

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Lekarski

Lek. med. Paweł Rodziński

*„Redukcja myśli samobójczych w toku intensywnej
psychoterapii u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi,
behawioralnymi lub zaburzeniami osobowości”*

Praca doktorska

Promotor: *Dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ*

Pracę wykonano w Katedrze Psychoterapii UJ CM
p. o. Kierownika: *Dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ*

Kraków, 2015 r.

PODZIĘKOWANIA

Składam serdeczne podziękowania mojemu Promotorowi, Panu Profesorowi Krzysztofowi Rutkowskiemu, za umożliwienie mi rozwijania zainteresowań naukowych, opiekę nad projektem badawczym, którego zwieńczeniem jest niniejsza praca doktorska oraz cenne wskazówki w trakcie jej realizacji.

Serdeczne podziękowania składam również Panu Doktorowi Jerzemu Sobańskiemu, za udzieloną mi pomoc w stawianiu pierwszych kroków na drodze działalności naukowej, okazaną mi życzliwość oraz motywowanie mnie do dalszej pracy.

Dziękuję również Koleżankom i Kolegom, Współautorom artykułów wchodzących w skład niniejszej pracy doktorskiej, Pracownikom Katedry Psychoterapii UJ CM oraz Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, za przyjacielską i owocną współpracę.

Szczególne podziękowania składam mojej Żonie Annie, moim Najbliższym, za wsparcie i pomoc okazywane mi na każdym z etapów mojej działalności klinicznej, naukowej i dydaktycznej.

SPIS TREŚCI

1. Wprowadzenie	str. 5
2. Hipotezy badawcze	str. 6
3. Metodyka badania	str. 7
4. Podsumowanie wyników	str. 11
5. Wnioski	str. 12
6. Piśmiennictwo	str. 13
7. Streszczenie	
7.1. Wersja polskojęzyczna	str. 16
7.2. Wersja anglojęzyczna	str. 20
8. Publikacje składające się na dysertację	
8.1. <i>Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej</i>	str. 24
8.2. <i>Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe</i>	str. 43
8.3. <i>Zmiany w profilu osobowości nerwicowej wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych</i>	str. 61
8.4. <i>Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych</i>	str. 80
9. Oświadczenia współautorów	str. 98

10. Aneksy

- 10.1. Wykresy przedstawiające rozpowszechnienie myśli samobójczych w badanej populacji przed rozpoczęciem terapii oraz podczas wypisu str. 139
- 10.2. Wykresy przedstawiające zmiany w rozpowszechnieniu myśli samobójczych, jakie nastąpiły pomiędzy okresem kwalifikacji pacjentów do terapii a jej zakończeniem str. 140
- 10.3. Tabela zbiorczo przedstawiająca wyniki uzyskane w toku niniejszego projektu badawczego dotyczące związków pomiędzy objawami nerwicowymi a myślami samobójczymi str. 142
- 10.4. Spis skrótów stosowanych w niniejszej dysertacji str. 143

1. WPROWADZENIE

Myśli samobójcze stanowią jedno z najpoważniejszych i najbardziej problematycznych wyzwań napotykanych w toku leczenia psychoterapeutycznego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości [1]. Ich występowanie powiązane jest z ryzykiem dokonywania samouszkodzeń [2–4] i innych aktów autoagresji, prowokowaniem sytuacji będących zagrożeniem dla zdrowia i życia [5–7], nadużywaniem substancji psychoaktywnych [8, 9], jak również z ryzykiem podejmowania prób samobójczych [10, 11]. Myślom samobójczym przypisuje się kluczową rolę w wielu modelach teoretycznych tłumaczących występowanie zachowań samobójczych – część badaczy uznaje je za prekursorsy zachowań samobójczych [12–15].

Efektywność oddziaływań psychoterapeutycznych w zakresie redukcji myśli samobójczych oraz ryzyka związanych z nimi komplikacji ma szczególne znaczenie w warunkach oddziałów dziennych, gdzie poza godzinami terapii nie ma możliwości monitorowania zachowania pacjentów i udzielenia im pomocy. Jednocześnie wysoka intensywność psychoterapii prowadzonej w tego typu oddziałach nierzadko stanowi przejściowo dodatkowe obciążenie. Wynika to z ograniczonej zdolności pacjentów do tolerowania napięcia emocjonalnego wyzwalanego podczas terapii ukierunkowanej na wgląd [16–19].

Pośród różnorodnych objawów obserwowanych u pacjentów rozpoczynających leczenie w oddziałach psychoterapeutycznych, myśli samobójcze są jednymi z najczęściej zgłaszanych. Obserwuje się je u około 1/3 pacjentów [20]. Ponadto, jak wskazują doniesienia badawcze, pacjenci oddziału psychoterapeutycznego zgłaszający myśli samobójcze tworzą na tle pozostałych grupę będącą pod wieloma względami w poważniejszym stanie klinicznym. Cechują się oni zarówno wyższym nasileniem objawów nerwicowych, jak i wyższym nasileniem leżących u ich podłoża nerwicowych zaburzeń osobowości [20]. Nerwicowe zaburzenia osobowości definiowane są, według autorów narzędzia służącego do ich oceny – Kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006 – jako dysfunkcjonalne komponenty osobowości biorące udział w powstawaniu objawów czynnościowych

[21–23]. Pozwala to przyjąć, że są one określeniem pokrewnym neurotyczności (lub tożsamym z nią w przypadku populacji pacjentów, którym poświęcone jest niniejsze badanie) [18, 21–28].

Przytoczone wyniki badań unaoczniają niebagatelne znaczenie skutecznego leczenia myśli samobójczych. Kluczowym jest uwzględnienie specyficznej postaci, w jakiej są one prezentowane, towarzyszących im planów i fantazji, ich znaczenia w kontekście osobowości pacjenta oraz całości obrazu psychopatologicznego [12–16, 27]. Z uwagi na ich złożoną, różnorodną etiopatogenezę, wyodrębnienie w toku psychoterapii problematyki, która przyczynia się do występowania lub utrzymywania się myśli samobójczych, nieraz stanowi znaczącą trudność dla terapeutów. Lekarze psychiatrzy i psychoterapeuci w owych sytuacjach spotykają się z szeregiem dylematów dotyczących wyboru oddziaływań leczniczych i ukierunkowywania interwencji psychoterapeutycznych. Pomimo bezdyskusyjnego znaczenia skuteczności psychoterapii w eliminowaniu myśli samobójczych, wciąż brakuje prac empirycznych, które pomogłyby wskazać obszary psychopatologii, czy też dysfunkcyjne struktury osobowości, istotne dla efektywnego zwalczania myśli samobójczych. Potrzeba taka jest szczególnie wyraźna w odniesieniu do pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi lub zaburzeniami osobowości, w przypadku których psychoterapia stanowi zasadniczą i przyczynową formę leczenia. Poszerzenie badań w tym zakresie może pozwolić na bardziej adekwatny dobór i ukierunkowanie interwencji psychoterapeutycznych oraz podniesienie skuteczności psychoterapii w redukowaniu myśli samobójczych.

2. HIPOTEZY BADAWCZE

Celem niniejszej pracy była weryfikacja następujących hipotez badawczych dotyczących pacjentów poddanych psychoterapii w oddziale dziennym z powodu zaburzeń nerwicowych, behawioralnych lub zaburzeń osobowości:

1. Czy cechy osobowości pacjentów przed rozpoczęciem intensywnego leczenia psychoterapeutycznego są istotnymi czynnikami rokowniczymi wobec późniejszej poprawy w zakresie myśli samobójczych lub jej braku? – Hipoteza o istnieniu związków pomiędzy badanym u pacjentów przed podjęciem terapii profilem

- osobowości a uzyskaną w wyniku leczenia poprawą w zakresie myśli samobójczych – ich eliminacją lub redukcją ich intensywności – lub jej brakiem.
2. Czy objawy typowe dla zaburzeń nerwicowych występujące u pacjentów przed rozpoczęciem intensywnego leczenia psychoterapeutycznego są istotnymi czynnikami rokowniczymi wobec późniejszej poprawy w zakresie myśli samobójczych lub jej braku? – Hipoteza o istnieniu związków pomiędzy badanym u pacjentów przed podjęciem terapii profilem dolegliwości typowych dla zaburzeń nerwicowych a uzyskaną w wyniku leczenia poprawą w zakresie myśli samobójczych – ich eliminacją lub redukcją ich intensywności – lub jej brakiem.
 3. Jakie zmiany w zakresie nasilenia cech osobowości nerwicowej u pacjentów leczonych za pomocą intensywnej psychoterapii towarzyszą poprawie w zakresie myśli samobójczych? – Hipoteza o istnieniu związków pomiędzy zmianami zachodzącymi pod wpływem leczenia w nasileniu cech osobowości nerwicowej pacjentów a poprawą w zakresie myśli samobójczych – ich eliminacją lub redukcją ich intensywności – lub jej brakiem.
 4. Jakie zmiany w zakresie nasilenia objawów typowych dla zaburzeń nerwicowych u pacjentów leczonych za pomocą intensywnej psychoterapii towarzyszą poprawie w zakresie myśli samobójczych? – Hipoteza o istnieniu związków pomiędzy zmianami zachodzącymi pod wpływem leczenia w nasileniu objawów nerwicowych a poprawą w zakresie myśli samobójczych – ich eliminacją lub redukcją ich intensywności – lub jej brakiem.

3. METODYKA BADANIA

Badaniem objęto 473 kobiety i 207 mężczyzn leczonych za pomocą intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego w oddziale dziennym w latach 2005–2013 z powodu zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości (F40–F69 według Klasyfikacji ICD-10). Badanie miało charakter częściowo retrospektywny, częściowo zaś prospektywny. Wykorzystanymi narzędziami badawczymi były Kwestionariusz objawowy KO„O” [28, 29], narzędzie służące do pomiaru nasilenia objawów występujących w przebiegu zaburzeń nerwicowych i Kwestionariusz osobowości

nerwicowej KON-2006 [21–23, 30, 31], narzędzia pozwalającego określić rozległość i nasilenie dysfunkcji osobowości związanych z powstawaniem i utrzymywaniem się zaburzeń nerwicowych. Kwestionariusze te były wypełniane przez pacjentów przed rozpoczęciem leczenia oraz powtórnie w ostatnim tygodniu terapii.

Planowy czas trwania terapii wynosił 12 tygodni. W trakcie leczenia pacjenci uczestniczyli w intensywnej, codziennej psychoterapii w grupach otwartych liczących średnio 8–10 osób w wymiarze 10–15 sesji tygodniowo, połączonej z jedną sesją terapii indywidualnej tygodniowo. Psychoterapia prowadzona była w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego z elementami terapii poznawczej i behawioralnej. W toku psychoterapii zmierzano m.in. do poszerzenia wglądu pacjentów w wykorzystywane mechanizmy obronne, w procesy interpersonalne zachodzące podczas terapii oraz w funkcje zgłaszanych objawów. Ważnymi elementami leczenia były: praca z oporem oraz z przeniesieniem, wzmacnianie siły ego i autonomii pacjentów, korygowanie dysfunkcyjnych schematów poznawczych oraz tworzenie okoliczności pozwalających na korektywne przeżycia [18, 32–34].

Do oszacowania rozpowszechnienia i nasilenia MS posłużyło pytanie zawarte w Kwestionariuszu objawowym KO, „O” o „uciążliwość w ciągu ubiegłych siedmiu dni chęci odebrania sobie życia”. Kwestionariusz obejmował odpowiedź negatywną (0) oznaczającą brak MS, natomiast pozytywna odpowiedź wymagała od pacjenta wybrania jednej z trzech opcji, które służyły rozróżnieniu stopnia „uciążliwości” danego objawu. Gradacja obejmowała trzy stopnie: (a) nieznacznie uciążliwe, (b) średnio uciążliwe, (c) wysoce uciążliwe [28, 29].

Odsetki pacjentów deklarujących występowanie myśli samobójczych wynosiły na początku i pod koniec terapii odpowiednio 29,1% i 10,2% u kobiet oraz odpowiednio 36,5% i 13,7% u mężczyzn (Aneks str. 139). Poprawę w zakresie początkowo zgłaszanych myśli samobójczych uzyskało 84,3% kobiet oraz 77,5% mężczyzn (Aneks str. 140–141) [20]. W analizie statystycznej wykorzystano test t-Studenta dla prób niezależnych w przypadku zmiennych o rozkładzie normalnym oraz test niezależności χ^2 Pearsona w przypadku zmiennych nominalnych.

Celem weryfikacji pierwszej z hipotez badawczych porównane zostały ze sobą podgrupy pacjentów (osobno kobiety i mężczyźni), u których doszło do poprawy w zakresie myśli samobójczych z podgrupami, w których nie nastąpiła owa poprawa. Porównanie dotyczyło wyjściowego nasilenia Globalnej nerwicowej dezintegracji

osobowości oraz poziomów nasilenia 24 cech osobowości nerwicowej mierzonych za pomocą skal Kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006). W tym celu wykorzystany został test t-Studenta dla prób niezależnych. Ponadto, określono powiązania pomiędzy redukcją myśli samobójczych a wyjściowymi postawami pacjentów informującymi o nerwicowych cechach osobowości (mierzonymi przez ich odpowiedzi na poszczególne pytania wchodzące w skład KON-2006). W tym celu wykorzystano test niezależności chi-kwadrat Pearsona. Hipotezie tej poświęcono artykuł pt.: „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej*” opublikowany w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/34108).

Celem weryfikacji drugiej z hipotez badawczych ponownie porównane zostały ze sobą podgrupy pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie myśli samobójczych z podgrupami, w których nie nastąpiła owa poprawa. W tym przypadku porównanie dotyczyło ogólnego nasilenia objawów nerwicowych oraz czternastu podtypów tychże objawów (mierzonych za pomocą skal Kwestionariusza objawowego KO„O”). W tym celu wykorzystany został test t-Studenta dla prób niezależnych. Określono także powiązania pomiędzy redukcją myśli samobójczych a wyjściową obecnością poszczególnych objawów nerwicowych (które odpowiadają odpowiedziom pacjentów na poszczególne pytania zawarte w Kwestionariuszu objawowym KO„O”). Do zbadania owych powiązań zastosowany został test niezależności chi-kwadrat Pearsona. Hipotezie tej poświęcono artykuł pt.: „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe*” opublikowany w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32223).

Celem weryfikacji trzeciej z hipotez badawczych ponownie porównane zostały ze sobą podgrupy pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie myśli samobójczych z podgrupami, w których nie nastąpiła owa poprawa. W tym jednak przypadku porównanie dotyczyło zmian w poziomie Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości oraz zmian w nasileniu 24. cech osobowości nerwicowej. W tym celu obliczono różnice pomiędzy początkowymi a końcowymi wartościami skal Kwestionariusza KON-2006 dla każdego z pacjentów. Do porównania owych różnic

zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych. Hipotezie tej poświęcono artykuł pt.: *„Zmiany w profilu osobowości nerwicowej wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych”* opublikowany w czasopiśmie *Psychiatria Polska* (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/37308).

Celem weryfikacji czwartej z hipotez badawczych ponownie porównano ze sobą podgrupy pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie myśli samobójczych z podgrupami, w których nie nastąpiła owa poprawa. Porównanie dotyczyło zmian w ogólnym nasileniu objawów nerwicowych oraz zmian w nasileniu czternastu podgrup tychże objawów (mierzonych za pomocą Kwestionariusza KO„O”). W tym celu obliczone zostały różnice pomiędzy początkowymi a końcowymi wartościami skal Kwestionariusza objawowego KO„O” dla każdego z pacjentów. Do porównania owych różnic zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych w przypadku zmiennych o rozkładzie normalnym. Hipotezie tej poświęcono artykuł pt.: *„Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych”* opublikowany w czasopiśmie *Psychiatria Polska* (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36294). Dodatkowo, zaprezentowano zbiorczo wyniki dotyczące powiązań między myślami samobójczymi a objawami nerwicowymi w postaci tabeli załączonej w aneksie (str. 142).

W toku prac podejmowano również próby wykorzystania regresji logistycznej, jednak stworzenie użytecznego modelu okazało się niemożliwe ze względu na efekt współliniowości wielu zmiennych.

Wkład doktoranta w realizację niniejszego projektu badawczego obejmował przygotowanie oryginalnego pomysłu badania empirycznego oraz jego operacjonalizację, udział w zbieraniu danych źródłowych, selekcję i opracowanie danych źródłowych, analizę statystyczną, opracowanie wyników, analizę piśmiennictwa i opracowanie bibliografii, zredagowanie wstępów i dyskusji przygotowanych artykułów, sformułowanie wniosków, adjustację tekstów oraz opracowanie wersji anglojęzycznych artykułów. Wyrażony procentowo wkład doktoranta w przygotowanie poszczególnych artykułów składających się na niniejszą dysertację wyniósł odpowiednio 73%, 70%, 72% i 70%.

Prace prowadzone w ramach niniejszego projektu badawczego objęte zostały zgodą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego KBET/150/B/2014 z dnia 26.06.2014 r. Dane pacjentów uzyskane podczas badania wykorzystano za zgodą pacjentów, przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej. Do przeprowadzenia obliczeń użyto licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL.

4. PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Istotnie mniejsze szanse na uzyskanie poprawy w zakresie myśli samobójczych, na tle pozostałych pacjentów, stwierdzono u kobiet o osobowości cechującej się wyższym poziomem *Skłonności do ryzyka* ($p=0,002$) i wyższym poziomem *Impulsywności* ($p=0,038$) oraz u kobiet o wyższym nasileniu *Objawów obsesyjno-kompulsyjnych* ($p=0,003$), *Neurastenii* ($p=0,005$) i *Zaburzeń autonomicznych układu krążenia* ($p=0,044$) oraz u kobiet zgłaszających występowanie *napadów głodu* ($p<0,01$). Istotnie wyższe szanse na poprawę w zakresie myśli samobójczych stwierdzono u kobiet przyjmujących postawy sugerujące trudności w adekwatnym wyrażaniu złości ($p<0,05$) oraz u mężczyzn z wyższym poziomem *Zawiści* ($p=0,041$). U pacjentów obu płci, którzy uzyskali poprawę w zakresie myśli samobójczych, nastąpiła istotnie większa redukcja *Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości* (neurotyczności), niż u pozostałych ($p<0,0005$ u kobiet oraz $p=0,015$ u mężczyzn). Z poprawą w zakresie myśli samobójczych istotnie powiązana była również większa redukcja nasilenia wielu cech osobowości nerwicowej ($p<0,05$) u obu płci: *Negatywna samoocena*, *Impulsywność*, *Poczucie wyobcowania*, *Demobilizacja*, *Trudności w relacjach emocjonalnych*, *Brak witalności*, *Poczucie braku wpływu*, *Poczucie winy*, *Trudności w relacjach interpersonalnych*, *Poczucie zagrożenia*, *Egzaltacja*, *Rozpamiętywanie*; zaś wyłącznie u kobiet: *Poczucie uzależnienia od otoczenia*, *Astenia*, *Trudności podejmowania decyzji*, *Przekonanie o niezaradności życiowej*, *Brak wewnętrzsterowności* i *Wyobraźnia, fantazjowanie*. U pacjentów obu płci, którzy uzyskali poprawę w zakresie myśli samobójczych zaobserwowano istotnie większą niż u pacjentów bez owej poprawy, redukcję nasilenia objawów neurotycznych – dotyczyło to globalnego nasilenia objawów

nerwicowych (współczynnik OWK) u obu płci ($p < 0,001$), jak również większości rodzajów objawów nerwicowych u obu płci ($p < 0,05$): *Zaburzenia fobiczne, Inne zaburzenia lękowe, Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, Konwersje, Zaburzenia autonomiczne, Zaburzenia somatyzacyjne, Neurastenia, Unikanie i zależność, Dysfunkcje seksualne, Dystymia*; oraz wyłącznie u kobiet ($p < 0,05$): *Zaburzenia hipochondryczne, Depersonalizacje i derealizacje, Impulsywność i histrioniczność, Nieorganiczne zaburzenia snu*.

