]. Być może obniżenie sprawności myślenia odgrywa rolę obronną.

Badane grupy wykazywały znaczne podobieństwo profili osobowości. Obserwowane tendencje introwertyczne wiązano zarówno teoretycznie (Eysenck) [36], jak i empirycznie [37] z powstawaniem lęku, chociaż wyniki badań na tym polu nie były tak jednoznaczne, jak w przypadku powiązań neurotyzmu z lękiem. Gershuny i Sher

w badaniu prospektywnym populacji studentów [36] stwierdzili, że dopiero interakcja neurotyzmu z niską ekstrawersją stanowi czynnik etiologicznie ważny w rozwoju lęku oraz depresji. Według Eysencka poziom neurotyzmu stanowi o predyspozycji do reaktywności emocjonalnej (im wyższy neurotyzm, tym szybsze i częstsze doświadczanie negatywnych emocji), a wymiar ekstrawersji/introwersji stanowi o szybkości warunkowania (introwersja = szybsze warunkowanie). Nawet, jeżeli osoba ma znacznie nasiloną cechę neurotyzmu, ale również jest ekstrawertywna, będzie równie podatna na sygnały nagrody, co może równoważyć lub maskować lęk. Podobnie będzie w przypadku osoby introwertywnej, o niskim neurotyzmie, ponieważ osoba taka z kolei będzie mniej skłonna do reagowania negatywnymi uczuciami, takimi jak lęk [38]. W aktualnym badaniu skłonność tę w równym stopniu wykazuje grupa pacjentów somatyzujących, co lękowych, co można by tłumaczyć pewną ogólną predyspozycją, wynikającą z tej cechy, do powstania objawów, natomiast nie miałyby to w ogóle znaczenia dla ich jakości. Być może również, że introwertyzm (wraz z neurotyzmem lub niezależnie od niego, czego obecne badanie nie rozstrzyga) predysponuje do lęku, ale o skargach na inne objawy decydują jeszcze inne czynniki, takie jak np. wykazywany przez niektórych autorów styl atrybucyjny – związany z przypisywaniem postrzeganych objawów somatycznych chorobie ciała, czynnikiem środowiskowym, a nie problemom psychologicznym [35].

Czynniki związane zarówno z uspołecznieniem, jak i stopniem zależności/niezależności od grupy wykazują wyniki pośrednie. O ile wyniki badania mogą być interpretowane jako zgodne z pojawiającymi się doniesieniami, w których wiąże się zaburzenia lękowe z zaburzeniami osobowości typu unikającego [37, 39] – poprzez wskazanie na wysoki poziom neurotyzmu, o tyle nie wskazują one na zaburzenia osobowości typu zależnego [37]. Jak się wydaje, tendencje zależnościowe powinny mieć swoje odzwierciedlenie w nasileniu czynnika II rzędu, związanego z zależnością (cz. IV), czy którejkolwiek jego składowej (Q2, Q1, A), tymczasem składowe te na początku badania w obu grupach zaburzeń mieszczą się najbliżej wartości centralnych (5,5 stena), jak również (jak się wydaje – w konsekwencji) ulegają najmniejszym zmianom w badaniu przeprowadzonym po psychoterapii. Oczywiście istnieje taka możliwość, że obie grupy w obliczu własnej nadmiernej zależności (na marginesie – często obserwowanej w praktyce klinicznej) radzą sobie poprzez zaprzeczanie lub wyparcie, co wobec tego nie pojawi się w wyniku badania za pomocą testu samoopisowego. Możliwe jest również, że postrzegana nieraz klinicznie zależność [40] ujęta jest w aktualnym badaniu raczej w tendencjach introwersyjnych badanej grupy (tzn. w niskiej ekspansywności, zahamowaniu oraz tendencji do uległości). Wydaje się, że chociaż obecne badanie nie rozstrzyga tej kwestii, zasadne byłoby w przyszłości przeprowadzenie badania z kwestionariuszami samoopisowymi oraz wywiadem, który umożliwiłaby intersubiektywną ocenę danych samoopisowych.

Obie grupy wykazują tendencję do tzw. myślenia humanistycznego (N) oraz do „popędliwości” (I). Możliwe wytłumaczenie tego faktu leży w tym, że doświadczanie objawów zaburzeń emocjonalnych predysponuje do swoistej ucieczki od pragmatycznego, zdroworozsądkowego myślenia w świat fantazji, w celu niekonfrontowania



się z bolesnymi uczuciami (bez względu na to, czy miałyby one wiązać się z lękiem, fobią, napięciem czy bólem krzyża). Takie sposoby nieświadomego, neurotycznego radzenia sobie z konfliktem wiąże się zazwyczaj z pojęciem histeryczności. Z badania wynikałoby, że są to mechanizmy niespecyficzne.

