

Styl radzenia sobie z zaburzeniami nerwicowymi – uwarunkowania i podatność na zmiany pod wpływem psychoterapii

*Coping with neurotic disorders
– determinants and susceptibility to change in psychotherapy*

HALINA DAKOWSKA

Z Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Oceniano styl radzenia sobie, jego osobowościowe uwarunkowania i związek z nasileniem i poprawą objawów u 144 chorych na nerwice leczonych w Klinice Nerwic.*

SUMMARY. *Coping styles, their personality determinants and relation to symptom severity and symptom relief were analyzed in 144 neurotic patients treated at the Department of Neuroses of the Institute of Psychiatry and Neurology.*

Słowa kluczowe: styl radzenia sobie / osobowość / zaburzenia nerwicowe / psychoterapia
Key words: coping style / personality / neurotic disorders / psychotherapy

W badaniach nad stresem i radzeniem sobie z nim, tak istotnych dla nauk psychologicznych i medycznych [4, 5, 9, 10, 11], stosunkowo mało miejsca poświęca się zaburzeniom nerwicowym. A właśnie w zaburzeniach nerwicowych, niekorzystne sposoby radzenia sobie z sytuacją trudną, mają istotny wpływ na ich powstawanie, przebieg i skuteczność leczenia [3].

Styl radzenia sobie pacjenta powiązany z cechami osobowości, ma również wpływ na jego motywację do psychoterapii, a co za tym idzie ma wpływ na jej skuteczność.

Podstawę teoretyczną niniejszej pracy stanowi koncepcja radzenia sobie ze stresem Lazarusa i Folkman [7, 8] i jej modyfikacja dokonana przez Wrześniewskiego, wprowadzająca rozróżnienie stylu, strategii i procesu radzenia sobie [11].

Styl radzenia sobie traktowany jest jako trwała dyspozycja osobowościowa do zmagania się z sytuacjami trudnymi. *Strategie* – to konkretne poznawcze i behawioralne

wysiłki, jakie jednostka podejmuje w sytuacji stresu, zaś proces radzenia sobie, to ciąg zmieniających się w czasie strategii, związanych ze zmianami sytuacji i stanu psychofizycznego jednostki [11].

Większość koncepcji teoretycznych wyjaśniających etiologię zaburzeń nerwicowych, podkreśla ich związek z różnymi aspektami osobowości [1, 2]. Przyczyn zaburzeń nerwicowych upatruje się w wyuczeniu niewłaściwych umiejętności życiowych (Dollard, Miller), obronie przed lękiem (Freud), zablokowaniu możliwości własnego rozwoju (Maslow, Rogers), czy patologicznych relacjach interpersonalnych [2].

Stosowany w Klinice Nerwic IPiN system terapeutyczny, oparty na koncepcjach behawioralno-poznawczych, szczególnie zaś na uczeniu społecznym, integruje różne metody psychoterapeutyczne. Pozwala więc na zmianę dezadaptacyjnych postaw, wyuczenie nowych, bardziej skutecznych strategii radzenia sobie, osiągnięcie większego wglądu zarówno

w sposób funkcjonowania i przeżywania pacjentów, a także w czynniki powodujące ich dekompensację. Tak pojęta psychoterapia pozwala na zapoczątkowanie zmian w przebudowywaniu koncepcji siebie, a co za tym idzie skuteczniejszej samorealizacji [3].

CEL

Celem pracy jest: (1) określenie stylu radzenia sobie pacjentów nerwicowych i jego powiązań z cechami osobowości i obrazem klinicznym zaburzeń nerwicowych, na początku leczenia, (2) ocena skuteczności psychoterapii w aspekcie poprawy objawowej oraz bardziej skutecznych sposobów radzenia sobie, pod koniec pobytu w Klinice.