5. WNIOSKI

U kobiet nasiloną *Sklonność do ryzyka i Impulsywność* oraz wysokie nasilenie *Zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, Neurastenii i Zaburzeń autonomicznych układu krążenia* oraz obecność *napadów głodu* mogą współwystępować z myślami samobójczymi o podwyższonej oporności w stosunku do leczenia psychoterapeutycznego. Skłania to do zwrócenia szczególnej uwagi na owe podgrupy i starannego doboru stosowanych wobec nich oddziaływań leczniczych. Prawdopodobnie zogniskowanie oddziaływań terapeutycznych wokół wyżej wymienionych komponentów osobowości mogłoby skutkować wzrostem skuteczności leczenia myśli samobójczych w tych podgrupach. Z kolei, redukcja myśli samobójczych w toku psychoterapii wydaje się szczególnie skuteczna u kobiet, które przejawiały trudności w adekwatnym wyrażaniu złości oraz u mężczyzn o wyjściowo wysokim poziomie *Zawiści*, co potwierdza zasadność kierowania tych pacjentów do oddziału psychoterapeutycznego i koncentracji terapii na tych właśnie obszarach psychopatologii. Uzyskane wyniki potwierdzają skuteczność intensywnej psychoterapii, jako metody leczenia prowadzącej do kompleksowej poprawy obejmującej zmniejszenie nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych, nerwicowych zaburzeń osobowości (poziomu neurotyczności) oraz większości cech osobowości nerwicowej, jak również redukcję myśli samobójczych. Ujawnione powiązania wspierają hipotezę o neurotyczności w badanej populacji pacjentów, jako czynnika predysponującym do występowania MS. Uzyskane wyniki mogą pozwolić na trafniejszą kwalifikację pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi lub zaburzeniami osobowości do leczenia za pomocą intensywnej psychoterapii

prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego, natomiast w ramach owego leczenia, na bardziej adekwatne ukierunkowanie oddziaływań psychoterapeutycznych. Efektami tych działań, wymagającymi dalszych badań, mogą być skuteczniejsza redukcja myśli samobójczych i innych przejawów autoagresji, włączając w to próby samobójcze, w tej grupie pacjentów.

6. PIŚMIENNICTWO CYTOWANE W ROZDZIAŁACH „WPROWADZENIE” I „METODYKA BADANIA”

1. Pużyński S, Wciórka J. red. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków, Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN; 1997.
2. Victor SE, Klonsky ED. *Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis*. Clin Psychol Rev. 2014; 34(4): 282–297.
3. Anyansi TE, Agyapong VI. *Factors predicting suicidal ideation in the preceding 12 months among patients attending a community psychiatric outpatient clinic*. Int J Psychiatry Clin Pract. 2013; 17(2): 120–4.
4. Schier K. Piękne brzydactwo. *Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009.
5. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Montebovi F, Palermo M i wsp. *Car accidents as a method of suicide: a comprehensive overview*. Forensic Sci Int. 2012; 223(1-3): 1-9.
6. Samochowiec J, Kucharska-Mazur J, Hajduk A, Wojciechowski B, Samochowiec A. *Profil osobowości pacjentów z zaburzeniami lękowymi oceniany za pomocą Inwentarza Temperamentu i Charakteru Cloningera (TCI) oraz Kwestionariusza Osobowości R.B. Cattella*. Psychiatria Polska 2005; 39(3): 527–536.
7. Hodgins DC, Mansley C, Thygesen K. *Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers*. Am J Addict. 2006; 15(4): 303–10.
8. Borges G, Loera CR. *Alcohol and drug use in suicidal behaviour*. Curr. Opin. Psychiatry 2010; 23(3): 195–204.

9. Bętkowska-Korpała B. red. *Uzależnienia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Parpamedia; 2009.
10. Liu RT, Miller I. *Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review*. Clin Psychol Rev. 2014; 34(3): 181–192.
11. Makara-Studzińska M, Sygit K, Sygit M, Goździewska M, Zubilewicz J, Kryś-Noszczyk K. *Analysis of the phenomenon of attempted suicides in 1978-2010 in Poland, with particular emphasis on rural areas of Lublin Province*. Ann. Agric. Environ. Med. 2012; 19(4): 762–769.
12. O'Connor Rory C, Platt Stephen, Gordon Jacki. *The International Handbook of Suicide Prevention*. Wiley-Blackwell. Chichester, 2011. ISBN 978-0-470-68384-2.
13. Stone Geo. *Suicide and Attempted Suicide*. Carroll & Graf Publishers, New York, 2001. ISBN 0-7867-0940-5.
14. Nock Matthew K. *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. Oxford University Press, 2014. ISBN-13: 978-0-19-538856-5.
15. Fowler JC. *Core principles in treating suicidal patients*. Psychotherapy (Chic). 2013; 50(3): 268–72.
16. Leenaars AA. *Psychotherapy with Suicidal People a person-centred approach*. Chichester, West Sussex, England; John Wiley & Sons Ltd; 2004, ISBN 0-470-86341-2.
17. Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: 4th Edition*. American Psychiatric Publishing, 2005. ISBN 978-1-58562-185-9.
18. Aleksandrowicz J. *Psychoterapia*. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa, 2000.
19. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa, Polska; Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006. ISBN 978-83-01-14784-6
20. Rodziński P, Sobański JA, Rutkowski K, Cyranka K, Murzyn A i wsp. *Skuteczność terapii w oddziale dziennym leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych w zakresie redukcji nasilenia i eliminacji myśli samobójczych*. Psychiatria Polska, przyjęto do publikacji.
21. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej. KON-2006*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(6): 759–778.
22. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Dorota Stolarska D. *KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2009;

- 11(1): 21–29.
23. Ježková V, Matulová P. *Pilot study of KON-2006 in the Czech Republic*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2010; 12(3): 57–61.
 24. Bienvenu OJ, Brandes M. *The interface of personality traits and anxiety disorders*. Prim. Psychiatry 2005; 12(3): 35–39.
 25. Clark LA. *Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology*. J. Abnorm. Psychol. 2005; 114(4): 505–521.
 26. McCrae RR, Costa PT Jr. *Personality trait structure as a human universal*. Am. Psychol. 1997; 52(5): 509–516.
 27. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M i wsp. *The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention*. Neuropsychopharmacol Hung. 2012; 14 (2): 113–36
 28. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(6): 667–676.
 29. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 931–943.
 30. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Mielimąka M, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006*. Psychiatr. Pol. Online First 2015 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/6].
 31. Styła R. *Concept of reliable change in the usage of the KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2011; 13(3): 21–24.
 32. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. Psychiatr. Psychother. 2011; 7(4): 20–34.
 33. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(4): 421–430.
 34. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 29–48.

7.1. STRESZCZENIE

„Redukcja myśli samobójczych w toku intensywnej psychoterapii u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi lub zaburzeniami osobowości”

Wprowadzenie: Myśli samobójcze (MS) są jednymi z najbardziej problematycznych, a zarazem jednymi z najczęstszych objawów występujących u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi lub zaburzeniami osobowości, którzy poddawani są leczeniu psychoterapeutycznemu. Ich występowanie wiąże się z ryzykiem dokonywania samouszkodzeń i innych aktów autoagresji, prowokowaniem sytuacji będących zagrożeniem dla zdrowia i życia, nadużywaniem substancji psychoaktywnych, jak również z ryzykiem podejmowania prób samobójczych. Pomimo bezdyskusyjnego znaczenia skuteczności psychoterapii w eliminowaniu MS, wciąż brakuje prac empirycznych, które pomogłyby wskazać obszary psychopatologii, czy też dysfunkcjonalne struktury osobowości, istotne dla efektywnego zwalczania myśli samobójczych. Poszerzenie badań w tym zakresie może pozwolić na bardziej adekwatny dobór i ukierunkowanie interwencji psychoterapeutycznych oraz podniesienie skuteczności psychoterapii w redukowaniu MS.

Hipotezy badawcze: Celem niniejszej pracy była weryfikacja następujących hipotez badawczych dotyczących pacjentów poddanych psychoterapii w oddziale dziennym z powodu zaburzeń nerwicowych, behawioralnych lub zaburzeń osobowości:

1. Hipoteza o istnieniu związków pomiędzy badanym u pacjentów przed podjęciem terapii profilem osobowości a uzyskaną w wyniku leczenia poprawą w zakresie myśli samobójczych – ich eliminacją lub redukcją ich intensywności – lub jej brakiem.
2. Hipoteza o istnieniu związków pomiędzy badanym u pacjentów przed podjęciem terapii profilem dolegliwości typowych dla zaburzeń nerwicowych

a uzyskaną w wyniku leczenia poprawą w zakresie myśli samobójczych – ich eliminacją lub redukcją ich intensywności – lub jej brakiem.

3. Hipoteza o istnieniu związków pomiędzy zmianami zachodzącymi pod wpływem leczenia w nasileniu cech osobowości nerwicowej pacjentów a poprawą w zakresie myśli samobójczych – ich eliminacją lub redukcją ich intensywności – lub jej brakiem.
4. Hipoteza o istnieniu związków pomiędzy zmianami zachodzącymi pod wpływem leczenia w nasileniu objawów nerwicowych a poprawą w zakresie myśli samobójczych – ich eliminacją lub redukcją ich intensywności – lub jej brakiem.

Metodyka badania: Badaniem objęto 473 kobiety i 207 mężczyzn leczonych za pomocą intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego w oddziale dziennym w latach 2005-2013 z powodu zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości. Zastosowanymi narzędziami badawczymi były Kwestionariusz objawowy KO „O” i Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006 wypełnione przez pacjentów przed rozpoczęciem leczenia oraz powtórnie w ostatnim tygodniu terapii. Odsetki pacjentów deklarujących występowanie MS wynosiły na początku i pod koniec terapii odpowiednio 29,1% i 10,2% u kobiet oraz odpowiednio 36,5% i 13,7% u mężczyzn. Poprawę w zakresie początkowo zgłaszanych MS uzyskało 84,3% kobiet oraz 77,5% mężczyzn. W analizie statystycznej wykorzystano test t-Studenta dla prób niezależnych w przypadku zmiennych o rozkładzie normalnym oraz test niezależności Chi² Pearsona w przypadku zmiennych nominalnych.

Wyniki: Istotnie mniejsze szanse na uzyskanie poprawy w zakresie MS, na tle pozostałych pacjentów, stwierdzono u kobiet o osobowości cechującej się wyższym poziomem *Skłonności do ryzyka* ($p=0,002$) i wyższym poziomem *Impulsywności* ($p=0,038$) oraz u kobiet o wyższym nasileniu *Objawów obsesyjno-kompulsyjnych* ($p=0,003$), *Neurastenii* ($p=0,005$) i *Zaburzeń autonomicznych układu krążenia* ($p=0,044$) oraz u kobiet zgłaszających występowanie *napadów głodu* ($p<0,01$). Istotnie wyższe szanse na poprawę w zakresie MS stwierdzono u kobiet przyjmujących postawy sugerujące trudności w adekwatnym wyrażaniu złości ($p<0,05$) oraz u mężczyzn z wyższym poziomem *Zawiści* ($p=0,041$). U pacjentów obu

płci, którzy uzyskali poprawę w zakresie MS, nastąpiła istotnie większa redukcja *Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości* (neurotyczności), niż u pozostałych ($p < 0,0005$ u kobiet oraz $p = 0,015$ u mężczyzn). Z poprawą w zakresie MS istotnie powiązana była również większa redukcja nasilenia wielu cech osobowości nerwicowej ($p < 0,05$) u obu płci: *Negatywna samoocena, Impulsywność, Poczucie wyobcowania, Demobilizacja, Trudności w relacjach emocjonalnych, Brak witalności, Poczucie braku wpływu, Poczucie winy, Trudności w relacjach interpersonalnych, Poczucie zagrożenia, Egzaltacja, Rozpamiętywanie*; zaś wyłącznie u kobiet: *Poczucie uzależnienia od otoczenia, Astenia, Trudności podejmowania decyzji, Przekonanie o niezaradności życiowej, Brak wewnątrzsterowności i Wyobrażenia, fantazjowanie*. U pacjentów obu płci, którzy uzyskali poprawę w zakresie MS, zaobserwowano istotnie większą niż u pacjentów bez owej poprawy redukcję nasilenia objawów neurotycznych – dotyczyło to globalnego nasilenia objawów nerwicowych (współczynnik OWK) u obu płci ($p < 0,001$), jak również większości rodzajów objawów nerwicowych u obu płci ($p < 0,05$): *Zaburzenia fobiczne, Inne zaburzenia lękowe, Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, Konwersje, Zaburzenia autonomiczne, Zaburzenia somatyzacyjne, Neurastenia, Unikanie i zależność, Dysfunkcje seksualne, Dystymia*; oraz wyłącznie u kobiet ($p < 0,05$): *Zaburzenia hipochondryczne, Depersonalizacje i derealizacje, Impulsywność i histrioniczność, Nieorganiczne zaburzenia snu*.

Wnioski: U kobiet nasiloną *Skłonność do ryzyka* i *Impulsywność* oraz wysokie nasilenie *Zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, Neurastenii* i *Zaburzeń autonomicznych układu krążenia* oraz obecność *napadów głodu* mogą współwystępować z MS o podwyższonej oporności w stosunku do leczenia psychoterapeutycznego. Skłania to do zwrócenia szczególnej uwagi na owe podgrupy i starannego doboru stosowanych wobec nich oddziaływań leczniczych. Prawdopodobnie zogniskowanie oddziaływań terapeutycznych wokół wyżej wymienionych komponentów osobowości mogłoby skutkować wzrostem skuteczności leczenia MS w tych podgrupach. Z kolei, redukcja MS w toku psychoterapii wydaje się szczególnie skuteczna u kobiet, które przejawiały trudności w adekwatnym wyrażaniu złości oraz u mężczyzn o wyjściowo wysokim poziomie *Zawiści*, co potwierdza zasadność kierowania tych pacjentów do oddziału psychoterapeutycznego i koncentracji terapii na tych właśnie obszarach psychopatologii. Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają skuteczność

intensywnej psychoterapii, jako metody leczenia prowadzącej do kompleksowej poprawy obejmującej zmniejszenie nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych, nerwicowych zaburzeń osobowości (poziomu neurotyczności) oraz większości cech osobowości nerwicowej, jak również redukcję MS. Ujawnione powiązania wspierają hipotezę o neurotyczności w badanej populacji pacjentów, jako czynnika predysponującym do występowania MS. Uzyskane wyniki mogą pozwolić na trafniejszą kwalifikację pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi lub zaburzeniami osobowości do leczenia za pomocą intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego, natomiast w ramach owego leczenia, na bardziej adekwatne ukierunkowanie oddziaływań psychoterapeutycznych. Efektami tych działań, wymagającymi dalszych badań, mogą być skuteczniejsza redukcja myśli samobójczych i innych przejawów autoagresji, włączając w to próby samobójcze, w tej grupie pacjentów.

7.2. SUMMARY

„Reduction of suicidal ideation in the course of intensive psychotherapy in patients with neurotic, behavioral or personality disorders”

Introduction: Suicidal ideation (SI) is one of the most problematic and at the same time one of the most common symptoms observed in patients who are treated with psychotherapy due to neurotic, behavioral and personality disorders. The presence of SI is related to the risk of self-harm and other acts of auto-aggression, provoking situations that pose a threat to patient's health or life, psychoactive substance abuse, as well as to the risk of suicidal attempts. Despite undisputable importance of effectiveness of psychotherapy in eliminating SI, still there are few empirical studies that help to distinguish the areas of psychopathology relevant to effective reduction of SI. Developing research in this area may allow more adequate selection of psychotherapeutic methods and increased accuracy in its application, thus increasing effectiveness of psychotherapy in terms of SI reduction.

The studied hypotheses: The study aimed at verifying the following hypotheses concerning patients undergoing psychotherapy in a day hospital due to neurotic, behavioral or personality disorders:

1. Hypothesis on existence of associations between patients' personality traits measured before the course of intensive psychotherapeutic treatment and subsequent improvement in terms of SI – its elimination or reduction in its intensity – or lack of such improvement.
2. Hypothesis on existence of associations between patients' neurotic symptoms measured before the course of intensive psychotherapeutic treatment and subsequent improvement in terms of SI – its elimination or reduction in its intensity – or lack of such improvement.
3. Hypothesis on existence of associations between changes in intensity of patients' personality traits observed in course of the treatment and concurrent

improvement in terms of SI – its elimination or reduction in its intensity – or lack of such improvement.

4. Hypothesis on existence of associations between changes in intensity of patients' neurotic symptoms observed in course of the treatment and concurrent improvement in terms of SI – its elimination or reduction in its intensity – or lack of such improvement.

Methodology: The study included 473 women and 207 men that were treated with intensive psychotherapy conducted in integrative approach with predominance of psychodynamic approach in a day hospital between 2005 and 2013 due to neurotic, behavioral and personality disorders. The tools applied included Symptom Checklist KO"0" and Neurotic Personality Questionnaire KON-2006 completed by the patients before the course of the treatment and for the second time within the last week of the treatment. Percentages of patients reporting SI initially and at the end of the treatment were 29.1% and 10.2% respectively in women and 36.5% and 13.7% in men. The improvement in terms of initially reported SI was obtained by 84.3% of women and 77.5% of men. In the statistical analysis Student's t-test for independent variables of natural distribution and Pearson's chi-square test in cases of nominal variables were used.

Results: Significantly lower chances of improvement in terms of SI than in other patients were found in women with prominent *Tendency to risk-taking* ($p=0.002$), *Impulsiveness* ($p=0.038$), in women with greater intensity of *Obsessive-compulsive symptoms* ($p=0.003$), *Neurasthenia* ($p=0.005$), *Autonomic disorders* ($p=0.044$) and in women reporting *episodes of uncontrollable hunger* ($p<0.01$). Significantly increased chances of SI reduction were found in women who seemed to have difficulties in expressing anger adequately ($p<0.05$) and in men with prominently elevated level of *Envy* ($p=0.041$). Patients who improved in terms of SI obtained significantly greater reduction of *Global neurotic personality disintegration* (neuroticism) than others ($p<0.0005$ in women and $p=0.015$ in men). Associations were found between improvement in terms of SI and greater reduction of many neurotic personality traits ($p<0.05$) in both genders: *Negative self-esteem*, *Impulsiveness*, *Sense of alienation*, *Demobilization*, *Difficulties in emotional relations*, *Lack of vitality*, *Sense of lack of control*, *Sense of guilt*, *Difficulties in interpersonal*

relations, Sense of being in danger, Exaltation, Ponderings; and only in women: *Feeling of being dependent on the Environment, Asthenia, Difficulties with decision making, Conviction of own resourcelessness in life, Deficit in internal locus of control and Imagination, indulging in fiction*. The reduction of neurotic symptoms intensity was greater in patients of both genders who improved in terms of SI than in those who did not – this referred to global intensity of neurotic symptoms (OWK coefficient) in both genders ($p < 0.001$), as well as to the majority of the neurotic symptoms subtypes in both genders ($p < 0.05$): *Phobic disorders, Other anxiety disorders, Obsessive-compulsive disorders, Conversions and dissociations, Autonomic disorders, Somatization disorders, Neurasthenia, Avoidance and dependence, Sexual dysfunctions, Dysthymia*; and in case of women ($p < 0.05$): *Hypochondriasis, Depersonalization and derealization, Impulsiveness and histrionism and Non-organic sleep disorders*.