Podobieństwo profili oraz ich mieszczenie się w zakresie statystycznej normy (4–7 sten) po leczeniu świadczy o zwiększeniu się elastyczności i dostosowania zachowania do różnorodności sytuacji. Warto zauważyć, że wraz z poprawą objawową po leczeniu doszło do ustąpienia nadmiernego niepokoju. Z jednej strony świadczy to o korygującym wpływie psychoterapii na zakłócenia osobowości, z drugiej – można zastanawiać się, w jakim stopniu jest to tzw. efekt stanu, tzn. czy sama obecność objawów lub ich ustąpienie ma wpływ na funkcjonowanie osobowości (jest to jeden z aspektów trudności modelu przyczynowo-skutkowego) [41].

Podsumowując, otrzymane tu wyniki przemawiają za hipotezą istnienia osobowości o tendencjach neurotycznych u pacjentów z zaburzeniami lękowymi i somatyzacyjnymi. Wyniki te wskazują również na potrzebę głębszej analizy tych obszarów osobowości, które wiążą się z funkcjonowaniem poznawczym.

#### Ograniczenia badania:

- możliwości badawcze 16PF: test nie obejmuje pewnych aspektów osobowości (np. cechy aleksytymii, stylów poznawczych), jak również nie wykazuje niektórych patologii (np. możliwe jest, że osoby z osobowością narcystyczną wypełnią test tak, jak zdrowe);
- szczególny dobór pacjentów ze specjalistycznego ośrodka;
- wątpliwości może też budzić sama grupa pacjentów somatyzujących, którzy już z definicji zaburzenia zazwyczaj niechętni są jakiegokolwiek eksploracji psychologicznej, dlatego zazwyczaj odrzucają możliwość konsultacji psychiatrycznej, nie mówiąc już o psychoterapii – stąd grupa badana rekrutuje się prawdopodobnie z pewnej szczególnej podgrupy tych pacjentów. W przyszłości należałoby przeprowadzić badania u pacjentów somatyzujących leczonych przez lekarzy rodzinnych, internistycznych czy ogólnych.

### Nářáílíel ē=íññē d'řöčlíná n óiáćéíúēē ē nēřñččđóťúčēē nēēd'níēřēē d'đlá ē d'ínēl ēl=líē' d'nčóñlđřđ'ēē

#### Náľđćříel

**Čřáříel čññēľáříē:** Nářáílíel ēē=íññē nēřñčččđóúčō d'řöčlíná ē řóář=ľíúúó óiáē ēē d'đlá ē d'ínēl číñlíēčáñē ēēđ'ēľēñíē d'nčóñlđřđ'ēē ā číñľáđřēúíē d'řáóřáľ.

**Ěíñáú:** Čñđ'řēúćáří nľññ 16 PF R.Ā. Ěřñľēēř, d'đē d'řēíúē ēíñđřáľ čññēľáříí 200 āčđíñēúó d'řöčlíná řáľáľ d'řēř, đř 100 =ľēřáľē ā đđóđ'đ'ľ n óiáćéíúēē řřđóřlíē ēē ē 100 =ľēřáľē n nēřñččđóťúčēē íñēēíľíē ēē. Íáľ āđóđ'đ'ú áúēē đ'řáľáľú n nř=ēē čđlíē' āřčđřñňř, řáđřćáříē ē řáúľñňáľíúňá đ'řēřéľíē'. Đřöčlínú čřđ'řēí ēē nľññ āāř đřēř d'đlá ē d'ínēl d'nčóñlđřđ'ēē.

**Đľčóēúñřú:** Đđlá ēl=líēlē āđóđ'đ'ú nñřñčññē=ľñēē āññňáľđíúē řáđřćē íñēē=řēčñú ēľčáó nñáē (d<0,05) ā řáēřñē nēēú YĀĬ ē číñľēēčáľíōēē – íēčřčó, ř ířđ'đ' člíē' d'řñđľáñññē ē āēl=líēē – āúñřľáľ ó nēřñččđóťúčō d'řöčlíná. Íľáđñčēē, đ'řáúřľíúē ā nđřáílíel n íđēřē nñřñčññē=ľñēčō āřííúó ā řáľčō āčřáľíññē=ľñēčō āđóđ'đ'řó, áúē áíēľ nēēúíúē ó nēřñččđóťúčō d'řöčlíná. Đíñēl ēl=líē' íľ řáľřđóčľíľ nóúľñňáľíúúó đřēēē=ēē ēľčáó āđóđ'đ'řēē, ř íľáđñčēē d'đľáāćíōēē ā ířđ'đ'řáēľíēē đřáľáľñē'.