BADANI PACJENCI

Grupę badaną stanowi 144 pacjentów (2/3 kobiet, 1/3 mężczyzn) z zaburzeniami nerwicowymi, w wieku 20–50 lat, leczonych w Klinice Nerwic, w trakcie 10-tygodniowej psychoterapii kompleksowej (grupowej i indywidualnej). Badania przeprowadzone były na początku i pod koniec leczenia. Badaniem objęto wszystkich pacjentów leczonych w Klinice na przeomie 1993/94 roku. Kategorie diagnostyczne oceniano wg ICD-10. Wśród badanych największą grupę stanowiły nerwice lękowe (40%). Ponadto rozpozna-

wano: zaburzenia osobowości (20%), nerwicę depresyjną (10%), nerwicę histeryczną (10%), natręctwa (5%), anoreksję (5%), neurastenię (4%) i inne zaburzenia (psychozy i zaburzenia inne niż psychiczne – 6%).

METODY

Wykorzystano: (1) do oceny nasilenia objawów nerwicowych: „Listę objawów” (HSCL-90, *Hopkins Syndrom Check List*), (2) do oceny sposobów radzenia sobie: „Inwentarz reakcji radzenia sobie” (CRI, *Coping Response Inventory*) – R.B. Moosa, (3) do oceny osobowości: „Listę przymiotników” (ACL) Gougha i Heilbruna w wersji 37-skalowej.

HSCL-90. W badaniach zastosowano 7 z 9 czynników skali: somatyzację, depresję z niepokojem, depresja z zahamowaniem, natręctwa, agresja-wrogość, lęk fobiczny, nadwrażliwość interpersonalna. Badani wypełniali czterostopniowe skale dla każdego z 72 punktów kwestionariusza trzykrotnie: na początku leczenia, pod koniec leczenia i po roku.

CRI. W badaniach zastosowano główną część kwestionariusza, określającą typ i nasilenie reakcji radzenia sobie. Inwentarz bada 2 grupy reakcji: reakcje konfrontujące, nastawione na rozwiązanie problemu oraz reakcje unikowe. Jednocześnie opisuje 2 typy aktywności: poznawczą i behawioralną. Obejmuje 8 skal:

Konfrontujące poznawcze:	analiza logiczna pozytywne przewartościowanie
Konfrontujące behawioralne:	poszukiwanie pokierowania i wsparcia rozwiązywanie problemów
Unikowe poznawcze:	unikanie poznawcze akceptacja/rezygnacja
Unikowe behawioralne:	poszukiwanie zastępczych wzmocnień, wyładowanie emocjonalne.

Każda ze skal zawiera 6 punktów ocenianych na czterostopniowej skali. Pacjenci wypełniali kwestionariusz na początku leczenia.

ACL jest powszechnie znaną metodą oceny osobowości. Pacjenci wypełniali kwestionariusz w wersji „Jaki jestem” na początku leczenia. Analizowano następujące skale:

*dotyczące sposobu wypełniania testu
(Modus operandi scales):*

1. liczba zaznaczonych przymiotników (NCV)
2. liczba przymiotników pozytywnych (FAV)
3. Liczba przymiotników negatywnych (UFV)
4. skala typowości (COM)

dotyczące potrzeb:

5. osiągnięć (ACH)
6. dominacji (DOM)
7. wytrwałości (END)
8. porządku (ORD)
9. rozumienia siebie i innych (INT)
10. opiekania się (NUR)
11. afiliacji (AFF)
12. kontaktów heteroseksualnych (HET)
13. ekshibicjonizmu (EXH)
14. autonomii (AUT)
15. agresji (AGG)
16. zmian (CHA)
17. wsparcia ze strony innych (SUC)
18. samoponiżenia (ABA)
19. podporządkowania (DEF)

tematyczne:

20. gotowości do terapii (CRS)
21. samokontroli (SCN)
22. zaufania do siebie (SCF)
23. przystosowania osobistego (PAD)
24. zgodności między ja idealnym a realnym (ISS)
25. kreatywności (CPS)
26. przywództwa (MLS)
27. męskości (MAS)
28. kobiecości (FEM)

analizy transakcyjnej:

29. krytyczny rodzic (CP)
30. opiekuńczy rodzic (NP)
31. dorosły (A)
32. wolne dziecko (FC)
33. podporządkowane dziecko (AC)

oryginalności-inteligencji:

34. wysoka oryginalność / niska inteligencja (A-1)

35. wysoka oryginalność / wysoka inteligencja (A-2)
 36. niska oryginalność / niska inteligencja (A-3)
 37. niska oryginalność / wysoka inteligencja (A-4)
-

Pacjenci poddawani byli 10-tygodniowej psychoterapii kompleksowej, integrującej różne formy i metody terapeutyczne. Stosowany w Klinice Nerwic system terapeutyczny oparty na uczeniu społecznym, kładzie nacisk głównie na aktywność pacjenta, pozwala na przetrenowanie nowych postaw i ról społecznych, odreagowanie emocji oraz i uzyskanie wglądu i kontroli nad nimi

WYNIKI

Początek leczenia

U progu leczenia w grupie pacjentów występuje znaczne nasilenie wszystkich objawów nerwicowych mierzonych skalą HSCL-90, szczególnie zaś objawów z kręgu depresyjnego (depresji z zahamowaniem, depresji z niepokojem, somatyzacji, natręctw i agresji/wrogości). Objawy te korelują wysoko z unikowymi strategiami radzenia sobie, szczególnie „akceptacją/rezygnacją” oraz brakiem stosowania konfrontujących strategii, głównie „rozwiązywania problemów”. Nasilenie natręctw wiąże się też z brakiem stosowania strategii „poszukiwania zastępczych wzmocnień” (tabl. 1).

Styl radzenia sobie określają wtedy zarówno strategie konfrontujące, nie wiążące się jednak z bezpośrednim działaniem w kierunku opanowania sytuacji trudnej: „poszukiwanie pokierowania i wsparcia” i „analiza logiczna”, jak i strategie unikowe, wśród których dominują „poszukiwanie zastępczych wzmocnień” i „akceptacja/rezygnacja”.

W ocenie osobowości na początku leczenia pacjenci nerwiczowi opisują siebie w kategoriach negatywnych, samoponiżających, uważają się za osoby zależne, słabo przystosowane i źle funkcjonujące społecznie.

Tablica 1. Korelacje pomiędzy wynikami HSCL-90 i kwestionariuszem Moosa, na początku leczenia

Objawy (HSCL)	Skale radzenia sobie	
	korelacje dodatnie	korelacje ujemne
Depresja z niepokojem	Akceptacja/rezygnacja $p < 0,002$	
Depresja z zahamowaniem	Akceptacja/rezygnacja $p < 0,004$	Rozwiązywanie problemów $p < 0,002$
Natręctwa	Akceptacja/rezygnacja $p < 0,01$	Rozwiązywanie problemów $p < 0,000$ Poszukiwanie zastępczych wzmocnień $p < 0,001$

p – poziom istotności

Tablica 2. Istotne statystycznie korelacje między nasileniem objawów i cechami osobowości, na początku leczenia

Objawy (HSCL)	Cechy osobowości (ACL)	
	korelacje dodatnie	korelacje ujemne
Wszystkie czynniki	UNF, ABA, SUC, AC $p < 0,000 - 0,02$	FAV, ACH, DOM, END, ORD, SCF, ISS, PAD, MLS, A $p < 0,002 - 0,01$
D-Z, D-N, natręctwa nadwrażliwość interpersonalna.	CRS $p < 0,003 - 0,008$	

D-Z: depresja z zahamowaniem, D-N: depresja z niepokojem, inne skróty objaśniono w tekście

p – poziom istotności

Dominującą cechą jest nierealistyczna ocena siebie, niezgodność między realnym i idealnym obrazem siebie, unikanie przywództwa. Silnie zaznaczona jest potrzeba samoponiżenia, doznawania opieki, a także gotowość do terapii. Ocena ta koreluje z nasileniem objawów (tabl. 2) i stosowaniem unikających strategii radzenia sobie (tabl. 3).