Conclusions: In women prominent *Tendency to risk-taking and Impulsiveness*, as well as higher intensity of *Obsessive-compulsive symptoms, Neurasthenia and Autonomic disorders* and presence of *episodes of uncontrollable hunger* may coexist with SI of increased resistance to psychotherapeutic treatment. As such, those subgroups of women require special attention and diligent selection of the therapeutic methods. Also, it is probable that focusing therapy at the above-mentioned personality components may increase effectiveness of SI treatment. Reducing SI in the course of the psychotherapy appears to be highly effective especially in women with difficulties in expressing anger adequately and in men with prominently elevated level of *Envy*, which points to the adequacy of the treatment choice and of targeting those difficulties during psychotherapy. The results obtained also show effectiveness and comprehensiveness of the intensive psychotherapy as a treatment method that leads to reduction of neurotic symptoms, neurotic personality disorders (neuroticism) and majority of neurotic personality traits, as well as SI reduction. The associations found weigh in favor of hypothesis on neuroticism as SI-predisposing factor in patients with neurotic, behavioral and personality disorders. The results produced may allow more adequate qualification of patients with neurotic, behavioral and personality disorders for the treatment with intensive psychotherapy conducted in integrative approach with predominance of psychodynamic approach, as well as more accurate application of psychotherapeutic interventions. This may bring benefits for the patients belonging to

the studied population in form of increased effectiveness of SI reduction, as well as other forms of auto-aggression, including suicidal attempts.

Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST Nr 13.

Published ahead of print 25 March, 2015

www.psychiatriapolska.pl

ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)

DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/34108>

Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej

Reduction of suicidal ideation in patients undergoing psychotherapy in the day hospital for the treatment of neurotic and behavioral disorders and their neurotic personality traits measured before the hospitalization

Paweł Rodziński¹, Krzysztof Rutkowski¹, Jerzy A. Sobański¹,
Agnieszka Murzyn², Michał Mielimąka¹, Bogna Smiatek-Mazgaj¹,
Katarzyna Cyranka¹, Edyta Dembińska¹, Karolina Grządziel³,
Katarzyna Klasa⁴, Łukasz Müldner-Nieckowski¹

¹ Katedra Psychoterapii UJ CM

p.o. Kierownika: dr hab. n. med. K. Rutkowski, prof. UJ

² Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

Kierownik: dr n. med. M.W.Pilecki

³ Katedra Historii Medycyny UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Śródka

⁴ Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski, prof. UJ

Summary

Aim. Analysis of associations between initial neurotic personality traits and subsequent reduction of suicidal ideation (SI) – or lack of such reduction – obtained until the end of hospitalization in patients who underwent the course of intensive psychotherapy conducted in integrative approach with predominance of psychodynamic approach.

Material and method. Symptom Checklist KO“O”, Neurotic Personality Questionnaire KON-2006 and Life Inventory completed by 473 women and 207 men hospitalized in the day-hospital due to neurotic, behavioral and personality disorders between 2005–2013. At

the stage of qualification 134 women and 80 men reported SI, of whom subsequently 84.3% and 77.5% respectively improved.

Results. Women with prominent *Tendency to risk-taking* ($p=0.002$) and *Impulsiveness* ($p=0.038$) constituted subgroups with decreased chances of improvement in terms of SI, while men with prominently elevated level of *Envy* ($p=0.041$) and women who seemed to have difficulties in expressing anger adequately ($p<0.05$) had increased chances of SI reduction.

Conclusions. Initially prominent *Tendency to risk-taking* and *Impulsiveness* may coexist with SI of increased resistance to psychotherapy. Thus, those subgroups require special attention and diligent selection of therapeutic methods. Also, it is probable that focusing therapy at the above-mentioned personality components may increase effectiveness of SI treatment. Reducing SI during psychotherapy appears to be highly effective especially in women with difficulties in expressing anger adequately and in men with prominently elevated level of *Envy*, which suggests adequacy of this treatment choice and of targeting those difficulties during psychotherapy.

Słowa kluczowe: myśli samobójcze, osobowość nerwicowa, psychoterapia

Key words: suicidal ideations, neurotic personality, psychotherapy

Wstęp

Myśli samobójcze (MS) są częstym objawem napotykanym przez terapeutów u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości. Są one obecne u około jednej trzeciej pacjentów z tego rodzaju zaburzeniami kierowanych do leczenia w dziennym oddziale psychoterapeutycznym [1, 2]. Ich występowanie wiąże się z różnorodnymi, problematycznymi sytuacjami niosącymi zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów. Nierzadko w praktyce klinicznej przebieg terapii wymienionych pacjentów z MS komplikowany jest autoagresywnymi zachowaniami, takimi jak samouszkodzenia, prowokowanie sytuacji ryzykownych dla ich zdrowia [3, 4], nadużywanie substancji psychoaktywnych [5], zaniedbywanie leczenia poważnych chorób somatycznych, a także podejmowanie prób samobójczych [6, 7]. Ich terapii często towarzyszą również akty agresji, naruszania zasad obowiązujących w placówkach leczniczych i tendencje do zrywania kontaktu z terapeutami, typowe dla pacjentów z poważnymi zaburzeniami osobowości (takimi jak np. osobowość impulsywna, z pogranicza, dysocjalna, narcystyczna) [8].

Etiologia MS oraz powiązanych z nimi problemów nie jest całkowicie klarowna. W przypadku MS z pewnością mamy do czynienia ze złożonym objawem o zróżnicowanej intensywności, przybierającym różne formy oraz posiadającym wielopłaszczyznowe biopsychospołeczne pochodzenie. Część czynników, którym przypisuje się udział w etiopatogenezie MS, pokrywa się z dobrze znanymi każdemu klinicyście czynnikami ryzyka samobójczego. Warto wymienić te spośród nich, które w ostatnich latach budziły szczególne zainteresowanie badaczy. Stwierdzono obecność biologicznych i genetycznych czynników ryzyka wystąpienia MS, takich jak polimorfizm genu kodującego transporter serotoniny (5-HTTLPR) [9] oraz wysoki stopień metylacji promotora genu kodującego neurotropowy czynnik pochodzenia mózgowego [10, 11]. Ponadto potwierdzono, że traumatyczne wydarzenia z okresu dzieciństwa, takie jak wykorzystywanie seksualne i maltretowanie, predysponują do wystąpienia MS,

jak również prób samobójczych i samouszkodzeń [12]. Także badania nad zespołem stresu pourazowego potwierdziły istnienie związku pomiędzy traumatycznymi doświadczeniami a późniejszym ryzykiem samobójczym [13, 14].

Pośród wielu opisywanych w literaturze medycznej determinantów występowania MS praktyka psychoterapeutyczna bez wątpienia skłania do zwrócenia uwagi na czynniki osobowościowe. Swoją złożonością nie ustępują one czynnikom biologicznym czy środowiskowym. Jak wskazuje wielu badaczy, do zaburzeń osobowości, w przebiegu których najczęściej spotykane są MS, należy osobowość typu borderline [8, 15]. Obserwacje te wydają się współbrzmieć z badaniami, według których takie cechy jak wysoka skłonność do niepokoju oraz impulsywność mogą stanowić istotny czynnik ryzyka MS [16]. Wykazano również, że ryzyko ich wystąpienia jest wyższe u pacjentów charakteryzujących się neurotycznością, poczuciem bezradności [17], otwartością na doświadczenia [18], wyższym nasileniem psychologicznego dystresu i niższą dostępnością wsparcia społecznego [19].

W dostępnej autorom literaturze nie natrafiono jednak na prace badawcze poświęcone powiązaniom cech osobowości pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości rozpoczynających leczenie psychoterapeutyczne ze skutecznością tego leczenia w redukowaniu MS.

Cel

Analiza powiązań pomiędzy wyjściowym profilem osobowości nerwicowej a późniejszą poprawą w zakresie myśli samobójczych (definiowaną jako ich ustąpienie lub redukcja ich nasilenia) lub jej brakiem, jaka nastąpiła do czasu zakończenia 12-tygodniowego cyklu leczenia za pomocą intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego (grupowej w wymiarze 10–15 sesji psychoterapeutycznych tygodniowo łączonej z jedną w tygodniu sesją indywidualną) w oddziale dziennym u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości.

Material i metoda

Źródłem informacji na temat MS – definiowanych jako chęć odebrania sobie życia – był Kwestionariusz objawowy KO„O” [20, 21], narzędzie służące do pomiaru nasilenia objawów występujących w przebiegu zaburzeń nerwicowych. Kwestionariusz ten był wypełniany przez pacjentów w trakcie kwalifikacji do leczenia [22] oraz powtórnie w ostatnich dniach hospitalizacji. Do oszacowania rozpowszechnienia i nasilenia MS posłużyło pytanie o „uciążliwość w ciągu ubiegłych siedmiu dni chęci odebrania sobie życia” (pozycja 62. w KO„O”). Kwestionariusz obejmował odpowiedź negatywną (0) oznaczającą brak MS, natomiast pozytywna odpowiedź wymagała od pacjenta wybrania jednej z trzech opcji, które służyły rozróżnieniu stopnia „uciążliwości” danego objawu. Gradacja obejmowała trzy stopnie: (a) nieznacznie uciążliwe, (b) średnio uciążliwe, (c) wysoce uciążliwe.

Socjodemograficzna charakterystyka badanej populacji

Grupę badaną stanowiło 680 pacjentów: 473 kobiety i 207 mężczyzn, którzy byli leczeni w Oddziale Dziennym Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2005–2013. Źródłem podstawowych danych socjodemograficznych była Ankieta Życiorysowa wypełniana przez pacjentów na etapie kwalifikacji do leczenia. Zawierała ona pytania dotyczące m.in. płci i wieku (tab. 1), stanu cywilnego (tab. 2), wykształcenia (tab. 3) i źródła utrzymania (tab. 4). Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 29,9 roku, zaś mężczyzn 30,4 roku. Bardziej szczegółową charakterystykę badanych przedstawiono w osobnej publikacji dotyczącej tej samej grupy pacjentów [2].

Tabela 1. **Wiek pacjentów [2]**

Płeć	Kobiety	Mężczyźni
Liczebność	461	219
Średnia \pm odchylenie std.	29,9 \pm 8,1 roku	30,4 \pm 7,4 roku
Mediana	27,4 roku	29,0 lat
Minimum–maksimum	18,2–57,1 roku	18,9–55,6 roku

Tabela 2. **Stan cywilny [2]**

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Panna/Kawaler	288	62,5%	140	63,9%
Zamężna/-y	145	31,5%	69	31,5%
Separacja	5	1,1%	2	0,9%
Rozwiedziona/-y	20	4,3%	7	3,2%
Wdowa/wdowiec	3	0,7%	1	0,5%

Tabela 3. **Wykształcenie [2]**

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Podstawowe	2	0,4%	0	0,0%
Średnie nieukończone	6	1,3%	6	2,7%
Średnie ukończone	112	24,3%	53	24,2%
Nieukończone licencjackie lub pomaturalne	23	5,0%	8	3,7%
Licencjat lub pomaturalne ukończone	41	8,9%	16	7,3%
Wyższe nieukończone	72	15,6%	33	15,1%
Wyższe ukończone	205	44,5%	103	47,0%

Tabela 4. Źródło utrzymania [2]

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Na utrzymaniu rodziny/uczeń/student	135	29,3%	50	22,8%
Pracownik umysłowy	157	34,1%	72	32,9%
Pracownik sektora usług/rzemiosła	31	6,7%	17	7,8%
Robotnik	3	0,7%	3	1,4%
Rolnik	3	0,7%	0	0,0%
Własna firma, przedsiębiorstwo rodzinne	18	3,9%	22	10,0%
Bezrobotny	60	13,0%	28	12,8%
Renta	5	1,1%	2	0,9%
Emerytura	1	0,2%	1	0,5%
Inne	48	10,4%	24	11,0%

Rodzaje zaburzeń i przebieg leczenia

Kwalifikacja do leczenia w psychoterapeutycznym oddziale dziennym, oprócz badań za pomocą wyżej wymienionych kwestionariuszy, obejmowała co najmniej dwa badania psychiatryczne, badanie psychologiczne oraz baterię kilku innych kwestionariuszy, co łącznie pozwalało na wykluczenie wysokiego ryzyka samobójczego [23] oraz innych zaburzeń (m.in. zaburzeń afektywnych, psychoz schizofrenicznych, zaburzeń egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich chorób somatycznych) uniemożliwiających korzystanie z psychoterapii na wyżej wymienionym oddziale dziennym [22]. Cykl konsultacji ambulatoryjnych zamykał się zwykle w czasie 2–3 tygodni. Od zakończenia kwalifikacji do rozpoczęcia leczenia w oddziale dziennym upływało zwykle od 4 do 12 tygodni.

Do badania włączono wyłącznie pacjentów, którzy podejmowali leczenie w opisanym oddziale po raz pierwszy. Grupę objętą badaniem stanowili pacjenci z rozpoznaniem ze spektrum F40–F69 wg ICD-10, w tym pacjenci, u których oprócz zaburzeń osobowości zdiagnozowano zaburzenia psychiatryczne z grup F4 i F5 (tab. 5).

Tabela 5. Rodzaj zaburzeń wg klasyfikacji ICD-10 [2]

	Kobiety (n = 461)		Mężczyźni (n = 219)	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
F40 Zaburzenia lękowe w postaci fobii	51	11,1%	31	14,2%
F41 Inne zaburzenia lękowe	145	31,5%	73	33,3%
F42 Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	15	3,3%	12	5,5%
F43 Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	40	8,7%	18	8,2%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

F44 Zaburzenia dysocjacyjne	9	2,0%	1	0,5%
F45 Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną	45	9,8%	20	9,1%
F48 Inne zaburzenia nerwicowe	3	0,7%	8	3,7%
F50 Zaburzenia odżywiania się	27	5,9%	0	0,0%
F60/F61 Specyficzne zaburzenia osobowości lub Zaburzenia osobowości mieszane i inne ^a	198	43,0%	94	42,9%
Inne ^b	19	4,1%	13	5,9%

^a – zaburzenia osobowości często stanowiły drugie rozpoznanie towarzyszące rozpoznaniu zaburzeń z grup F4 i F5,

^b – rozpoznania współwystępujące z diagnozami zaburzeń ze spektrum F40–F69.

Czas trwania terapii wynosił przeciętnie 12 tygodni, podczas których pacjenci uczestniczyli w intensywnej, codziennej psychoterapii w grupach otwartych liczących średnio 8–10 osób w wymiarze 10–15 sesji tygodniowo, połączonej z jedną sesją terapii indywidualnej tygodniowo. Psychoterapia prowadzona była w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego z elementami terapii poznawczej i behawioralnej [22, 24–27].

Niewielka część pacjentów korzystała równolegle z psychofarmakoterapii, której zakres stosowania był redukowany w zależności od stanu psychicznego w celu uzyskania dostępu do przeżyć pacjentów oraz okoliczności wiążących się z objawami [2]. Według oddzielnych, niepublikowanych jeszcze badań A. Murzyn w grupie 169 pacjentów z lat 2008–2011 odsetek badanych korzystających z leków przeciwdepresyjnych lub uspokajających w tym samym oddziale wynosił 3%.

W przypadku badanej grupy całkowity odstęp czasowy pomiędzy badaniami przeprowadzonymi podczas kwalifikacji oraz przy wypisie wyniósł średnio 137,1 ± 30,3 dnia u kobiet oraz 132,4 ± 30,5 dnia u mężczyzn.

Wyodrębnienie podgrup pacjentów, u których nastąpiły różnego rodzaju zmiany w zakresie MS

Pośród kobiet wyjściowe rozpowszechnienie MS wynosiło 29,1%, zaś końcowe – 10,2%. Pośród mężczyzn początkowo odnotowano rozpowszechnienie MS wynoszące 36,5%, zaś pod koniec terapii wyniosło ono 13,7% (tab. 6).

Tabela 6. **Rozpowszechnienie i zmiany w zakresie MS wśród wszystkich 680 badanych, osobno dla kobiet i mężczyzn [2]**

	Kobiety (n = 461)			Mężczyźni (n = 219)			* Różnice pomiędzy płciami	
	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Chi ²	p
MS obecne podczas kwalifikacji	134	29,1%	25,1%–33,4%	80	36,5%	30,4%–43,1%	3,83	ns

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

MS obecne podczas badania końcowego	47	10,2%	7,8%–13,3%	30	13,7%	9,8%–18,9%	1,82	ns
Poprawa w zakresie MS (ustąpienie lub redukcja ich nasilenia)	113	24,5%	20,8%–28,6%	62	28,3%	22,8%–34,6%	1,12	ns
Ustąpienie MS	103	22,3%	18,8%–26,4%	53	24,2%	19,0%–30,3%	0,29	ns
Pogorszenie w zakresie MS (definiowane jako wzrost ich nasilenia lub ich pojawienie się)	23	5,0%	3,4%–7,4%	6	2,7%	1,3%–5,9%	1,84	ns
Pojawienie się MS pod koniec terapii przy wyjściowym ich braku	16	3,5%	2,2%–5,6%	3	1,4%	0,5%–4,0%	2,41	ns
Wzrost nasilenia MS w stosunku do ich nasilenia z czasu kwalifikacji	7	1,5%	0,7%–3,1%	3	1,4%	0,5%–4,0%	0,02	ns
Pogorszenie lub brak zmian w zakresie MS	37	8,0%	5,9%–10,9%	21	9,6%	6,4%–14,2%	0,47	ns

ns – różnice pomiędzy płciami były nieistotne statystycznie ($p \geq 0,05$); * – dla określenia, czy wyniki kobiet i mężczyzn istotnie się od siebie różniły, zastosowano test niezależności Chi² Pearsona

Zestawienie zmian zaobserwowanych u badanych, u których początkowo występowały MS, ujawniło istotną statystycznie ($p < 0,05$), wielokrotną przewagę odsetka pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS (definiowanej jako ich ustąpienie lub redukcja ich nasilenia), nad odsetkiem pacjentów, u których doszło do nasilenia MS. W owej podgrupie kobiet poprawę uzyskało 84,3%, natomiast wzrost nasilenia wyjściowo obecnych MS odnotowano zaledwie u 5,2% kobiet. Pośród mężczyzn z MS obecnymi podczas kwalifikacji poprawę osiągnęło 77,5%, a odsetek mężczyzn, u których zaobserwowano wzrost nasilenia wyjściowo obecnych MS, wyniósł 3,8%. Ponadto u zdecydowanej większości pacjentów, u których odnotowano poprawę, polegała ona na ustąpieniu MS. W podgrupach, w których wyjściowo deklarowano obecność MS, ich ustąpienie zaobserwowano u 76,9% kobiet oraz u 66,2% mężczyzn (tab. 7).

Tabela 7. Zmiany w zakresie MS u pacjentów, którzy zadeklarowali ich występowanie podczas kwalifikacji (n = 214) [2]

	Kobiety (n = 134)			Mężczyźni (n = 80)			* Różnice pomiędzy płciami	
	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Chi ²	p
Poprawa w zakresie MS (definiowana jako ich ustąpienie lub redukcja ich nasilenia)	113	84,3%	77,2%–89,5%	62	77,5%	67,2%–85,2%	1,57	ns
Ustąpienie MS	103	76,9%	69,0%–83,2%	53	66,2%	55,4%–75,5%	2,86	ns
Redukcja nasilenia MS	10	7,5%	4,1%–13,2%	9	11,3%	6,0%–20,8%	0,89	ns
Brak zmian w nasileniu MS	14	10,4%	6,4%–16,8%	15	18,8%	11,7%–28,7%	2,95	ns
Wzrost nasilenia MS	7	5,2%	2,6%–10,4%	3	3,8%	1,4%–10,4%	0,24	ns
Brak poprawy (brak zmian w nasileniu lub wzrost nasilenia MS)	21	15,7%	10,5%–22,8%	18	22,5%	14,8%–32,8%	1,57	ns

ns – różnice pomiędzy płciami były nieistotne statystycznie ($p \geq 0,05$); * – dla określenia, czy wyniki kobiet i mężczyzn istotnie się od siebie różniły, zastosowano test niezależności Chi² Pearsona

Analiza związków pomiędzy wyjściowo zaobserwowanymi cechami osobowości nerwicowej a późniejszą poprawą w zakresie MS

Profil osobowości nerwicowej pacjentów podczas kwalifikacji do leczenia określono za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006 [28–32], narzędzia pozwalającego określić rozległość i nasilenie dysfunkcji osobowości związanych z powstawaniem i utrzymywaniem się zaburzeń nerwicowych. Pomiar przeprowadzone za pomocą tego kwestionariusza opisuje współczynnik Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości (XKON) służący do zbiorczej oceny stopnia zaburzeń osobowości oraz 24 skale szczegółowe służące do oceny poszczególnych dysfunkcyjnych aspektów osobowości. Narzędzie to jest także stosowane do oceny wyników psychoterapii.