Áúâîäü: Ðíçöëüññü d'ďřáláíüüö čññěláîâřícě oęřçúârñ íř nâ`çë íládñčçěřń ôóíęđöçířëüüěč ířđóříć ěč.

## Vergleich der Persönlichkeit der Patienten mit Angst- und Somatisierungsstörungen vor und nach der Behandlung mit Psychotherapie

### Zusammenfassung

**Ziel der Forschung:** Vergleich der Persönlichkeit der Patienten mit Angst- und Somatisierungsstörungen vor und nach der intensiven, komplexen Psychotherapie.

**Methoden:** Es wurde der Test 16 PF von R.B. Catella angewandt, mit dem 200 erwachsene Personen beider Geschlechter untersucht wurden, je 100 Personen mit Angststörungen und Somatisierungsstörungen. Die Personen aus den beiden Gruppen waren im ähnlichen Alter, mit ähnlicher Ausbildung und ähnlichem Familienstand. Die Patienten erfüllten den Test zweimal, vor und nach der Psychotherapie.

**Ergebnisse:** Vor der Behandlung unterschieden sich die Gruppen statistisch ( $p < 0,05$ ) im Bereich: Ego-Kraft, Intelligenz - weniger, Bedürfnisse und Antrieb - mehr bei den somatisierenden Patienten. Neurotizismus, erhöht im Vergleich mit der statistischen Norm in beiden diagnostischen Gruppen, war bei den somatisierenden Patienten mehr intensiviert. Nach der Behandlung wurden keine wichtigen Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt. Der Neurotizismus hat nachgelassen.

**Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse zeigen auf die Verbindungen zwischen dem Neurotizismus und den Funktionsstörungen.

## La comparaison des personnalités des patients souffrant des troubles anxieux et somatiques avant et après la psychothérapie

### Résumé

**Objectif:** Comparaison des personnalités des patients souffrant des troubles anxieux et somatiques avant et après la psychothérapie – intensive, complexe, integrale.

**Méthodes:** Teste 16 PF de Catell – on examine 200 malades adultes, hommes et femmes, de même âge, éducation, état civil, dont 100 souffrant des troubles anxieux et 100 souffrant des troubles somatiques – ils sont examinés deux fois – avant et après la psychothérapie.

**Résultats:** Avant la thérapie ceux deux groupes différencient d'une façon importante statistiquement ( $p < 0,05$ : de la force d'ego et d'intelligence – plus basses, d'intensité de besoins et d'impulsions – plus élevés chez les patients souffrant des troubles somatiques. Le niveau de névrose, plus élevé dans le deux groupes, est le plus élevé dans le groupe souffrant des troubles somatiques. Après la psychothérapie on ne voit pas de grandes différences dans ces deux groupes, le niveau de névrose atteint la norme statistique.

**Conclusion:** Ces résultats indiquent les corrélations de la névrose et des troubles somatiques fonctionnels.

### Piśmiennictwo

1. Horney K. *The paucity of inner experience*. Am. J. Psychoanal. 1952; 12: 39–42.
2. Marty P, de M'uzan M. *Operative thinking (pensee opératoire)*. Psyche 1978; 32 (10): 974–984.
3. Sifneos PE. *The prevalence of „alexithymic” characteristics in psychosomatic patients*. Psychother. Psychosom. 1973; 22: 255–262.