Na początku leczenia zaobserwowano istotne statystycznie dodatnie korelacje między konfrontującymi strategiami radzenia sobie, takimi jak „pozytywne przewartościowanie” a cechami osobowości wiążącymi się z pozytywną samooceną, potrzebą bliższych związków z ludźmi, zgodnością ja realnego i idealnego. A także strategii „rozwiązywanie problemów z cechami osobowości wiążącymi się z lepszym funkcyjono-

wanie społecznym, pewnością siebie, wytrwałością i uporządkowaniem (korelacja dodatnia). Strategia ta ujemnie koreluje z niedojrzałymi postawami. Korelacje opisane powyżej obrazuje tabl. 3.

Unikowe strategie radzenia sobie: „akceptacja/rezygnacja” i „wyładowanie emocjonalne” (co pokazuje tablica 3), korelują ujemnie z „pozytywnymi” cechami osobowości – potrzebą osiągnąć, wytrwałości, dominacji i przywództwa, uporządkowania, związków z ludźmi, a także postawami opisywanymi przez analizę tranzakcyjną jako „dorosłe”. Dodatnie korelacje strategii unikowych dotyczą poczucia niższości, niedojrzałości i gotowości do terapii, zaś w przypadku „wyładowania emocjonalnego” – większej potrzeby agresywności i zachowań niedojrzałych.

Tablica 3. Korelacje konfrontujących i unikowych strategii radzenia sobie z cechami osobowości, na początku leczenia

Skale radzenia sobie	Cechy osobowości (ACL)	
	korelacje dodatnie	korelacje ujemne
Strategie konfrontujące		
Pozytywne przewartościowanie	FAV, INT, AFF, HET, ISS, MAS p < 0,005 – 0,009	
Rozwiązywanie problemów	ACH, END, ORD, SCF, PAD, ISS, CPS, MAS, A p < 0,001 – 0,009	AC p < 0,002
Strategie unikowe		
Akceptacja/rezygnacja	UFV, ABA, CRS, AC p < 0,000 – 0,005	FAV, ACH, DOM, END, A, ORD, AFF, HET, MLS, NP p < 0,000 0,008
Poszukiwanie zastępczych wzmocnień	INT, AFF, HET, FC, SCF, PAD, ISS, CPS, MAS, NP, A, FAV, COM, ACH, END p < 0,000 – 0,008	
Wyładowanie emocjonalne	AGG, AC p < 0,001	FAV, COM, ACH, END, ORD, NUR, AFF, PAD, NP, MLS, A p < 0,000 – 0,008

skrótly objaśniono w tekście; p – poziom istotności

Koniec leczenia

W 10 tygodniu leczenia przebadano pacjentów ponownie skalą objawową HSCL. W celu oceny

poprawy objawowej obliczono średnie, różnice między nimi oraz ich istotności dla poszczególnych czynników objawowych. Obliczono też korelacje między poszczególnymi czynnikami zastosowanych narzędzi. Uzyskano bardzo istotną statystycznie poprawę w zakresie wszystkich czynników objawowych (p < 0,000 – 0,006).

Ze względu na krótki czas leczenia i stabilność cech osobowości, jak i utrwalonych stylów radzenia sobie, nie dokonano powtórnych badań tych czynników przy końcu leczenia. Badania takie będą przeprowadzone po roku od ukończenia leczenia..

Analiza korelacji między poprawą objawową (mierzoną różnicą przed i po leczeniu w poszczególnych czynnikach HSCL) i stosowanymi przez pacjentów strategiami radzenia sobie, wykazała tendencję do stosowania innych niż poprzednio strategii,

Tablica 4. Istotne statystycznie korelacje między poprawą objawową i strategiami radzenia sobie