Następnie porównano wyjściowe cechy osobowości pacjentów, u których doszło do późniejszej poprawy w zakresie MS, z cechami osobowości pacjentów, u których owa poprawa nie nastąpiła.

W analizie statystycznej wykorzystano test t-Studenta dla prób niezależnych w przypadku zmiennych o rozkładzie normalnym oraz test niezależności Chi² Pearsona. Podjęto próby wykorzystania regresji logistycznej, lecz skonstruowanie użytecznego modelu okazało się niemożliwe ze względu na efekt współliniowości wielu zmiennych. Używano licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL. Dane uzyskane

w wyniku wymienionych badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów, przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej.

Wyniki

Analizując nasilenie Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości (neurotyczności) nie stwierdzono istotnych różnic w tym zakresie pomiędzy podgrupami kobiet i mężczyzn, u których zaobserwowano poprawę w zakresie MS, a tymi, u których poprawa nie nastąpiła (tab. 8).

U kobiet, u których nie zaobserwowano poprawy, istotnie wyższe niż u uzyskujących poprawę były wartości skal: Skłonność do ryzyka ($p = 0,002$) oraz Impulsywność ($p = 0,038$), co przedstawia tabela 8.

U mężczyzn odnotowano istotne różnice średnich wartości skali Zawzięć ($p = 0,041$). Jednak inaczej niż w przypadku wymienionych dwóch skal u kobiet, tutaj wyższe wartości skali Zawzięć charakteryzowały podgrupę, u której nastąpiła poprawa w zakresie MS (tab. 8).

Tabela 8. Porównanie początkowego nasilenia cech osobowości nerwicowej (mierzonych za pomocą Kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006) pacjentów, u których następnie zaobserwowano poprawę w zakresie MS oraz tych, u których nie uzyskano owej poprawy

	Kobiety (n = 134)				Mężczyźni (n = 80)			
	Zmiany w zakresie MS		Test t-Studenta		Zmiany w zakresie MS		Test t-Studenta	
	Brak poprawy (n = 21)	Poprawa (n = 113)			Brak poprawy (n = 18)	Poprawa (n = 62)		
			t	p			t	p
Globalna nerwicowa dezintegracja osobowości (współczynnik XKON)	42,20 ± 21,22	43,78 ± 22,55	-0,30	ns	46,57 ± 22,92	53,09 ± 23,09	-1,06	ns
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	8,52 ± 4,63	10,15 ± 4,27	-1,58	ns	10,33 ± 4,56	10,98 ± 4,34	-0,55	ns
2. Astenia	11,00 ± 2,26	10,89 ± 2,61	0,17	ns	11,83 ± 1,25	11,23 ± 2,45	1,01	ns
3. Negatywna samoocena	7,29 ± 3,69	7,35 ± 3,64	-0,08	ns	6,44 ± 3,43	7,63 ± 3,23	-1,35	ns
4. Impulsywność	10,19 ± 4,78	8,18 ± 3,91	2,09	*	7,50 ± 3,52	8,71 ± 4,03	-1,15	ns
5. Trudności podejmowania decyzji	7,48 ± 2,94	8,10 ± 2,61	-,98	ns	8,50 ± 2,07	7,66 ± 2,53	1,29	ns
6. Poczucie wyobcowania	6,86 ± 4,37	6,83 ± 4,04	0,03	ns	7,44 ± 3,94	8,34 ± 3,95	-0,85	ns

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

7. Demobilizacja	13,14 ± 3,92	13,31 ± 4,49	-0,16	ns	12,44 ± 3,50	13,03 ± 4,80	-0,48	ns
8. Skłonność do ryzyka	4,14 ± 2,87	2,48 ± 2,07	3,17	**	3,28 ± 1,99	3,52 ± 2,95	-0,32	ns
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	5,86 ± 2,59	6,80 ± 3,03	-1,33	ns	7,72 ± 2,72	7,92 ± 2,69	-0,27	ns
10. Brak witalności	11,57 ± 4,25	12,54 ± 3,32	-1,17	ns	12,06 ± 2,96	12,77 ± 3,78	-0,74	ns
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	9,71 ± 4,64	10,07 ± 3,59	-0,40	ns	10,44 ± 3,22	9,97 ± 3,63	0,50	ns
12. Poczucie braku wpływu	5,05 ± 3,09	5,89 ± 3,21	-1,11	ns	5,89 ± 3,20	6,65 ± 3,45	-0,83	ns
13. Brak wewnętrzsterowności	9,86 ± 4,46	10,22 ± 4,14	-0,37	ns	10,28 ± 4,48	10,65 ± 4,19	-0,32	ns
14. Wyobrażenia, fantazjowanie	7,29 ± 3,20	6,87 ± 2,78	0,62	ns	7,39 ± 3,18	8,32 ± 2,70	-1,24	ns
15. Poczucie winy	7,86 ± 2,57	8,20 ± 2,38	-0,60	ns	8,22 ± 2,07	8,47 ± 2,45	-0,39	ns
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	6,00 ± 3,07	6,74 ± 2,81	-1,10	ns	6,83 ± 2,71	7,76 ± 2,64	-1,30	ns
17. Zawiść	4,76 ± 2,66	4,43 ± 3,08	0,46	ns	4,56 ± 2,99	6,39 ± 3,37	-2,08	*
18. Postawa narcystyczna	3,57 ± 2,87	2,81 ± 2,56	1,23	ns	3,89 ± 2,68	5,02 ± 3,26	-1,34	ns
19. Poczucie zagrożenia	6,52 ± 2,80	6,50 ± 3,11	0,04	ns	5,94 ± 2,62	7,26 ± 3,40	-1,51	ns
20. Egzaltacja	10,33 ± 1,83	9,87 ± 2,05	0,97	ns	8,56 ± 2,48	9,03 ± 3,04	-0,61	ns
21. Irracjonalność	4,62 ± 2,36	4,29 ± 2,34	0,59	ns	3,11 ± 1,94	4,08 ± 1,98	-1,84	ns
22. Drobiazgowość	4,43 ± 2,29	3,89 ± 1,71	1,24	ns	4,83 ± 2,15	4,63 ± 2,31	0,34	ns
23. Rozpamiętywanie	8,19 ± 1,94	8,36 ± 1,64	-0,43	ns	8,50 ± 1,20	8,44 ± 1,77	0,15	ns
24. Poczucie przeciążenia	5,48 ± 1,54	4,94 ± 1,95	1,20	ns	5,11 ± 2,47	5,03 ± 2,13	0,13	ns

ns – oznaczono różnice nieistotne statystycznie ($p > 0,05$); * – oznaczono różnice istotne na poziomie $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

W celu pogłębienia analizy, do poszukiwań czynników rokujących poprawę w zakresie MS włączono także poszczególne odpowiedzi pacjentów na pytania zawarte w Kwestionariuszu KON-2006. U kobiet szanse na uzyskanie takiej poprawy były istotnie wyższe w przypadku następujących deklaracji: „moja potulność utrudnia mi życie” (OR = 2,65; 95% CI: 1,01–6,90), „gdy pokłóć się z kimś, przez jakiś czas nie

odzywam się do niego” (OR = 2,74; 95% CI: 1,06–7,08), „zazwyczaj jestem opanowana” (OR = 2,61; 95% CI: 0,98–6,96), co przedstawia tabela 9.

U mężczyzn, pomimo mniejszej liczebności tej podgrupy, odnotowano liczne deklaracje istotnie wiążące się z wyższym niż u pozostałych prawdopodobieństwem poprawy w zakresie MS: „zawsze, jak coś powiem o sobie, „dostaję po głowie” (OR = 8,71; 95% CI: 1,08–69,99), „kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją” (OR = 8,00; 95% CI: 1,70–37,77), „drażni mnie, gdy ktoś się cieszy” (OR = 4,40; 95% CI: 0,93–20,93), „większość bliskich mi ludzi zupełnie mnie nie rozumie” (OR = 3,84; 95% CI: 1,29–11,48), „w dzisiejszym świecie uczciwy człowiek musi przegrać” (OR = 3,73; 95% CI: 1,11–12,62), „bywam tak zapracowany, że nie mam czasu na rozrywkę” (OR = 3,50; 95% CI: 1,04–11,83), co ukazuje tabela 9.

Tabela 9. Postawy (których dotyczyły pytania Kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006), których obecność istotnie wiązała się z wyższymi szansami na redukcję MS niż szanse pacjentów, u których były one nieobecne – osobno dla kobiet i mężczyzn

	Kobiety (n = 134)					Mężczyźni (n = 80)				
	Chi ² Pearsona	OR	95% CI		p	Chi ² Pearsona	OR	95% CI		p
Gdy pokłóć się z kimś, przez jakiś czas nie odzywam się do niego	4,545	2,74	1,06	7,08	*	2,743	2,44	0,84	7,16	ns
Moja potulność utrudnia mi życie	4,141	2,65	1,01	6,90	*	0,533	0,65	0,21	2,07	ns
Zazwyczaj jestem opanowany	3,861	2,61	0,98	6,96	*	0,601	0,65	0,22	1,95	ns
Zawsze, jak coś powiem o sobie, „dostaję po głowie”	0,783	1,62	0,55	4,76	ns	5,610	8,71	1,08	69,99	*
Kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją	7,154	0,27	0,10	0,73	*	8,705	8,00	1,70	37,77	**
Drażni mnie, gdy ktoś się cieszy	0,135	0,82	0,29	2,33	ns	3,946	4,40	0,93	20,93	*
Większość bliskich mi ludzi zupełnie mnie nie rozumie	0,037	0,91	0,36	2,34	ns	6,212	3,84	1,29	11,48	*
W dzisiejszym świecie uczciwy człowiek musi przegrać	0,172	0,82	0,32	2,11	ns	4,869	3,73	1,11	12,62	*
Bywam tak zapracowany, że nie mam czasu na rozrywkę	0,056	0,89	0,34	2,33	ns	4,374	3,50	1,04	11,83	*

Współczynniki istotności powiązań obliczone dla testu chi-kwadrat Pearsona oznaczono * p < 0,05; ** p < 0,01; różnice nieistotne statystycznie oznaczono ns.

Pewna część deklaracji u kobiet posiadała istotną wartość rokowniczą, lecz o przeciwnym znaczeniu: deklaracje te istotnie wiązały się z niższym niż u pozostałych prawdopodobieństwem poprawy w zakresie MS u kobiet: „często ryzykuję dla samej przyjemności ryzyka” (OR = 0,22; 95% CI: 0,07–0,65; $p < 0,01$), „kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją” (OR = 0,27; 95% CI: 0,10–0,73), „lubię robić coś niebezpiecznego” (OR = 0,19; 95% CI: 0,07–0,53; $p < 0,01$), „podniecają mnie gry i zakłady o pieniądze” (OR = 0,22; 95% CI: 0,05–1,07; pyt. 56), „gdy ktoś plecie bzdury, zwykle mu to mówię” (OR = 0,31; 95% CI: 0,12–0,82), „często wybucham z błahego powodu” (OR = 0,34; 95% CI: 0,12–0,94), „we współpracy z innymi często przejmuję kierownictwo” (OR = 0,29; 95% CI: 0,10–0,80), „prawie zawsze podejmuję decyzję na podstawie pierwszego wrażenia” (OR = 0,34; 95% CI: 0,13–0,87), „jestem pedantką” (OR = 0,38; 95% CI: 0,14–1,00), „czasem, dla przyjemności, robię coś bardzo niebezpiecznego” (OR = 0,20; 95% CI: 0,05–0,81) (tab. 10).

U mężczyzn żadna z pozytywnych odpowiedzi na pytania zawarte w Kwestionariuszu KON-2006 nie obniżała w istotnym stopniu prawdopodobieństwa uzyskania poprawy w zakresie MS (tab. 10).

Tabela 10. Postawy (których dotyczyły pytania Kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006), których obecność istotnie wiązała się z niższymi szansami na redukcję MS niż szanse pacjentów, u których były one nieobecne – osobno dla kobiet i mężczyzn

	Kobiety (n = 134)					Mężczyźni (n = 80)				
	Chi ² Pearsona	OR	95% CI		p	Chi ² Pearsona	OR	95% CI		p
Lubię robić coś niebezpiecznego	11,562	0,19	0,07	0,53	**	0,874	0,59	0,20	1,78	ns
Czasem, dla przyjemności, robię coś bardzo niebezpiecznego	6,044	0,20	0,05	0,81	*	0,396	0,70	0,22	2,16	ns
Często ryzykuję dla samej przyjemności ryzyka	8,481	0,22	0,07	0,65	**	0,096	0,83	0,25	2,71	ns
Podniecają mnie gry i zakłady o pieniądze	4,130	0,22	0,05	1,07	*	0,275	1,54	0,31	7,76	ns
Kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją	7,154	0,27	0,10	0,73	*	8,705	8,00	1,70	37,77	**
We współpracy z innymi często przejmuję kierownictwo	6,200	0,29	0,10	0,80	*	1,367	2,21	0,57	8,54	ns
Gdy ktoś plecie bzdury, zwykle mu to mówię	5,932	0,31	0,12	0,82	*	1,725	0,49	0,17	1,44	ns
Prawie zawsze podejmuję decyzję na podstawie pierwszego wrażenia	5,326	0,34	0,13	0,87	*	0,721	1,64	0,52	5,19	ns
Często wybucham z błahego powodu	4,574	0,34	0,12	0,94	*	0,003	1,03	0,36	2,96	ns
Jestem pedantem	4,020	0,38	0,14	1,00	*	0,317	0,74	0,26	2,13	ns

Współczynniki istotności powiązań obliczone dla testu chi-kwadrat Pearsona oznaczono

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; różnice nieistotne statystycznie oznaczono ns.

Dyskusja

Na pytanie o to, jakie znaczenie dla skuteczności leczenia MS miały wyróżnione powyżej deklarowane postawy pacjentów oraz cechy ich osobowości, trudno jest jednoznacznie odpowiedzieć. Biorąc pod uwagę złożoną, biopsychospołeczną etiopatogenezę MS, można jedynie zaproponować pewne wybrane hipotezy dotyczące natury ujawnionych powiązań, które w świetle aktualnej wiedzy na temat MS są najbardziej prawdopodobne.

Wyróżnione postawy pacjentów oraz cechy osobowości nerwicowej prawdopodobnie stanowiły odzwierciedlenie struktur osobowości, które determinowały w pewnym stopniu podatność MS na zastosowaną formę psychoterapii. Podczas owego leczenia ukierunkowanego na uzyskanie wglądu, poprawę w zakresie MS zaobserwowano u kobiet przyjmujących następujące postawy: „moja potulność utrudnia mi życie”, „gdy pokłóćę się z kimś, przez jakiś czas nie odzywam się do niego”, „zazwyczaj jestem opanowana” (tab. 9). Wspólnym mianownikiem wymienionych postaw mógł być brak zdolności do adekwatnego wyrażania złości lub frustracji, nierzadko wiążący się z wyolbrzymionymi wyobrażeniami o niszczyielskim wpływie wyrażanej wobec innych agresji, które skutkują lękiem, poczuciem winy i mogą prowadzić do MS [8, 24, 33, 34].

Postawy związane z wyższą skutecznością leczenia MS u mężczyzn były odmienne od tych zaobserwowanych u kobiet. U mężczyzn korzystny wpływ miały następujące postawy: „drażni mnie, gdy ktoś się cieszy”, „kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją”, „większość bliskich mi ludzi zupełnie mnie nie rozumie”, „bywam tak zapracowany, że nie mam czasu na rozrywkę”, „zawsze, jak coś powiem o sobie, „dostaję po głowie””, „w dzisiejszym świecie uczciwy człowiek musi przegrać” (tab. 9). Znaczna część owych postaw u mężczyzn wydaje się odpowiadać wyjściowo wyższemu na tle pozostałych pacjentów poziomowi Zawzięci (definiowanej przez autorów kwestionariusza jako przeżywanie frustracji w obliczu cudzych sukcesów oraz deprecjonowanie innych osób [29]), który również wiązał się z wyższą skutecznością redukcji MS (tab. 8).

Sprecyzowanie mechanizmów, które odpowiadają za powyższe powiązania, wymaga poszerzenia badań. Niemniej jednak owe dysfunkcjonalne postawy najprawdopodobniej stanowią przejaw zaburzonych struktur osobowości, w obrębie których pod wpływem zastosowanej formy leczenia doszło do korzystnych zmian. Przemawiają za tym także niepublikowane dotąd wyniki dotyczące tej samej grupy pacjentów, według których poziom skali Zawzięci u mężczyzn, którzy uzyskali poprawę w zakresie MS, spadł średnio o 2,53 pkt, zaś u mężczyzn bez owej poprawy o 0,89 pkt, jakkolwiek istotność różnicy w teście t-Studenta wyniosła $p = 0,065$, nie przekraczając progu istotności statystycznej – przypuszczalnie ze względu na niewystarczającą liczebność grupy badanych mężczyzn. Wyniki jeszcze innej analizy dotyczącej tej samej populacji, w ramach której zaobserwowano istotnie wyższe wyjściowe wartości skali Zawzięci u mężczyzn z MS niż u mężczyzn bez MS ($p < 0,001$), także wskazują na obecność związku pomiędzy zawzięcią a MS [1]. Można przypuszczać, że grupowa psychoterapia stanowi dla pacjentów szczególnie sprzyjającą sposobność do

korygującego skonfrontowania się ze swoim przeżywaniem zawiści. Może pozwolić im to na opracowanie bardziej adekwatnych sposobów radzenia sobie z owymi impulsami. Zestawienie tych wyników sugeruje, że nie tyle sama redukcja nasilenia Zawiści może prowadzić ku poprawie w zakresie MS, ale zmiana sposobu przeżywania owych impulsów. Przypuszczalnie poszerzenie wglądu pacjentów oraz ujawnienie przez nich owej problematyki przed grupą mogło zmniejszyć ich poczucie winy wynikające z wrogości do innych i dezaprobatę dla własnej osoby, które mogły przyczynić się do utrzymywania się MS [8].

W świetle powyższych wyników wydaje się, że leczenie MS za pomocą intensywnej psychoterapii w oddziale dziennym pacjentów spełniających kryteria kwalifikacji [22], u których MS współwystępują z wymienionymi postawami, oraz mężczyzn, u których MS współistnieją z wysokim poziomem Zawiści, może często prowadzić do poprawy w tym zakresie.