4. Alexander F. *Psychosomatic medicine*. New York: Norton; 1950.
5. Schur M. *Comments on the metapsychology of somatization*. Psychoanal. Study Child 1955; 10: 110–164.
6. Krystal H. *Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma*. Psychoanal. Inq. 1997; 17: 126–150.
7. Lipowski ZJ. *Somatization: the concept and its clinical application*. Am. J. Psychiatry 1988; 145: 1358–1368.
8. Mayou R. *Somatization*. Psychother. Psychosom. 1993; 59: 69–83.
9. Katon WJ, Walker EA. *Medically unexplained symptoms in primary care*. J. Clin. Psychiatry 1998; 59, supl. 20: 15–21.
10. Niemi PM, Portin R, Aalto S, Hakala M, Karlsson H. *Cognitive functioning in severe somatization – a pilot study*. Neuropsychiatry Neuropsychol. Behav. Neurol. 2002; 15(1): 56–65.
11. Robbins JM, Kirmayer LJ. *Cognitive and social factors in somatization*. W: Kirmayer LJ, Robbins JM, red. *Current concepts of somatization. Research and clinical perspectives*. American Psychiatric Press; 1991.
12. 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.
13. Stern J, Murphy M, Bass C. *Personality disorders in patients with somatization disorder. A controlled study*. Brit. J. Psychiatry 1993; 163: 785–789.
14. Klass TE, DiNardo PA, Barlow DH. *DSM-III-R personality diagnoses in anxiety disorder patients*. Compr. Psychiatry 1989; 30, 3: 251–258.
15. Bass C, Murphy M. *Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways*. J. Psychosom. Res. 1995; 39, 4: 403–427.
16. *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.
17. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i w badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(6): 667–676.
18. Nowakowska M. *Polska adaptacja 16-czynnikowego kwestionariusza osobowościowego R.B. Catella*. Psychol. Wychowaw. 1970; 13: 478–500.
19. Aleksandrowicz JW, Pawelec B, Sikora D. *Model oceny efektów terapii nerwic – wskaźniki i kryteria zmian*. Psychoter. 1989; 1(68): 53–62.
20. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. *Zastosowanie testu 16 PF Catella w ocenie leczenia nerwic*. Psychoter. 1985; 1(52): 47–60.
21. 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.
22. Sanocki W. *Kwestionariusze osobowości w psychologii*. Warszawa: PWN; 1986.
23. Cattell RB. *Personality and motivation. Structure and measurement*. Yonkers-on-Hudson, New York: World Book Comp.; 1957.
24. Gershuny BS, Sher KJ. *The relation between personality and anxiety: findings from a 3-year prospective study*. J. Abnorm. Psychol. 1998; 107(2): 252–262.
25. Brown SL, Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. *The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach*. J. Psychiatr. Res. 1992; 26/3: 197–211.
26. Costa PT, McCrae RR. *Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people*. J. Pers. Soc. Psychol. 1980, 38: 668–678.
27. Costa PT, McCrae RR. *Hypochondriasis, neuroticism and aging*. Am. Psychol 1985; 40:

- 19–28.
28. Costa PT, McCrae RR. *Neuroticism, somatic complaints and disease: Is the bark worse than the bite?* J. Pers. 1987; 55: 299–316.
  29. Brown KW, Moskowitz DS. *Does unhappiness make you sick? The role of affect and neuroticism in the experience of common physical symptoms.* J. Pers. Soc. Psychol. 1997; 72(4): 907–917.
  30. Neitzert CS, Davis C, Kennedy SH. *Personality factors related to the prevalence of somatic symptoms and medical complaints in a healthy student population.* Brit. J. Med. Psychol. 1997; 70 (Pt 1): 93–101.
  31. Watten RG, Vassend O, Myhrer T, Syversen JL. *Personality factors and somatic symptoms.* Eur. J. Pers. 1997, 11: 1, 57–68.
  32. Russo J, Katon W, Sullivan M, Clark M, Buchwald D. *Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality.* Psychosom. 1994; 35: 546–556.
  33. Larsen F, Mogstad TE. *Neurosis and psychosomatic disorders: Aspects of differentiation.* Proc. 11<sup>th</sup> Eur. Conf. Psychosom. Res. Heidelberg 1976. Psychother. Psychosom. 1977; 28: 121–126.
  34. Lane RD, Schwartz GE. *Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology.* Am. J. Psychiatry 1987; 144: 133–143.
  35. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C. *A review of the differences between somatizing and psychologizing patients in primary care.* Int. J. Psychiatry Med. 1999; 29(3): 337–345.
  36. Gershuny BS, Sher KJ. *The relation between personality and anxiety: findings from a 3-year prospective study.* J. Abnorm. Psychol. 1998; 107(2): 252–262.
  37. Mavissakalian M, Hamann MS. *Correlates of DSM-III personality disorders and agoraphobia.* Compr. Psychiatry 1988; 9: 536–544.
  38. Hall CS, Lindzey G. *Teorie osobowości.* Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 1994.
  39. Tyrer P, Casey P, Gall J. *Relationship between neurosis and personality disorder.* Brit. J. Psychiatry 1983; 142: 404–408.
  40. Nuss P. *L'anxieux est-il dependant?* Encephal. 1998; 24(3): 260–266.
  41. Bronish T, Klerman GL. *Personality functioning: Change and stability in relationship to symptoms and psychopathology.* J. Pers. Disord. 1991; 5(4): 307–317.

Otrzymano: 7.08.2002

Zrecenzowano: 4.11.2002

Przyjęto do druku: 14.01.2003

Adres: Katedra Psychoterapii CM UJ  
31-139 Kraków, ul. Lenartowicza 14