Objawy (HSCL)	Skale radzenia sobie	Poziom istotności [p <]
Somatyzacje	Rozwiązywanie problemów	0,004
Depresja z niepokojem	Rozwiązywanie problemów Wyładowanie emocjonalne	0,008 0,01
Agresja/wrogość	Rozwiązywanie problemów	0,006

p – poziom istotności

w miarę ustępowania objawów. Istotne znaczenie wydaje się mieć strategia „rozwiązywanie problemów”, która koreluje wysoko z opanowywaniem objawów somatycznych, depresji z niepokojem oraz agresji/wrogości. Na poprawę objawów „depresji z niepokojem” może też mieć wpływ strategia „wyłączenia emocjonalnego” (tabl. 4).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Powyższe wyniki świadczą o częstszym stosowaniu przez pacjentów strategii unikowych, składających się na styl, unikający konfrontacji wprost z sytuacjami trudnymi. Stosowanie tych strategii ma istotny związek z powstawaniem i utrwalaniem się objawów nerwicowych. Wiązą się z tym również takie cechy osobowości, jak: bierna i zrezygnowana postawa wobec trudności, u podłoża której leży niska samoocena, złe przystosowanie i funkcjonowanie społeczne, lęk przed porażką i oceną innych. Istotne znaczenie patogenne wydaje się mieć rozbieżność pomiędzy ja realnym i idealnym. W teoriach humanistycznych uważa się tę cechę za podstawowy mechanizm „nerwicogeny”. Również w kategoriach poznawczych zrozumiałe jest znaczenie nierealistyczności obrazu samego siebie jako czynnika patogenego. Inne cechy, jak: potrzeba samoponiżenia, złe przystosowanie, wycofywanie się z kontaktów społecznych, zależność, są powszechnie uważane za cechy „osobowości neurotycznej”.

Uzyskane w badaniach wysokie korelacje między poprawą objawową a strategiami behawioralnymi – konfrontacyjnymi, naceLOWANymi na rozwiązanie problemu i unikowymi – pozwalającymi na odreagowanie emocji, wydają się potwierdzać założenia teoretyczne systemu psychoterapeutycznego stosowanego w Klinice. Jednocześnie pozwalają sadzić, że możliwa jest zmiana strategii radzenia sobie

pod wpływem oddziaływań psychoterapeutycznych, a jako odległe skutki terapii – również stylu radzenia sobie.

PIŚMIENNICTWO

1. Bolger N.: Coping as a personality process: a prospective study. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1990, 59, 3.
2. Czabała Cz.: Osobowość i jej znaczenie w powstawaniu patologii zachowania i chorób. W: Leder S. (red.): *Elementy psychiatrii i psychologii medycznej w praktyce ogólnolekarskiej*. Wyd. CMKP, Warszawa 1987.
3. Dakowska H., Siwiak-Kobayashi M.: Mechanizmy radzenia sobie ze stresem a efekty psychoterapii kompleksowej pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. *Psychoterapia* 1994, 4, 91.
4. Endler N.S., Parker J.D.: The multidimensional assessment of coping. A critical evaluation. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1990, 58, 844.
5. Heim E.: Coping and adaptation to cancer. W: Cooper C.L., Watson L. (eds.) *Cancer and Stress: Psychological, Biological and Coping Studies*. Wiley, New York 1991.
6. Heszen-Niejodek I.: Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: Heszen-Niejodek I. (red.): *Człowiek w sytuacji stresu*. Wyd. Uniw. Śląskiego, Katowice 1996.
7. Lazarus R.S.: Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne* 1986, 3-4.
8. Lazarus R.S., Folkman S.: *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York 1984.
9. Moos R.H.: Stress and coping theory and evaluation research. *Evaluation Review* 1992, 16, 5.
10. Moos R., Brennan P.: The assessment of context of coping. New approaches based on problem-drinking older adults. W: Muthny F.A. (ed.): *Coping with chronic illness*. Springer, New York 1989.
11. Wrześniewski K.: Style a strategie radzenia sobie ze stresem. *Problemy pomiaru*. W: Heszen-Niejodek I. (red.): *Człowiek w sytuacji stresu*. Wyd. Uniw. Śląskiego, Katowice 1996.