Uzyskane wyniki sugerują także, że niektóre postawy kobiet mogą wiązać się – przeciwnie do wcześniej omawianych – z niższą niż u pozostałych kobiet (tab. 7) skutecznością leczenia MS. Do postaw tych należały: „często ryzykuję dla samej przyjemności ryzyka”, „kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją”, „lubię robić coś niebezpiecznego”, „czasem, dla przyjemności, robię coś bardzo niebezpiecznego”, „podniecają mnie gry i zakłady o pieniądze”, „gdy ktoś plecie bzdury, zwykle mu to mówię”, „często wybucham z błahaego powodu”, „we współpracy z innymi często przejmuję kierownictwo”, „prawie zawsze podejmuję decyzję na podstawie pierwszego wrażenia”, „jestem pedantką” (tab. 10). Zwraca tutaj uwagę rozbieżność prognostycznego znaczenia poszczególnych czynników wiążących się z podatnością MS na psychoterapię u kobiet i mężczyzn. Najjaskrawiej ilustrowały to wyniki dotyczące postawy „kierowania się przede wszystkim instynktem, intuicją”. Postawa ta u mężczyzn wiązała się z istotnie wyższą skutecznością leczenia MS (dla poprawy w zakresie MS OR = 8,00; 95% CI: 1,70–37,77; tab. 10), zaś u kobiet z istotnie niższą skutecznością leczenia MS (dla poprawy w zakresie MS OR = 0,27; 95% CI: 0,10–0,73; tab. 10). Podobną rozbieżność napotkano w zakresie cech osobowości nerwicowej mierzonych za pomocą skal KON-2006: Skłonności do ryzyka i Impulsywności. Podczas gdy u mężczyzn obserwowano nieprzekraczający progu istotności statystycznej trend polegający na związku wyjściowej Skłonności do ryzyka i Impulsywności z większą skutecznością leczenia MS, u kobiet zależność ta była przeciwna. Wyższe nasilenie obu tych cech u kobiet istotnie wiązało się z większą opornością MS wobec psychoterapii (tab. 8). Dla przybliżenia znaczenia owych wyników kluczowa wydaje się specyfika zastosowanych skal KON-2006. Według założeń autorów kwestionariusza Impulsywność zdefiniowana została jako postrzeganie siebie jako osoby łatwo wybuchającej, kłótlivej, drażliwej, nieżnośnej dla otoczenia, agresywnej fizycznie, a zarazem odczuwającej dezaprobatę dla tych swoich zachowań [29]. Różny zakres dezaprobaty u kobiet i mężczyzn wobec własnych, impulsywnych i agresywnych zachowań mógł być uwarunkowany odmiennymi normami i odbiorem społecznym tych zachowań w zależności od płci. Podczas gdy u kobiet mogły one być nieakceptowane, odbierane krytycznie i uznawane za „niekobiece”, u mężczyzn tego rodzaju impulsywne zachowania mogły być gratyfikowane, służyć uzyskaniu

wyższego statusu w grupie i być odbierane jako „męskie” – owe różnice mogły zatem być źródłem silniejszego samokrytycyzmu u kobiet, bardziej nasilonych konfliktów intrapsychicznych i wyższego nasilenia dystresu, które mogły współodpowiadać za utrzymywanie się MS pomimo psychoterapii [19, 35].

Z kolei Skłonność do ryzyka – także wiążąca się ze stwierdzeniem obniżonej skuteczności leczenia MS u kobiet – została zdefiniowana przez autorów kwestionariusza jako postrzeganie siebie jako osoby poszukującej niebezpieczeństwa, nieobawiającej się nowych sytuacji [29]. Dążenie do ekspozycji na rozmaite niebezpieczeństwa według wielu autorów może mieć charakter pośrednio autodestrukcyjny i wiązać się z MS [3, 4, 8, 36]. Autoagresywni wydzwitek posiadają również dwie postawy najsilniej związane ze słabszą podatnością MS na psychoterapię, występujące u kobiet ($p < 0,01$), a zarazem wskazujące potencjalną przyczynę trudności terapeutycznych: „lubię robić coś niebezpiecznego” i „często ryzykuję dla samej przyjemności ryzyka”. Współwystępowanie MS z owymi postawami sugeruje, iż owe pacjentki mogły prezentować utrwaloną skłonność do regulowania nastroju poprzez ryzykowne zachowania, w tym narażanie swojego życia. U części tego rodzaju pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline przejawy autoagresji, takie jak samookaleczenia, mogą stanowić swoisty „wentyl bezpieczeństwa”, który, jak wskazują niektórzy badacze, pełni funkcję zapobiegawczą wobec tendencji samobójczych [15]. Wobec takiej psychopatologii uzasadnione wydają się twierdzenia wielu autorów o konieczności dłuższego leczenia psychoterapeutycznego [8], co w odniesieniu do badanych było możliwe poprzez kierowanie ich do kontynuacji leczenia, np. w postaci powtórnego uczestniczenia w 12-tygodniowym cyklu intensywnej psychoterapii – skłania ku temu potrzeba uzyskania głębszej zmiany strukturalnej w obrębie osobowości.

Uzyskane wyniki dotyczące trudnych do usunięcia MS u kobiet mogą również wskazywać na komponenty osobowości, którym warto poświęcić szczególną uwagę w toku psychoterapii. Prawdopodobnie w przypadku współwystępowania nasilonej Impulsywności lub Skłonności do ryzyka z MS u pacjentek z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości, korzyści mogłoby przynieść zogniskowanie oddziaływań leczniczych wokół owych wyodrębnionych obszarów, ich intensyfikacja lub uwzględnienie metod wykraczających poza te rutynowo stosowane w dziennym oddziale psychoterapeutycznym. Przemawiają za tym również niepublikowane dotąd wyniki innej części projektu badawczego obejmującego tę samą populację pacjentów. W ich rezultacie stwierdzono, że – w zestawieniu z grupą bez poprawy w zakresie MS – u pacjentek, które uzyskały ową poprawę, jednocześnie nastąpiła silniejsza redukcja Impulsywności ($p = 0,025$).

Ponadto, wobec potwierdzonej skuteczności psychofarmakoterapii w leczeniu wymienionych grup pacjentów [37], wydaje się, że redukcja zakresu jej stosowania w przypadku występowania uporczywych MS wymaga szczególnej rozwagi. Z kolei wyróżnienie innych, konkretnych metod leczniczych pomocnych w tych przypadkach w eliminowaniu MS wymaga poszerzonych badań.

Wpływ na zaobserwowane różnice pomiędzy płciami w zakresie rokowniczego znaczenia cech osobowości mogła mieć również znaczna liczba pacjentek z zaburzeniami odżywiania uczestniczących w niniejszym badaniu, podczas gdy żaden

mężczyzna nie spełniał kryteriów diagnostycznych tych zaburzeń (tab. 5). Przemawia za tym również fakt, iż 44,4% kobiet z zaburzeniami jedzenia wyjściowo zgłaszało MS, przy rozpowszechnieniu MS dla wszystkich kobiet wynoszącym 29,1% (tab. 5 i 9). W tym kontekście warto także przytoczyć wyniki osobnej analizy dotyczącej tej samej grupy pacjentów, według której występowanie napadów głodu, szczególnie tych powodujących konieczność jedzenia w nocy – a więc objawu zaburzeń jedzenia, istotnie wiązało się z obniżonymi szansami redukcji MS u kobiet (OR = 0,19; 95% CI: 0,07–0,56; $p < 0,01$) [38]. Obserwacje te współbrzmia z doniesieniami opisującymi zaburzenia jedzenia jako często współwystępujące z przejawami autoagresji, włączając w to MS, a przy tym jako zaburzenia uporczywe, wymagające długoterminowej terapii i często cechujące się stosunkowo niską podatnością na różne formy leczenia [8, 39–41].

Ograniczeniem przeprowadzonego badania była niemożność zweryfikowania trwałości uzyskanej poprawy. Także Kwestionariusz KO„O” odnosi się do objawów występujących u pacjentów w ciągu ostatnich siedmiu dni, co mogło się wiązać z niewychwyceniem osób, u których MS ustąpiły jedynie tymczasowo. Doświadczenie kliniczne wskazuje również na konieczność uwzględniania faktu, że niektórzy pacjenci mogą odbierać pojawiające się MS jako egosyntoniczne. Ze względu na proces kwalifikacji do leczenia w opisywanym oddziale, obecność tego rodzaju pacjentów w badanej grupie jest mało prawdopodobna, niemniej jednak między innymi z tego powodu należy zaznaczyć, że zadeklarowanie w kwestionariuszu przez pacjentów obecności „uciążliwych” MS nie jest równoważne z obecnością MS stwierdzaną podczas badania psychiatrycznego. Ograniczeniem niniejszego badania jest też brak grupy kontrolnej składającej do pytania o możliwość wnioskowania co do skuteczności zastosowanego leczenia na podstawie zaobserwowanej redukcji MS. Wydaje się to jednak wysoce prawdopodobne wobec odnotowanej dynamiki rozpowszechnienia i nasilenia MS (tab. 6 i 7) oraz faktu, iż zastosowany sposób leczenia stanowi powszechnie uznaną metodę stosowaną wobec grup pacjentów, do których należeli badani [8, 25, 26, 42]. Należy przyjąć, że obserwowane zmiany dotyczące MS w przypadku każdego z pacjentów były rezultatem innych, zindywidualizowanych oddziaływań ze spektrum interwencji psychoterapeutycznych mieszczących się w ramach psychoterapii zintegrowanej z przewagą podejścia psychodynamicznego oraz elementami terapii behawioralnej i poznawczej, zastosowanych przez terapeutów [2, 38]. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że skuteczność psychoterapeutycznego leczenia MS – objawu o wyjątkowo złożonej etiopatogenezie – może być współdeterminowana przez równie złożony i trudny do określenia zespół czynników, spośród których niewielka część została poddana analizie w toku niniejszego badania.

Wnioski

1. Wyjściowo nasiloną Skłonność do ryzyka i Impulsywność u kobiet mogą współwystępować z MS o podwyższonej oporności na leczenie. Skłania to do zwrócenia szczególnej uwagi na owe podgrupy i starannego doboru stosowanych wobec nich oddziaływań leczniczych. Prawdopodobnie zogniskowanie oddziaływań

terapeutycznych wokół wyżej wymienionych komponentów osobowości mogłoby prowadzić u tych pacjentek do wzrostu skuteczności leczenia MS.

2. Redukowanie MS podczas psychoterapii wydaje się szczególnie skuteczne u kobiet, które przejawiały trudności w adekwatnym wyrażaniu złości oraz u mężczyzn o wyjściowo wysokim poziomie Zawiści, co potwierdza zasadność koncentracji terapii na tych właśnie obszarach psychopatologii.

Podziękowania: Korekta i adiustacja tekstu: mgr Anna Rodzińska

Piśmiennictwo

1. Sobański JA, Cyranka K, Rodziński P, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E. i wsp. *Czy cechy osobowości i nasilenie objawów nerwicowych wiążą się ze sprawozdawaniem myśli samobójczych u pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych?* Psychiatr. Pol. 2014 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/5].
2. Rodziński P, Sobański JA, Rutkowski K, Cyranka K, Murzyn A, Dembińska E. i wsp. *Skuteczność terapii na oddziale dziennym leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych w zakresie redukcji nasilenia i eliminacji myśli samobójczych.* Psychiatr. Pol. 2015 (przyjęto do druku).
3. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Montebovi F, Palermo M, Campi S. i wsp. *Car accidents as a method of suicide: a comprehensive overview.* Forensic Sci. Int. 2012; 223(1–3): 1–9.
4. Hodgins DC, Mansley C, Thygesen K. *Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers.* Am. J. Addict. 2006; 15(4): 303–310.
5. Borges G, Loera CR. *Alcohol and drug use in suicidal behaviour.* Curr. Opin. Psychiatry 2010; 23(3): 195–204.
6. Liu RT, Miller I. *Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review.* Clin. Psychol. Rev. 2014; 34(3): 181–192.
7. Sawicka J, Szulc A, Bachórzewska-Gajewska H. *Samobójstwa wśród chorych z zaburzeniami psychicznymi – opisy przypadków.* Psychiatr. Pol. 2013; 47(1): 135–146.
8. Leenaars AA. *Psychotherapy with suicidal people a person-centred approach.* Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.; 2004.
9. Kim JM, Stewart R, Kim SW, Kang HJ, Kim SY. *Interactions between a serotonin transporter gene, life events and social support on suicidal ideation in Korean elders.* J. Affect. Disord. 2014; 160: 14–20.
10. Kang HJ, Kim JM, Lee JY, Kim SY, Bae KY. *BDNF promoter methylation and suicidal behavior in depressive patients.* J. Affect. Disord. 2013; 151(2): 679–685.
11. Kim JM, Kang HJ, Bae KY, Kim SW, Shin IS. *Association of BDNF promoter methylation and genotype with suicidal ideation in elderly Koreans.* Am. J. Geriatr. Psychiatry 2014; 22(10): 989–996.
12. Brzozowska A. *Krzywdzenie dzieci jako czynnik ryzyka zachowań samobójczych – przegląd literatury.* Psychiatr. Pol. 2004; 38(1): 29–36.
13. Krysinska K, Lester D. *Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review.* Arch. Suicide Res. 2010; 14(1): 1–23.
14. Rutkowski K. *Diagnostyka porównawcza zaburzeń pourazowych.* Psychiatr. Pol. 2005; 39(1): 75–88.

15. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F. *Borderline personality disorder; self-mutilation and suicide: literature review*. *Encephale* 2008; 34(5): 452–458.
16. Schaefer KE, Esposito-Smythers C, Riskind JH. *The role of impulsivity in the relationship between anxiety and suicidal ideation*. *J. Affect. Disord.* 2012; 143: 95–101.
17. Brezo J, Paris J, Turecki G. *Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review*. *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 113(3): 180–206.
18. Blüml V, Kapusta ND, Doering S, Brähler E, Wagner B, Kersting A. *Personality factors and suicide risk in a representative sample of the german general population*. *PLoS One* 2013; 8(10): e76646.
19. Handley TE, Attia JR, Inder KJ, Kay-Lambkin FJ, Barker D, Lewin TJ. i wsp. *Longitudinal course and predictors of suicidal ideation in a rural community sample*. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2013; 47(11): 1032–1040.
20. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnostyce i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28(6): 667–676.
21. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”*. *Psychiatr. Pol.* 2000; 34(6): 931–943.
22. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. *Psychiatr. Psychoter.* 2011; 7(4): 20–34.
23. Wołodźko T, Kokoszka A. *Próba klasyfikacji osób podejmujących zachowania samobójcze – przegląd badań z zastosowaniem analizy skupień*. *Psychiatr. Pol.* 2014; 48(4): 823–834.
24. Aleksandrowicz J. *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
25. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym*. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28(4): 421–430.
26. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości*. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(1): 29–48.
27. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Mielimąka M, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006*. *Psychiatr. Pol.* Online First 2015 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/6].
28. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej. KON-2006*. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41(6): 759–778.
29. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Dorota Stolarska D. *KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. *Arch. Psychiatrii Psychother.* 2009; 11(1): 21–29.
30. Ježková V, Matulová P. *Pilot study of KON-2006 in the Czech Republic*. *Arch. Psychiatr. Psychother.* 2010; 12(3): 57–61.
31. Styła R. *Concept of reliable change in the usage of the KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. *Arch. Psychiatr. Psychother.* 2011; 13(3): 21–24.
32. Białas A. *Wiek pacjentów a skuteczność psychoterapii i możliwość zmiany cech osobowości*. *Psychoterapia* 2008; 1: 27–42.
33. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
34. Yalom DI, Leszcz M. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.

35. Mandal E, Zalewska K. *Psychiczna kobiecość i męskość, poczucie własnej atrakcyjności, style przywiązania, style radzenia sobie i strategie autoprezentacji u kobiet podejmujących próby samobójcze*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(3): 329–339.
36. Suchańska A. *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 1998.
37. Jarema M. *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Gdańsk: Via Medica; 2011.
38. Rodziński P, Rutkowski K, Sobański JA, Murzyn A, Cyranka K i wsp. *Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii na dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe*. Psychiatr. Pol. 2015 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32223].
39. Fennig S, Hadas A. *Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders*. Nord. J. Psychiatry 2010; 64(1): 32–39.
40. Franko DL, Keel PK. *Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications*. Clin. Psychol. Rev. 2006; 26(6): 769–782.
41. Pilecki MW, Józefik B, Sałapa K. *The relationship between assessment of family relationships and depression in girls with various types of eating disorders*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 385–395.
42. Fowler JC. *Core principles in treating suicidal patients*. Psychotherapy (Chic) 2013; 50(3): 268–272.

Adres: Paweł Rodziński
Katedra Psychoterapii UJ CM
ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków

Otrzymano: 27.10.2014
Zrecenzowano: 15.11.2014
Otrzymano po poprawie: 17.11.2014
Przyjęto do druku: 2.02.2015

Projekt współfinansowany ze środków
Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego
2012-2017

Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST Nr 11.

Published ahead of print 25 March, 2015

www.psychiatriapolska.pl

ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)

DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/32223>

Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe

Reduction of suicidal ideation in patients undergoing psychotherapy in the day hospital for the treatment of neurotic and behavioral disorders and neurotic symptoms reported by them before the hospitalization

Paweł Rodziński¹, Krzysztof Rutkowski¹, Jerzy A. Sobański¹,
Agnieszka Murzyn², Katarzyna Cyranka¹, Karolina Grządziel³,
Bogna Smiatek-Mazgaj¹, Katarzyna Klasa⁴,
Łukasz Müldner-Nieckowski¹, Edyta Dembińska¹, Michał Mielimąka¹

¹ Katedra Psychoterapii UJ CM
p.o. Kierownika: dr hab. n. med. K. Rutkowski, prof. UJ

² Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM
Kierownik: dr n. med. M. Pilecki

³ Katedra Historii Medycyny UJ CM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Śródka

⁴ Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
Kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski, prof. UJ

Summary

Aim. Analysis of associations between symptoms reported before the beginning of the hospitalization and reduction of suicidal ideation – or its lack – obtained until the end of the hospitalization in patients of the day hospital for the treatment of neurotic and behavioral disorders.

Material and method. Symptoms Checklist KO“O” and Life Inventory completed by 473 women and 207 men treated with intensive integrative psychotherapy with predominance of psychodynamic approach in the day hospital due to neurotic, behavioral and personality disorders between 2005-2013. Percentages of patients reporting SI initially and at the end of

the treatment were 29.1% and 10.2% respectively in women and 36.5% and 13.7% in men. The improvement in terms of initially reported SI was obtained by 84.3% of women and 77.5% of men. Among patients, those initially reporting SI were characterized by greater intensity of neurotic symptoms ($p < 0.001$) and greater intensity of nearly all of 14 subtypes of neurotic symptoms ($p < 0.05$).

Results. Among those reporting SI, subgroups of women with greater intensity of Obsessive-compulsive symptoms ($p = 0.003$), Neurasthenia ($p = 0.005$), Autonomic disorders ($p = 0.044$) and women reporting episodes of uncontrollable hunger ($p < 0.01$) had significantly lower chances of improvement in terms of SI than others.

Conclusions. Patients initially reporting SI constituted approximately 1/3 in both genders and were characterized by greater intensity of neurotic disorders. Among those, women with particularly higher intensity of Obsessive-compulsive symptoms, Neurasthenia and Autonomic disorders and women reporting episodes of uncontrollable hunger seemed to suffer from SI that were more resistant to the psychotherapy. As such, those subgroups of women require special attention and diligent selection of the therapeutic methods.

Słowa kluczze: myśli samobójcze, objawy nerwicowe, psychoterapia

Key words: suicidal ideations, neurotic symptoms, psychotherapy

Wstęp

Myśli samobójcze (MS) należą do najbardziej problematycznych objawów spotykanych u pacjentów z zaburzeniami lękowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości. Ich występowanie wiąże się z ryzykiem dokonywania samouszkodzeń [1, 2] i innych aktów autoagresji [3], prowokowaniem sytuacji będących zagrożeniem dla zdrowia i życia [4], jak również z ryzykiem podejmowania prób samobójczych [5, 6]. Ryzyko pojawienia się wymienionych komplikacji rzutuje na bezpieczeństwo terapii na każdym jej etapie. Szczególnie dotyczy to dziennych oddziałów psychoterapeutycznych, gdzie poza godzinami zajęć nie ma możliwości objęcia pacjenta obserwacją i opieką medyczną. Jednocześnie wysoka intensywność psychoterapii prowadzonej na tego typu oddziale nierzadko stanowi przejściowo dodatkowe obciążenie. Wynika to z ograniczonej zdolności pacjentów do tolerowania napięcia emocjonalnego wyzwalanego podczas terapii ukierunkowanej na wgląd [7–11].

Pośród różnorodnych objawów obserwowanych w oddziałach psychoterapeutycznych, MS są jednymi z najczęściej zgłaszanych. Obserwuje się je u około 1/3 pacjentów [12]. Według licznych doniesień badawczych, do pacjentów z MS, jak również innymi, współwystępującymi przejawami autoagresji, często należą pacjenci z głębokimi zaburzeniami osobowości [13] oraz pacjentki z zaburzeniami odżywiania się, szczególnie bulimią [14–16].

Ponadto, jak wskazują doniesienia badawcze, pacjenci oddziału psychoterapeutycznego zgłaszający MS tworzą grupę będącą pod wieloma względami w poważniejszym stanie klinicznym niż postali. Cechują się oni zarówno wyższym nasileniem objawów nerwicowych, jak i wyższym nasileniem zaburzeń osobowości [12].

Przytoczone wyniki badań unaoczniają niebagatelne znaczenie skutecznego leczenia MS. Stąd zarówno podczas kwalifikacji, jak i podczas samego leczenia konieczne jest właściwe rozeznanie przez zespół terapeutyczny znaczenia zgłaszanych MS.

Kluczowym jest uwzględnienie specyficznej postaci MS, w jakiej są prezentowane, towarzyszących im planów i fantazji [8], ich znaczenia w kontekście osobowości pacjenta oraz całości obrazu psychopatologicznego [6, 8–10]. Dopiero owa pogłębiona refleksja pozwala zespołowi terapeutów zaplanować właściwe interwencje. Terapeuci w takich sytuacjach spotykają się z szeregiem dylematów dotyczących wyboru oddziaływań leczniczych i formułowania interwencji terapeutycznych [8, 17], którym towarzyszyć musi dbałość o bezpieczeństwo pacjentów.

Pomimo tak dużego znaczenia skuteczności psychoterapii w eliminowaniu MS u pacjentów dziennych oddziałów psychoterapeutycznych, w dostępnym autorom piśmiennictwie medycznym nie natrafiono na inne prace poświęcone czynnikom wpływającym na ową skuteczność.

Cel

Analiza związków pomiędzy objawami zgłaszanymi przed rozpoczęciem hospitalizacji a redukcją myśli samobójczych (ich ustąpienia lub zmniejszenia ich intensywności) – lub jej brakiem – do czasu zakończenia owej hospitalizacji u pacjentów leczonych za pomocą kompleksowej psychoterapii (grupowej w wymiarze 10–15 sesji tygodniowo łączonej z jedną sesją indywidualną) prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych.

Material i metoda

Źródłem informacji na temat MS, definiowanych jako chęć odebrania sobie życia, był kwestionariusz KO„O” [18, 19]. Jest to narzędzie służące do pomiaru nasilenia objawów występujących w przebiegu zaburzeń nerwicowych. Kwestionariusz wypełniany był przez pacjentów w trakcie kwalifikacji do leczenia [20] oraz powtórnie w ostatnich dniach hospitalizacji. Do oszacowania rozpowszechnienia i nasilenia MS posłużyły odpowiedzi pacjentów na pytanie o „uciążliwość w ciągu ubiegłych siedmiu dni chęci odebrania sobie życia” (pozycja 62. w KO„O”). Kwestionariusz umożliwia udzielenie odpowiedzi negatywnej (0), oznaczającą brak uciążliwych MS, natomiast pozytywna odpowiedź wymaga od pacjenta wybrania jednej z trzech opcji, służących rozróżnieniu stopnia uciążliwości danego objawu: (a) nieznacznie uciążliwe, (b) średnio uciążliwe, (c) wysoce uciążliwe.

Charakterystyka socjodemograficzna badanej populacji

Grupę badaną stanowiło 680 pacjentów: 473 kobiety i 207 mężczyzn, którzy byli leczeni w psychoterapeutycznym oddziale dziennym z powodu zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości w latach 2005–2013.

Źródłem podstawowych danych socjodemograficznych była Ankieta Życiorysowa wypełniana przez pacjentów na etapie kwalifikacji do leczenia. Zawierała ona pytania m.in. dotyczące płci i wieku (tab. 1), stanu cywilnego (tab. 2), wykształcenia (tab. 3)

i źródła utrzymania (tab. 4). Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 29,9 roku, zaś mężczyzn 30,4 roku.

Tabela 1. **Wiek pacjentów [12]**

Płeć	Kobiety	Mężczyźni
Liczebność	461	219
Średnia \pm odchylenie std.	29,9 \pm 8,1 roku	30,4 \pm 7,4 roku
Mediana	27,4 roku	29,0 lat
Minimum–maksimum	18,2–57,1 roku	18,9–55,6 roku

Tabela 2. **Stan cywilny [12]**

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Panna/Kawaler	288	62,5%	140	63,9%
Zamężna/-y	145	31,5%	69	31,5%
Separacja	5	1,1%	2	0,9%
Rozwiedziona/-y	20	4,3%	7	3,2%
Wdowa/wdowiec	3	0,7%	1	0,5%

Tabela 3. **Wykształcenie [12]**

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Podstawowe	2	0,4%	0	0,0%
Średnie nieukończone	6	1,3%	6	2,7%
Średnie ukończone	112	24,3%	53	24,2%
Nieukończone licencjackie lub pomaturalne	23	5,0%	8	3,7%
Licencjat lub pomaturalne ukończone	41	8,9%	16	7,3%
Wyższe nieukończone	72	15,6%	33	15,1%
Wyższe ukończone	205	44,5%	103	47,0%

Tabela 4. **Źródło utrzymania [12]**

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Na utrzymaniu rodziny/uczeń/student	135	29,3%	50	22,8%
Pracownik umysłowy	157	34,1%	72	32,9%
Pracownik sektora usług/rzemiosła	31	6,7%	17	7,8%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Robotnik	3	0,7%	3	1,4%
Rolnik	3	0,7%	0	0,0%
Własna firma, przedsiębiorstwo rodzinne	18	3,9%	22	10,0%
Bezrobotny	60	13,0%	28	12,8%
Renta	5	1,1%	2	0,9%
Emerytura	1	0,2%	1	0,5%
Inne	48	10,4%	24	11,0%

Rodzaje zaburzeń i przebieg leczenia

Kwalifikacja do leczenia w Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic i Zaburzeń Behawioralnych Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, oprócz badań za pomocą kilku kwestionariuszy (w tym dwóch wyżej wymienionych), obejmowała co najmniej dwa badania psychiatryczne i badanie psychologiczne pozwalające na wykluczenie wysokiego ryzyka samobójczego [20, 21] oraz innych zaburzeń, uniemożliwiających korzystanie z psychoterapii w tutejszym oddziale dziennym (m.in. zaburzeń afektywnych, psychoz schizofrenicznych, zaburzeń egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich chorób somatycznych) [12, 20]. Cykl badań ambulatoryjnych zamykał się zwykle w czasie 2–3 tygodni. Na rozpoczęcie leczenia w oddziale dziennym zakwalifikowani pacjenci oczekiwali zwykle od 4 do 12 tygodni.

Do badania włączono wyłącznie pacjentów podejmujących leczenie w wyżej wymienionym oddziale po raz pierwszy. Grupę objętą badaniem stanowiły osoby z rozpoznaniem zaburzeń ze spektrum F40–F69, w tym pacjenci z podwójną diagnozą, tj., zaburzeniami osobowości z towarzyszącymi innymi zaburzeniami z grup F4 i F5 (tab. 5).

Tabela 5. Rodzaj zaburzeń wg klasyfikacji ICD-10 [12]

	Kobiety (n = 461)		Mężczyźni (n = 219)	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
F40 Zaburzenia lękowe w postaci fobii	51	11,1%	31	14,2%
F41 Inne zaburzenia lękowe	145	31,5%	73	33,3%
F42 Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	15	3,3%	12	5,5%
F43 Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	40	8,7%	18	8,2%
F44 Zaburzenia dysocjacyjne	9	2,0%	1	0,5%
F45 Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną	45	9,8%	20	9,1%
F48 Inne zaburzenia nerwicowe	3	0,7%	8	3,7%
F50 Zaburzenia odżywiania się	27	5,9%	0	0,0%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

F60/F61 Specyficzne zaburzenia osobowości lub Zaburzenia osobowości mieszane i inne ^a	198	43,0%	94	42,9%
Inne ^b	19	4,1%	13	5,9%

^a – zaburzenia osobowości często stanowiły drugie rozpoznanie towarzyszące rozpoznaniu zaburzeń z grup F4–F5, ^b – rozpoznania współwystępujące z diagnozami zaburzeń z grup F40–F69.

Planowy czas trwania terapii wynosił 12 tygodni. W trakcie leczenia pacjenci uczestniczyli w intensywnej, codziennej psychoterapii w grupach otwartych liczących średnio 8–10 osób w wymiarze 10–15 sesji tygodniowo, połączonej z jedną sesją terapii indywidualnej tygodniowo. Psychoterapia prowadzona była w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego z elementami terapii poznawczej i behawioralnej [10, 20, 22–24].

Niewielka część pacjentów korzystała równocześnie z psychofarmakoterapii, wycyfywanej równoległe z poprawą kliniczną lub nawet wcześniej – w celu uzyskania dostępu do przeżywania pacjentów, w tym okoliczności występowania objawów. Według oddzielnych, niepublikowanych jeszcze badań A. Murzyn, w grupie 169 pacjentów z lat 2008–2011 odsetek badanych korzystających z leków przeciwdepresyjnych lub uspokajających w tym samym oddziale wynosił zaledwie 3%.

W przypadku badanej grupy całkowity odstęp pomiędzy rozpoczęciem kwalifikacji i badaniami wypisowymi wyniósł średnio 137,1 ± 30,3 dnia dla kobiet oraz 132,4 ± 30,5 dnia w grupie mężczyzn.

Nasilenie dolegliwości nerwicowych w zależności od wyjściowej obecności lub nieobecności MS

Wykorzystując test t-Studenta dla prób niezależnych, porównano wartości skal Kwestionariusza objawowego KO„O” u pacjentów, którzy podczas kwalifikacji do leczenia zgłosili MS, oraz tych, którzy ich nie zgłosili. Stwierdzono, że pacjenci zgłaszający MS w stosunku do pozostałych odznaczali się wyraźnie wyższym globalnym nasileniem dolegliwości typowych dla zaburzeń nerwicowych ($p < 0,001$) i wyższym nasileniem niemal wszystkich z 14 grup owych dolegliwości mierzonych za pomocą KO„O” ($p < 0,001$) – jedynym wyjątkiem były nieorganiczne zaburzenia snu u mężczyzn, w przypadku których różnice były nieistotne statystycznie [12].

Zmiany w zakresie MS zaobserwowane u pacjentów

Wśród kobiet wyjściowe rozpowszechnienie MS wynosiło 29,1%, zaś końcowe 10,2%. Wśród mężczyzn odnotowano początkowe rozpowszechnienie MS wynoszące 36,5%, zaś pod koniec terapii wyniosło ono 13,7% (tab. 6).

Tabela 6. **Rozpowszechnienie i zmiany w zakresie MS u wszystkich badanych, osobno dla kobiet i mężczyzn (n = 680) [12]**

	Kobiety (n = 461)			Mężczyźni (n = 219)			* Różnice pomiędzy płciami	
	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Chi ²	p
MS obecne podczas kwalifikacji	134	29,1%	25,1%–33,4%;	80	36,5%	30,4%–43,1%	3,83	ns
MS obecne podczas badania końcowego	47	10,2%	7,8%–13,3%	30	13,7%	9,8%–18,9%	1,82	ns
Poprawa w zakresie MS (ustąpienie lub redukcja ich nasilenia)	113	24,5%	20,8%–28,6%	62	28,3%	22,8%–34,6%	1,12	ns
Ustąpienie MS	103	22,3%	18,8%–26,4%	53	24,2%	19,0%–30,3%	0,29	ns
Pogorszenie w zakresie MS (definiowane jako wzrost ich nasilenia lub ich pojawienie się)	23	5,0%	3,4%–7,4%	6	2,7%	1,3%–5,9%	1,84	ns
Pojawienie się MS pod koniec terapii przy wyjściowym ich braku	16	3,5%	2,2%–5,6%	3	1,4%	0,5%–4,0%	2,41	ns
Wzrost nasilenia MS w stosunku do ich nasilenia z czasu kwalifikacji	7	1,5%	0,7%–3,1%	3	1,4%	0,5%–4,0%	0,02	ns
Pogorszenie lub brak zmian w zakresie MS	37	8,0%	5,9%–10,9%	21	9,6%	6,4%–14,2%	0,47	ns

Zastosowano test niezależności Chi² Pearsona; ns – różnice nieistotne statystycznie ($p \geq 0,05$).

Zestawienie zmian zaobserwowanych u badanych, u których początkowo występowały MS, ujawniło istotną statystycznie ($p < 0,05$), wielokrotną przewagę odsetka pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS (definiowanej jako ich ustąpienie lub redukcję ich nasilenia), nad odsetkiem pacjentów, u których doszło w tym zakresie do pogorszenia (definiowanego jako wzrost nasilenia MS). W tej podgrupie poprawę uzyskało 84,3% kobiet, podczas gdy wzrost nasilenia wyjściowo obecnych MS odnotowano zaledwie u 5,2% pacjentek. W podgrupie mężczyzn z MS obecnymi podczas kwalifikacji poprawę osiągnęło 77,5%, zaś wzrost nasilenia MS nastąpił jedynie u 3,8%. Ponadto u zdecydowanej większości pacjentów, u których odnotowano poprawę, polegała ona na ustąpieniu MS. W podgrupach, w których wyjściowo deklarowano obecność MS, ich ustąpienie zaobserwowano u 76,9% kobiet oraz u 66,2% mężczyzn (tab. 7).

Tabela 7. Zmiany w zakresie MS w grupie pacjentów, którzy zadeklarowali ich występowanie podczas kwalifikacji (n = 214) [12]

	Kobiety (n = 134)			Mężczyźni (n = 80)			* Różnice pomiędzy płciami	
	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Chi ²	p
Poprawa w zakresie MS (definiowana jako ich ustąpienie lub redukcja ich nasilenia)	113	84,3%	77,2%–89,5%	62	77,5%	67,2%–85,2%	1,57	ns
Ustąpienie MS	103	76,9%	69,0%–83,2%	53	66,2%	55,4%–75,5%	2,86	ns
Redukcja nasilenia MS	10	7,5%	4,1%–13,2%	9	11,3%	6,0%–20,8%	0,89	ns
Brak zmian w nasileniu MS	14	10,4%	6,4%–16,8%	15	18,8%	11,7%–28,7%	2,95	ns
Wzrost nasilenia MS	7	5,2%	2,6%–10,4%	3	3,8%	1,4%–10,4%	0,24	ns
Brak poprawy (brak zmian w nasileniu lub wzrost nasilenia MS)	21	15,7%	10,5%–22,8%	18	22,5%	14,8%–32,8%	1,57	ns

Zastosowano test niezależności Chi² Pearsona; ns – różnice nieistotne statystycznie ($p \geq 0,05$)

Określenie powiązań pomiędzy początkowo zgłoszonymi objawami nerwicowych a poprawą w zakresie MS

Porównano informacje zawarte w kwestionariuszu objawowym KO_{„O”} (opisującym występowanie i nasilenie 135 objawów typowych dla zaburzeń nerwicowych, tworzących 14 skal objawowych i dostarczających informacji o globalnym nasileniu objawów – współczynnik OWK) [18, 19] osobno dla kobiet i mężczyzn, u których uzyskano poprawę w zakresie MS, z informacjami dotyczącymi tych, u których nie nastąpiła taka poprawa.

Dane uzyskane w wyniku wymienionych badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów, przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej. W analizie statystycznej wykorzystano stosownie do rodzaju analizowanych zmiennych test niezależności Chi² Pearsona i test t-Studenta dla prób niezależnych w przypadku zmiennych o rozkładzie normalnym. Podejmowano także próby wykorzystania regresji logistycznej, jednak skonstruowanie użytecznego modelu okazało się niemożliwe ze względu na efekt współliniowości wielu zmiennych. Używano licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL.

Wyniki

Porównując średnie wartości skal Kwestionariusza objawowego KO„O” natrafiono na istotne różnice pomiędzy podgrupą pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS, a tymi, u których nie nastąpiła taka zmiana. Brak poprawy u kobiet wiązał się w sposób istotny statystycznie z wyższymi wartościami następujących skal: Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne ($p = 0,003$), Neurastenia ($p = 0,005$), Zaburzenia autonomiczne ($p = 0,044$), co przedstawia tabela 8.

Różnice pomiędzy wartościami skal u mężczyzn, którzy uzyskali poprawę, a tymi, którzy jej nie uzyskali, były nieistotne statystycznie, co mogło mieć związek z ich mniejszą liczebnością niż kobiet (tab. 8).

Tabela 8. Porównanie średnich wartości skal Kwestionariusza objawowego KO„O” z okresu kwalifikacji do leczenia pacjentów, u których później doszło do poprawy (ustąpienia lub redukcji nasilenia MS), oraz tych, u których nie doszło do poprawy w zakresie MS

Skale Kwestionariusza KO„O”	Kobiety (n = 134)				Mężczyźni (n = 80)			
	Zmiany w zakresie MS		Test t-Studenta		Zmiany w zakresie MS		Test t-Studenta	
	Brak poprawy (n = 21)	Poprawa (n = 113)	t	p	Brak poprawy (n = 18)	Poprawa (n = 62)	t	p
Ogólna wartość kwestionariusza (OWK)	496,0 ± 138,0	435,1 ± 132,4	1,92	ns	413,6 ± 140,2	434,3 ± 142,5	-0,55	ns
1. Zaburzenia fobiczne	8,1 ± 1,4	8,4 ± 1,3	-1,26	ns	8,9 ± 0,7	9,0 ± 1,2	-0,03	ns
2. Inne zaburzenia lękowe	6,0 ± 1,7	5,4 ± 1,4	1,78	ns	5,3 ± 1,4	5,2 ± 1,6	0,41	ns
3. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	7,0 ± 1,5	5,6 ± 1,9	2,98	**	5,0 ± 2,1	5,7 ± 2,1	-1,25	ns
4. Konwersje	7,3 ± 1,7	7,0 ± 1,7	0,87	ns	7,3 ± 1,9	7,5 ± 1,7	-0,48	ns
5. Zaburzenia autonomiczne (ukł. krążenia)	6,6 ± 1,8	5,8 ± 1,7	2,03	*	6,2 ± 1,6	6,4 ± 1,7	-0,54	ns
6. Zaburzenia somatyzacyjne	7,6 ± 1,8	6,9 ± 1,6	1,62	ns	7,7 ± 1,5	7,8 ± 1,9	-0,19	ns
7. Zaburzenia hipochondryczne	5,7 ± 1,4	5,1 ± 1,4	1,90	ns	5,1 ± 1,9	5,3 ± 1,5	-0,41	ns
8. Neurastenia	4,2 ± 2,1	3,1 ± 1,6	2,83	**	3,4 ± 1,7	4,1 ± 1,9	-1,44	ns
9. Depersonalizacje i derealizacje	7,2 ± 1,3	6,6 ± 1,6	1,59	ns	6,1 ± 1,8	6,1 ± 1,8	-0,09	ns
10. Unikanie i zależność	5,0 ± 1,6	4,7 ± 1,5	0,85	ns	4,8 ± 1,3	5,3 ± 1,4	-1,17	ns

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

11. Impulsywność i histryczność	6,6 ± 1,8	6,4 ± 1,7	0,34	ns	7,8 ± 1,6	7,4 ± 1,9	0,70	ns
12. Nieorganiczne zaburzenia snu	5,1 ± 1,5	5,3 ± 1,7	-0,49	ns	5,2 ± 1,6	4,8 ± 2,1	0,70	ns
13. Dysfunkcje seksualne	5,9 ± 2,5	5,3 ± 1,9	1,25	ns	4,8 ± 2,0	5,4 ± 2,3	-0,88	ns
14. Dystymia	4,5 ± 1,6	4,3 ± 1,5	0,53	ns	4,8 ± 1,5	4,8 ± 1,4	-0,03	ns

* – oznaczono różnice istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ns – różnice nieistotne statystycznie ($p \geq 0,05$)

W kolejnym etapie analizy stwierdzono liczne, istotne powiązania pomiędzy wyższymi szansami na poprawę w zakresie MS obecnością poszczególnych objawów. U kobiet były to: poczucie zmniejszenia się szybkości myślenia i bystrości (OR = 7,13; 95% CI: 2,04–25,00; $p < 0,01$) i poczucie pogorszenia się pamięci (OR = 2,86; 95% CI: 1,05–7,81), zaś u mężczyzn: niechęć do podejmowania kontaktów heteroseksualnych (OR = 7,50; 95% CI: 1,59–35,41; $p < 0,01$), częste wybudzanie się w nocy (OR = 4,20; 95% CI: 1,38–12,81), poczucie nieokreślonego zagrożenia (OR = 3,38; 95% CI: 0,99–11,54), odczucie, że inni są nieprzyjaźnie nastawieni (OR = 3,02; 95% CI: 0,99–9,18), co przedstawia tabela 9.

Tabela 9. Objawy nerwicowe (zawarte w Kwestionariuszu objawowym KO"O"), których obecność istotnie wiązała się z większymi szansami redukcji MS w stosunku do szans pacjentów, u których objawy te nie wystąpiły – osobno dla kobiet i mężczyzn

Treść pytania	Szanse na poprawę w zakresie MS (n = 214)									
	Kobiety (n = 134)					Mężczyźni (n = 80)				
	Chi ² Pearsona	OR	95% CI	p	Chi ² Pearsona	OR	95% CI	p		
Poczucie zmniejszenia się szybkości myślenia i bystrości	11,75	7,13	2,04	25,00	**	1,15	2,28	0,49	10,64	ns
Poczucie pogorszenia się pamięci	4,46	2,86	1,05	7,81	*	0,01	0,93	0,23	3,76	ns
Niechęć do podejmowania kontaktów heteroseksualnych	4,90	0,33	0,12	0,91	*	8,08	7,50	1,59	35,41	**
Częste wybudzanie się w nocy	1,81	0,42	0,12	1,53	ns	6,88	4,20	1,38	12,81	*
Poczucie nieokreślonego zagrożenia	0,22	0,73	0,20	2,71	ns	4,03	3,38	0,99	11,54	*
Odczucie, że inni są nieprzyjaźnie nastawieni	0,12	0,83	0,28	2,45	ns	3,97	3,02	0,99	9,18	*

Współczynniki istotności powiązań obliczone dla testu chi-kwadrat Pearsona oznaczono * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; różnice nieistotne statystycznie oznaczono ns.

Ponadto stwierdzono, że występowanie niektórych objawów wiązało się z niższymi szansami pacjentów na osiągnięcie poprawy w zakresie MS – w tej kwestii różnice pomiędzy obiema płciami również były wyraźne. U kobiet były to: zawroty głowy (OR = 0,19; 95% CI: 0,04–0,87), lęk i inne przykre doznania w samotności (OR = 0,17; 95% CI: 0,04–0,77), absorbujące działania mające na celu uniknięcie choroby (OR = 0,19; 95% CI: 0,06–0,61), napady głodu, np. konieczność jedzenia w nocy (OR = 0,19; 95% CI: 0,07–0,56; $p < 0,01$), zawstydzenie i skrępowanie w obecności osób przeciwnej płci (OR = 0,32; 95% CI: 0,11–0,93), niechęć do podejmowania kontaktów heteroseksualnych (OR = 0,33; 95% CI: 0,12–0,91), lęk podczas przebywania w zamkniętych pomieszczeniach (OR = 0,27; 95% CI: 0,10–0,70), zaparcia (OR = 0,37; 95% CI: 0,14–0,99), drżenie kończyn lub całego ciała (OR = 0,32; 95% CI: 0,10–1,01), wybuchy złości nie do opanowania (OR = 0,24; 95% CI: 0,05–1,06), hipersomnia (OR = 0,24; 95% CI: 0,05–1,06), lęk o najbliższych, którym aktualnie nic nie zagraża (OR = 0,23; 95% CI: 0,05–1,02), skurcz zmuszający do stałego skręcania głowy (OR = 0,27; 95% CI: 0,09–0,84), co przedstawia tabela 10.

U mężczyzn prawdopodobieństwo poprawy w zakresie MS było zmniejszone wyłącznie w przypadku dwóch skarg objawowych: bóle w okolicy serca (OR = 0,32; 95% CI: 0,10–1,00) oraz zasłabnięcia w trudnych lub przykrych sytuacjach (OR = 0,30; 95% CI: 0,09–0,97) (tab. 10).

Tabela 10. Objawy nerwicowe (zawarte w Kwestionariuszu objawowym KO"O"), których obecność istotnie wiązała się z mniejszymi szansami redukcji MS w stosunku do szans pacjentów, u których objawy te nie wystąpiły – osobno dla kobiet i mężczyzn

Treść pytania	Szanse na poprawę w zakresie MS (n = 214)									
	Kobiety (n = 134)					Mężczyźni (n = 80)				
	Chi ² Pearsona	OR	95% CI	p	Chi ² Pearsona	OR	95% CI	p		
Absorbujące działania mające na celu uniknięcie choroby	9,09	0,19	0,06	0,61	**	0,01	0,94	0,32	2,76	ns
Napady głodu, np. konieczność jedzenia w nocy	10,45	0,19	0,07	0,56	**	0,01	0,96	0,34	2,77	ns
Zawroty głowy	5,51	0,19	0,04	0,87	*	2,58	0,41	0,14	1,24	ns
Lęk (i inne przykre doznania) w samotności	6,46	0,17	0,04	0,77	*	0,72	0,61	0,19	1,93	ns
Hipersomnia	4,08	0,24	0,05	1,06	*	0,27	1,34	0,45	3,96	ns
Lęk o najbliższych, którym aktualnie nic nie zagraża	4,35	0,23	0,05	1,02	*	0,10	1,18	0,41	3,42	ns
Skurcz zmuszający do stałego skręcania głowy	5,67	0,27	0,09	0,84	*	0,16	1,33	0,33	5,28	ns
Niechęć do podejmowania kontaktów heteroseksualnych	4,90	0,33	0,12	0,91	*	8,08	7,50	1,59	35,41	**

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Zawstydzienie i skrępowanie w obecności osób przeciwnej płci	4,73	0,32	0,11	0,93	*	2,06	0,44	0,14	1,38	ns
Lęk podczas przebywania w zamkniętych pomieszczeniach	7,87	0,27	0,10	0,70	*	0,86	1,89	0,49	7,36	ns
Zaparcia	4,17	0,37	0,14	0,99	*	0,24	1,33	0,42	4,24	ns
Drżenie kończyn lub całego ciała	4,09	0,32	0,10	1,01	*	1,55	1,95	0,67	5,65	ns
Wybuchy złości nie do opanowania	4,08	0,24	0,05	1,06	*	0,37	0,70	0,22	2,22	ns
Zasłabnięcia zdarzające się w trudnych lub przykrych sytuacjach	0,30	0,76	0,28	2,05	ns	4,32	0,30	0,09	0,97	*
Bóle w okolicy serca	1,15	1,66	0,65	4,24	ns	4,09	0,32	0,10	1,00	*

Współczynniki istotności powiązań obliczone dla testu chi-kwadrat Pearsona oznaczono

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; różnice nieistotne statystycznie oznaczono ns.

Dyskusja

Wyniki niniejszego badania wskazują na obecność pośród skarg objawowych zgłaszanych przez pacjentów przed rozpoczęciem cyklu intensywnej psychoterapii integracyjnej z przewagą podejścia psychodynamicznego, wielu zmiennych wiążących się w sposób istotny statystycznie ze stwierdzeniem późniejszej poprawy w zakresie deklarowanych MS. W związku z brakiem grupy kontrolnej dla badanej populacji należy jednak zadać pytanie, czy zaobserwowana poprawa pozwala wnioskować o skuteczności zastosowanej psychoterapii w leczeniu MS. Wobec zaobserwowanej dynamiki rozpowszechnienia i nasilenia MS w badanej populacji (tab. 6 i 7) oraz powszechnego uznawania zastosowanego leczenia psychoterapeutycznego za skuteczną metodę terapii pacjentów z MS, jak i innymi przejawami autoagresji [7–9, 22, 23], wydaje się wysoce prawdopodobne, że uzyskane wyniki, określające szanse na poprawę w zakresie MS u różnych grup pacjentów, obrazują ich zróżnicowaną podatność na zastosowaną terapię.

Zarówno w przypadku objawów wiążących się z większymi szansami na poprawę w zakresie MS, jak i wiążących się z mniejszymi szansami na ową poprawę, uwidoczniło się trudne do jednoznacznego wyjaśnienia, znaczne różnice pomiędzy płciami. Częstsze ustępowanie MS cechowało kobiety zgłaszające następujące skargi objawowe: poczucie zmniejszenia się szybkości myślenia i bystrości oraz poczucie pogorszenia się pamięci. Z kolei u mężczyzn wiązało się ono z: niechęcią do podejmowania kontaktów heteroseksualnych, częstszym wybudzaniem się w nocy, poczuciem nieokreślonego zagrożenia oraz odczuciem, że inni są nieprzyjaźnie nastawieni (tab. 9). W świetle powyższych wyników wydaje się, że kierowanie do leczenia psychoterapeutycznego w oddziale dziennym pacjentów z MS cierpiących na zaburzenia nerwicowe, beha-

wioralne i zaburzenia osobowości, którzy równolegle zgłaszają wyżej wymienione dolegliwości, może być szczególnie korzystne. Ich udział w tej formie terapii wiązał się z wysokimi szansami na eliminację MS lub obniżenie ich nasilenia. Nie jest możliwe jednoznaczne wytłumaczenie opisanych ww. powiązań, jakkolwiek należy przypuszczać, iż przynajmniej część z nich obrazuje obszary związane z patogenezą MS, w obrębie których, pod wpływem czynników leczących podczas intensywnej psychoterapii ukierunkowanej w znacznym stopniu na poszerzenie wglądu pacjentów, zachodzą korzystne zmiany [8–11, 25, 26].

Z niższym prawdopodobieństwem redukcji MS istotnie wiązało się wyższe nasilenie trzech grup objawów nerwicowych u kobiet: Objawów obsesyjno-kompulsyjnych, Neurastenii i Zaburzeń autonomicznych (tab. 8). Sugerowało to, iż MS współwystępujące z wyższym nasileniem wymienionych grup objawów u kobiet mogą cechować się mniejszą podatnością na leczenie psychoterapeutyczne. Z kolei u mężczyzn nie natrafiono na istotne zależności pomiędzy prawdopodobieństwem redukcji MS a nasileniem grup objawów nerwicowych.

Poszczególne skargi objawowe związane z niższym prawdopodobieństwem redukcji MS przed zakończeniem psychoterapii różniły się znacząco u kobiet i mężczyzn. U kobiet część spośród skarg wydaje się korespondować z wymienionymi powyżej grupami objawów nerwicowych (w szczególności: zawroty głowy, lęk i inne przykre doznania w samotności, absorbujące działania mające na celu uniknięcie choroby, drżenie kończyn lub całego ciała, lęk o najbliższych, którym aktualnie nie nie zagraża, skurecz zmuszający do stałego skręcania głowy, zaparcia, hipersomnia). Jednak pewna część objawów związanych z mniejszymi szansami na poprawę w zakresie MS u kobiet (napady głodu, np. konieczność jedzenia w nocy, zawstydzenie i skrępowanie w obecności osób przeciwnej płci, niechęć do podejmowania kontaktów heteroseksualnych, lęk podczas przebywania w zamkniętych pomieszczeniach, wybuchy złości nie do opanowania; tab. 10) wydaje się bardziej swoista dla innych jednostek chorobowych, m.in. zaburzeń odżywiania się czy zaburzeń osobowości. Z kolei u mężczyzn podatność MS na leczenie za pomocą psychoterapii wydaje się mniejsza u pacjentów deklarujących bóle w okolicy serca i zaskłębienia zdarzające się w trudnych lub przykrych sytuacjach (tab. 10). Uzyskane wyniki wskazują na znaczne różnice pomiędzy płciami w zakresie tego, które elementy obrazu psychopatologicznego wiążą się z obecnością MS o mniejszej podatności na psychoterapię. Również w przypadku tych czynników trudne jest precyzyjne określenie natury owych powiązań. Niemniej jednak, wydaje się, że w przypadku współwystępowania tych czynników z MS u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości, korzyści mogłoby przynieść zogniskowanie oddziaływań leczniczych wokół wyodrębnionych obszarów, ich intensyfikacja lub uwzględnienie metod wykraczających poza te rutynowo stosowane w dziennym oddziale psychoterapeutycznym. Wyróżnienie konkretnych metod leczniczych pomocnych w tych przypadkach w redukcji MS wymaga poszerzenia badań.

Zwraca uwagę fakt, że znaczna część wyróżnionych skarg dotyczyła odczuć lub wyobrażeń cierpienia fizycznego lub umierania, takich jak bóle kojarzone z zawałami serca, omdlenia, obawy przed zachorowaniem na budzące lęk schorzenia czy

poczucie, że osobom bliskim zagraża nieszczęście. Powiązania te wydają się bardziej zrozumiałe w świetle jednej z koncepcji psychodynamicznych autorstwa Menningera [8, 9] pomocnej przy szczegółowej analizie i terapii MS, według której tendencje i MS tworzone są przez trzy składowe: pragnienie odebrania życia sobie lub innym, bycia zabitym oraz śmierci. Przynajmniej, występowanie MS w owych przypadkach wraz z innymi objawami mogącymi sygnalizować destrukcyjne impulsy, może świadczyć o obecności patomechanizmów stosunkowo trudniej poddających się terapii ukierunkowanej na wgląd, być może wymagających dłuższego opracowywania.

Zaskakujące okazały się istotne różnice pomiędzy płciami dotyczące postawy niechęci do podejmowania kontaktów heteroseksualnych. Podczas gdy u mężczyzn postawa ta wiązała się z większymi szansami na uzyskanie poprawy w zakresie MS, u kobiet jej wpływ był przeciwny – wiązała się ona z mniejszymi szansami. Wiele prac także akcentuje różnice pomiędzy płciami dotyczące przejawów autoagresji [27, 28], przypisując je między innymi takim czynnikom jak płeć psychologiczna [29]. Jednak z uwagi na odmienności metodologiczne pomiędzy owymi badaniami a niniejszą pracą, wyjaśnienie przyczyn zaobserwowanego zróżnicowania pomiędzy płciami wymaga dalszych badań.

Relatywnie mniejsza skuteczność leczenia MS u pacjentów z wyższym nasileniem pewnych grup objawów może wiązać się z różnymi czynnikami. Na przykład u pacjentek z nasilonymi objawami zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (obsessive-compulsive disorders – OCD) można ją przypisać różnicom dotyczącym etiologii. Większy udział patomechanizmów biologicznych, genetycznych, związanych ze strukturą ośrodkowego układu nerwowego [30, 31], może wiązać się u części pacjentów ze słabszą odpowiedzią na czynniki leczące w toku psychoterapii. Podobne znaczenie może mieć częste współwystępowanie OCD z zaburzeniami depresyjnymi jednobiegunowymi [30, 31]. Można przypuszczać, iż pomimo niekwalifikowania do leczenia w oddziale pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych, spośród badanych z silniejszymi objawami OCD większy udział w etiologii MS mógł mieć komponent endogeny (melancholijny) obniżenia nastroju, w leczeniu którego terapia wglądowa nie odgrywa wiodącej roli. Uzyskane w toku niniejszego badania wyniki, jak i powyższe przypuszczenia w zestawieniu z doniesieniami potwierdzającymi skuteczność leków przeciwdepresyjnych w leczeniu objawów OCD [32, 33] przemawiają za koniecznością zachowania w toku leczenia psychoterapeutycznego szczególnej ostrożności przy ograniczaniu psychofarmakoterapii u pacjentów z wysoce uciążliwymi objawami OCD współwystępującymi z MS.

Szczególnie trudno jest wyjaśnić zależność pomiędzy niższą skutecznością leczenia MS a wyższym nasileniem objawów neurastenii u kobiet, ponieważ dolegliwości typowe dla neurastenii są mało specyficzne i mogą posiadać różnorodne podłoże [33–35]. Przynajmniej sam ich charakter, poprzez uporczywy, niekorzystny wpływ na koncentrację uwagi czy gotowość do angażowania się w terapię, mógł utrudniać owym pacjentkom korzystanie z oddziaływań psychoterapeutycznych.

Mniejsze szanse na poprawę w zakresie MS w przypadku pacjentów nerwicowych zgłaszających objawy autonomiczne również trudno jest jednoznacznie wytłumaczyć. Niektórzy badacze opisują towarzyszącą tego rodzaju dolegliwościom niższą zdolność

do psychologizacji, werbalizacji przeżyć wewnętrznych lub towarzyszące im cechy aleksytymii, co może odpowiadać za mniejszą podatność wobec oddziaływań psychoterapeutycznych [9, 36, 37]. Przypuszczalnie, podobne trudności mogą po części odpowiadać za wyraźnie mniejsze szanse na redukcję MS u pacjentek zgłaszających bulimiczne objawy napadów głodu [38, 39]. Niemniej jednak weryfikacja owych hipotez i szczegółowe określenie charakteru i kierunku omawianych powiązań wymaga dalszych badań.

Do ograniczeń niniejszego badania należało niezwyfikowanie trwałości uzyskanej poprawy w zakresie MS. Jest to jednak typowy niedostatek niemal wszystkich badań nad zmianami zachodzącymi podczas psychoterapii prowadzonych w praktyce codziennej – wyniki badań katamnesticznych uzyskiwane są rzadko i dla niewielkiego odsetka byłych pacjentów. Dla właściwej interpretacji wyników niniejszego badania warto zaznaczyć, że objęci nim pacjenci z MS przynajmniej tymczasowo nie byli obciążeni wysokim ryzykiem samobójczym, które uniemożliwiłoby leczenie w oddziale dziennym, jakkolwiek obecność innych przejawów autoagresji, np. samookaleczeń lub historii prób samobójczych, nie należały do rzadkości. Należy również podkreślić, że pytanie Kwestionariusza objawowego KO„O”, na którym niniejsze badanie bazuje, o „chęć odebrania sobie życia” dotyczyło minionych siedmiu dni. Mogło się to wiązać z niewychwyceniem podczas kwalifikacji i badania przed wypisem pacjentów, u których MS ustąpiły jedynie tymczasowo. Co więcej, owo pytanie dotyczyło MS, które cechowały się „uciążliwością”. Należy tu pamiętać, że niektórzy pacjenci, szczególnie cierpiący na poważne zaburzenia osobowości bądź głęboko depresyjni, mogą odbierać MS jako egosyntoniczne. Dla przykładu – MS mogą służyć im do rozładowywania napięć emocjonalnych lub obrazować subiektywnie adekwatne wyjście z sytuacji postrzeganej jako beznadziejna. Między innymi z tego powodu należy zaznaczyć, że zadeklarowanie przez pacjenta w kwestionariuszu obecności uciążliwych MS z pewnością nie jest równoważne z ujawnieniem MS podczas badania psychiatrycznego. Nie bez znaczenia jest także rodzaj zastosowanej metody leczenia czyli psychoterapii psychodynamicznej, niezakładającej ściśle określonego planu oddziaływań obejmującego treść zastosowanych interwencji. Oddziaływania psychoterapeutyczne były w przeważającej części dobierane na bieżąco i w sposób wysoce zindywidualizowany, zatem obserwowane zmiany w przypadku każdego z pacjentów mogły być rezultatem nieco innych oddziaływań ze spektrum interwencji psychoterapeutycznych [12]. W końcu warto zaznaczyć, że niniejsze badanie objęło tylko niektóre z wielu czynników, które mogły wiązać się z prawdopodobieństwem usunięcia MS do dnia wypisu. Między innymi nie badano zależności pomiędzy poprawą w zakresie MS a poszczególnymi diagnozami należącymi do klasyfikacji ICD-10 czy też DSM-IV, koncentrując się na skargach objawowych występujących w zaburzeniach nerwicowych, behawioralnych i zaburzeniach osobowości. Takie podejście autorów wynikało z przekonania o większej trafności stwierdzania obecności objawów w tej grupie pacjentów, aniżeli jednostek nozologicznych o wewnętrznie zróżnicowanym obrazie psychopatologicznym oraz przy częstym współwystępowaniu więcej niż jednego rozpoznania [40].

Wnioski

1. U pacjentów dziennego oddziału psychoterapeutycznego leczonych za pomocą intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego z powodu zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości, podczas analizy ich stanu z okresu kwalifikacji do terapii ujawniono istnienie licznych zmiennych powiązanych w sposób istotny statystycznie z brakiem poprawy w zakresie MS. Wydaje się, że występowanie owych czynników mogło mieć związek z podwyższoną opornością MS wobec oddziaływań psychoterapeutycznych.
2. Najistotniejsze spośród czynników prognostycznych braku poprawy w zakresie MS dotyczyły kobiet. Należało do nich wyższe nasilenie: 1) objawów Obsesyjno-kompulsyjnych, 2) Neurastenii lub 3) Zaburzeń autonomicznych układu krążenia oraz 4) obecność napadów głodu, szczególnie tych powodujących konieczność jedzenia w nocy. Przemawia to za koniecznością zwrócenia szczególnej uwagi na owe wyróżnione podgrupy pacjentek oraz uwydatnia znaczenie starannego doboru stosowanych wobec nich oddziaływań leczniczych.

Piśmiennictwo

1. Victor SE, Klonsky ED. *Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis*. Clin. Psychol. Rev. 2014; 34(4): 282–297.
2. Anyansi TE, Agyapong VI. *Factors predicting suicidal ideation in the preceding 12 months among patients attending a community psychiatric outpatient clinic*. Int. J. Psychiatry Clin. Pract. 2013; 17(2): 120–124.
3. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Montebovi F, Palermo M, Campi S. i wsp. *Car accidents as a method of suicide: a comprehensive overview*. Forensic Sci. Int. 2012; 223(1–3): 1–9.
4. Hodgins DC, Mansley C, Thygesen K. *Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers*. Am. J. Addict. 2006; 15(4): 303–310.
5. Makara-Studzińska M, Sygit K, Sygit M, Goździewska M, Zubilewicz J, Kryś-Noszczyk K. *Analysis of the phenomenon of attempted suicides in 1978-2010 in Poland, with particular emphasis on rural areas of Lublin Province*. Ann. Agric. Environ. Med. 2012; 19(4): 762–769.
6. Liu RT, Miller I. *Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review*. Clin. Psychol. Rev. 2014; 34(3): 181–192.
7. Fowler JC. *Core principles in treating suicidal patients*. Psychother. (Chic) 2013; 50(3): 268–272.
8. Leenaars AA. *Psychotherapy with suicidal people a person-centred approach*. Chichester, West Sussex; John Wiley & Sons Ltd.; 2004.
9. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
10. Aleksandrowicz J. *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
11. Czała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
12. Rodziński P, Sobański JA, Rutkowski K, Cyranka K, Murzyn A, Dembińska E. i wsp. *Skuteczność terapii na oddziale dziennym leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych w zakresie redukcji nasilenia i eliminacji myśli samobójczych*. Psychiatr. Pol. 2015 (przyjęto do druku).

13. Biskin RS, Paris J. *Management of borderline personality disorder*. CMAJ 2012; 184(17): 1897–1902.
14. Fennig S, Hadas A. *Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders*. Nord. J. Psychiatry 2010; 64(1): 32–39.
15. Franko DL, Keel PK. *Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications*. Clin. Psychol. Rev. 2006; 26(6): 769–782.
16. Pilecki MW, Józefik B, Sałapa K. *The relationship between assessment of family relationships and depression in girls with various types of eating disorders*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 385–395.
17. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D. i wsp. *The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention*. Eur Psychiatry. 2012; 27(2):129-41.
18. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnostyce i badaniach epidemiologicznych zab. nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(6): 667–676.
19. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 931–943.
20. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. Psychiatr. Psychother. 2011; 7(4): 20–34.
21. Wołodźko T, Kokoszka A. *Próba klasyfikacji osób podejmujących zachowania samobójcze – przegląd badań z zastosowaniem analizy skupień*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 823–834.
22. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(4): 421–430.
23. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 28-49.
24. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Mielimąka M, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006*. Psychiatr. Pol. [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/6].
25. Heitzman J, Furgal M, Pilecki M. *Etiologia, patogeneza i epidemiologia zaburzeń psychicznych*. W: Heitzman J. red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007. s.16–19.
26. Jakubczyk A, Żechowski C, Namysłowska I. *Jadłowstręt psychiczny – różne postacie, różne terapie*. W: Bomba J, Józefik B. red.: *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu?* Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2003. s. 47–53.
27. Angst J, Hengartner MP, Rogers J, Schnyder U, Steinhausen HC, Ajdacic-Gross V. i wsp. *Suicidality in the prospective Zurich study: prevalence, risk factors and gender*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2014; 264(7): 557–565.
28. Blüml V, Kapusta ND, Doering S, Brähler E, Wagner B, Kersting A. *Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population*. PLoS One 2013; 8(10): e76646.
29. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Maniecka M. *Autodestruktywność pośrednia a pleć psychologiczna*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 759–771.
30. Sadock BJ, Kaplan HI. red. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10th ed. Lippincott: Williams & Wilkins; 2007.
31. Citkowska-Kisielewska A, Aleksandrowicz JW. *Obsessive-compulsive disorder – psychopathology and therapy*. Arch. Psychiatr. Psychother. Volume 2005; 7(1): 29–42

32. Jarema M. red. *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne Via Medica; 2011.
33. Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. red. *Psychiatria*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012.
34. Pużyński S, Wciórka J. red. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków, Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN; 1997.
35. Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. *Neurobiologia zachowań samobójczych*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(4): 573–588.
36. Taylor GJ, Bagby RM. *Psychoanalysis and empirical research: the example of alexithymia*. J. Am. Psychoanal. Assoc. 2013; 61(1): 99–133.
37. Schier K. *Aleksytymia – mechanizm obronny czy cecha osobowości? Nowe perspektywy badawcze*. Psychoterapia 2006; 136(1): 5–13.
38. Rizzuto AM. *Transference, language, and affect in the treatment of bulimarexia*. Int. J. Psychoanal. 1988; 69(3): 369–387.
39. Janusz B, Józefik B, de Barbaro B. *Koncepcja dialogowego Ja w psychoterapii – założenia teoretyczne*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(5): 867–875.
40. Aleksandrowicz, JW. *Czy rzeczywiście nie ma zaburzeń nerwicowych?* Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 411–416.

Adres: Paweł Rodziński
Katedra Psychoterapii UJ CM
ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków

Otrzymano: 18.07.2014
Zrecenzowano: 21.08.2014
Otrzymano po poprawie: 17.09.2014
Przyjęto do druku: 2.02.2015

Projekt współfinansowany ze środków
Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego
2012-2017

Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST Nr 14.

Published ahead of print 25 March, 2015

www.psychiatriapolska.pl

ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)

DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/37308>

Zmiany w profilu osobowości nerwicowej wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych

Changes in neurotic personality profile associated with reduction of suicidal ideation in patients who underwent psychotherapy in the day hospital for the treatment of neurotic and behavioral disorders

Paweł Rodziński¹, Krzysztof Rutkowski¹, Jerzy A. Sobański¹,
Michał Mielimąka¹, Agnieszka Murzyn², Katarzyna Cyranka¹,
Edyta Dembińska¹, Karolina Grządziel³, Katarzyna Klasa⁴,
Łukasz Müldner-Nieckowski¹, Bogna Smiatek-Mazgaj¹

¹ Katedra Psychoterapii UJ CM

p.o. Kierownika: dr hab. n. med. K. Rutkowski, prof. UJ

² Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

Kierownik: dr n. med. M. W. Pilecki

³ Katedra Historii Medycyny UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Śródka

⁴ Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski, prof. UJ

Summary

Aim. Analysis of associations between changes in neurotic personality profile and reduction of suicidal ideation (SI) – or lack of such reduction – defined as its elimination or reduction of its intensity in patients who underwent a course of intensive psychotherapy conducted in integrative approach with predominance of psychodynamic approach.

Material and method. Symptom Checklist KO“O”, Neurotic Personality Questionnaire KON-2006 and Life Inventory completed by 473 women and 207 men treated due to neurotic, behavioral or personality disorders in a day hospital between 2005–2013. During the qualification for the therapy 134 women and 80 men reported SI, of whom 84.3% and 77.5% respectively improved.

Results. Patients who improved in terms of SI obtained significantly greater reduction of *global neurotic personality disintegration* (neuroticism) than others ($p < 0.0005$ in women and $p = 0.015$ in men). Associations were found between improvement in terms of SI and greater reduction of many neurotic personality traits ($p < 0.05$) in both genders: *Negative self-esteem, Impulsiveness, Sense of alienation, Demobilization, Difficulties in emotional relations, Lack of vitality, Sense of lack of control, Sense of guilt, Difficulties in interpersonal relations, Sense of being in danger, Exaltation, Ponderings*; and only in women: *Feeling of being dependent on the Environment, Asthenia, Difficulties with decision making, Conviction of own resourcelessness in life, Deficit in internal locus of control and Imagination. indulging in fiction.*

Conclusions. The results confirm effectiveness of intensive psychotherapy as a treatment method that leads to comprehensive improvement encompassing reduction of neurotic personality disorders (neuroticism) and of majority of neurotic personality traits, as well as SI reduction. The revealed associations weigh in favor of hypothesis on neuroticism as SI-predisposing factor in patients with neurotic, behavioral and personality disorders.

Słowa kluczowe: myśli samobójcze, osobowość nerwicowa, psychotherapia

Key words: suicidal ideation, neurotic personality, psychotherapy

Wstęp

Powszechnie przyjmuje się, że neurotyczność ma istotne znaczenie dla powstania objawów w grupach pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości [1–7], jednak literatura medyczna dostarcza różnych definicji neurotyczności. Najczęściej uważa się, że to obszerne określenie odnosi się do względnie trwałej tendencji do nieelastycznego reagowania wobec sytuacji, które przekraczają możliwości radzenia sobie (np. zagrożenia, frustracji czy utraty), poprzez „negatywne” emocje, takie jak niepokój, złość, poczucie winy, wstydu, osamotnienia, bezradności lub smutek [3, 8–11]. Dla zróżnicowania pomiędzy normą a psychopatologią w tym zakresie brane są pod uwagę takie atrybuty owych reakcji jak stopień dysfunkcjonalności czy też poziom indywidualnej wrażliwości w stosunku do czynników stresogennych. Jednocześnie przyjmuje się, że owe trudności pacjentów szczególnie często dotyczą sfery relacji interpersonalnych. Określeniem pokrewnym neurotyczności (lub tożsamym z nią w przypadku populacji pacjentów, którym poświęcone jest niniejsze badanie), również odnoszącym się do dysfunkcyjnych komponentów osobowości biorących udział w powstawaniu objawów czynnościowych, są nerwicowe zaburzenia osobowości [3, 9]. W konsekwencji neurotyczność ma istotny wpływ na życie pacjentów, jego jakość oraz odczuwany przez nich poziom dystresu [12, 13].

Leczenie psychoterapeutyczne ma zasadnicze znaczenie dla tej grupy pacjentów – charakteryzuje się ono potwierdzoną skutecznością zarówno w zakresie redukcji objawów nerwicowych, jak i poziomu neurotyczności [14–16]. Aktualna wiedza medyczna oferuje wiele poglądów na mechanizmy tych zmian – w zależności od stosowanych podejść i technik psychoterapeutycznych [3–5]. Niemniej jednak ten obszar badawczy wciąż obfituje w pytania domagające się empirycznych weryfikacji.

Psychotherapia jest uważana za ważny element leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości, u których występują myśli samobójcze (MS) [17–19]. W warunkach dziennego oddziału psychoterapeutycznego

MS (definiowane jako chęć odebrania sobie życia) deklarowane są przed rozpoczęciem leczenia przez około 1/3 pacjentów. Stanowią one ważny sygnał na wielu płaszczyznach: wiążą się z koniecznością estymacji ryzyka wystąpienia zachowań autoagresywnych i samobójczych, sygnalizują wysoki poziom cierpienia, z którym zmagają się pacjenci, jak również wskazują na istotnie podwyższony poziom neurotyczności [20–24]. Tymczasem prace empiryczne poświęcone wpływowi psychoterapii na redukcję MS należą do rzadkości i zwykle koncentrują się na pacjentach z zaburzeniami afektywnymi jednobiegunowymi [25–31]. Tym samym otwarte pozostają pytania o mechanizmy i czynniki wpływające na redukcję MS obserwowaną podczas psychoterapii u pacjentów z innymi zaburzeniami oraz o zakres poprawy, jakiej w tych przypadkach dostarcza leczenie psychoterapeutyczne.

Cel

Analiza związków pomiędzy zmianami w profilu osobowości nerwicowej a redukcją myśli samobójczych – tj. ich ustąpieniem lub zmniejszeniem się ich nasilenia – bądź jej brakiem u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi lub osobowości, którzy przebyli cykl intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego w oddziale dziennym.

Material i metoda

Źródłem informacji na temat MS (definiowanych jako chęć odebrania sobie życia) był Kwestionariusz objawowy KO„O” [32, 33], służący do pomiaru nasilenia objawów występujących w przebiegu zaburzeń nerwicowych w ciągu 7 dni poprzedzających badanie. Kwestionariusz był wypełniany przez pacjentów w trakcie kwalifikacji do leczenia [34] oraz powtórnie w ostatnich dniach hospitalizacji w ramach rutynowej oceny efektywności oddziaływań leczniczych. Oszacowania rozpowszechnienia i nasilenia MS dokonano na podstawie analizy odpowiedzi na pytanie o „uciążliwość” „chęci odebrania sobie życia”. Pacjenci odpowiadali używając skali od 0 (brak MS), przez nieznacznie uciążliwe (a), średnio uciążliwe (b) lub wysoce uciążliwe (c).

Socjodemograficzna charakterystyka badanej populacji

Grupę badaną stanowiło 680 pacjentów: 473 kobiety i 207 mężczyzn leczonych w Oddziale Dziennym Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2005–2013. Źródłem podstawowych danych socjodemograficznych była Ankieta Życiorysowa wypełniana przez pacjentów na etapie kwalifikacji do leczenia. Zawierała ona pytania dotyczące m.in. płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia i źródła utrzymania. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła $29,9 \pm 8$ lat, mężczyzn $30,4 \pm 7$ lat. Większość pacjentów stanowiły osoby stanu wolnego – 63% kobiet i 64% mężczyzn. Osoby będące w związkach małżeńskich stanowiły 32% zarówno pośród kobiet, jak i mężczyzn. Około 1/3 pacjentów była pracownikami umysłowymi (34% kobiet i 33% mężczyzn), nieco mniejsze podgrupy stanowili pacjenci uczący się lub

studiujący oraz będący na utrzymaniu rodziny – 29% kobiet i 23% mężczyzn. Bezrobotni stanowili 13% zarówno pośród kobiet, jak i mężczyzn. W badanej grupie przeważały osoby o wykształceniu wyższym – ukończonym lub nieukończonym: odpowiednio 45% i 16% wśród kobiet oraz 47% i 15% wśród mężczyzn. Znaczną część badanych stanowiły osoby o wykształceniu średnim ukończonym – 24% kobiet i 24% mężczyzn [26].

Rodzaje zaburzeń i przebieg leczenia

Kwalifikacja do leczenia w psychoterapeutycznym oddziale dziennym obejmowała, oprócz badań za pomocą wymienionych kwestionariuszy, co najmniej dwa badania psychiatryczne, badanie psychologiczne oraz zestaw kilku innych kwestionariuszy, co łącznie pozwalało na wykluczenie wysokiego ryzyka samobójczego oraz innych zaburzeń (m.in. zaburzeń afektywnych, psychoz schizofrenicznych, zaburzeń egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich chorób somatycznych), w przypadku których intensywne leczenie psychoterapią grupową z elementami terapii indywidualnej w oddziale dziennym byłoby niewskazane [34–40]. Cykl konsultacji ambulatoryjnych trwał zazwyczaj ok. 2–3 tygodni, zaś czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia wynosił zwykle od 4 do 12 tygodni.

Do badania włączono wyłącznie pacjentów, którzy podejmowali leczenie w oddziale po raz pierwszy. Grupę objętą badaniem stanowili pacjenci z rozpoznaniami zaburzeń ze spektrum F40–F69 wg ICD-10, w tym pacjenci, u których rozpoznano współwystępowanie zaburzeń osobowości i rozpoznań z grup F4 i F5. Poszerzoną charakterystykę badanych grup w zakresie diagnoz zgodnych z klasyfikacją ICD-10 oraz danych socjodemograficznych zawarto w osobnych publikacjach należących do tego samego projektu badawczego [26, 37].

Planowy czas trwania terapii wynosił 12 tygodni i obejmował codzienną psychoterapię w grupach otwartych liczących średnio 8–10 osób w wymiarze 10–15 sesji tygodniowo, połączoną z jedną sesją terapii indywidualnej tygodniowo. Psychoterapia prowadzona była w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego z elementami terapii poznawczej i behawioralnej. W toku psychoterapii dążono m.in. do poszerzenia wglądu pacjentów w ich mechanizmy obronne, procesy interpersonalne zachodzące podczas terapii oraz funkcje zgłaszanych objawów. Ważnymi elementami leczenia były: praca z oporem oraz z przeniesieniem, wzmacnianie siły ego i autonomii pacjentów, korygowanie dysfunkcyjnych schematów poznawczych oraz umożliwienie pacjentom doświadczenia korektywnych relacji i przeżyć [3, 14, 15, 34, 41].

Niewielka część pacjentów korzystała równolegle z psychofarmakoterapii, której zakres był dostosowywany do stanu psychicznego pacjentów, z założeniem jej redukcji w celu uzyskania niezakłóconego farmakologicznie dostępu do ich przeżywania. Według oddzielnych, niepublikowanych jeszcze badań A. Murzyn w grupie 169 pacjentów z lat 2008–2011 odsetek badanych korzystających z leków przeciwdepresyjnych lub uspokajających w tym samym oddziale wynosił 3%.

W przypadku badanej grupy całkowity odstęp czasowy pomiędzy badaniami przeprowadzonymi podczas kwalifikacji oraz przy wypisie wyniósł średnio $137,1 \pm 30,3$ dnia u kobiet oraz $132,4 \pm 30,5$ dnia u mężczyzn.

Wyodrębnienie podgrup pacjentów, u których nastąpiły różnego rodzaju zmiany w zakresie MS

Pośród kobiet wyjściowe rozpowszechnienie MS wynosiło 29,1% (95% CI: 25,1%–33,4%), zaś końcowe 10,2% (95% CI: 7,8%–13,3%). Pośród mężczyzn początkowo odnotowano rozpowszechnienie MS wynoszące 36,5% (95% CI: 30,4%–43,1%), zaś pod koniec terapii wyniosło ono 13,7% (95% CI: 9,8%–18,9%). Odsetki pacjentów, którzy wyjściowo nie zgłosili MS, zaś zgłosili je podczas badania końcowego, wynosiły 3,5% u kobiet (95% CI: 2,2%–5,6%) oraz 1,4% u mężczyzn (95% CI: 0,5%–4,0%).

Pośród kobiet, które w czasie kwalifikacji zgłosiły w KO „O” obecność MS, poprawę (tj. redukcję MS definiowaną jako ich ustąpienie lub redukcja ich nasilenia) uzyskało 84,3% osób. Jednocześnie wzrost nasilenia wyjściowo obecnych MS odnotowano zaledwie u 5,2% kobiet. Pośród mężczyzn z MS obecnymi podczas kwalifikacji poprawę osiągnęło 77,5%. Z kolei odsetek mężczyzn, u których zaobserwowano wzrost nasilenia wyjściowo obecnych MS, wyniósł 3,8%. Ponadto u zdecydowanej większości pacjentów, u których odnotowano poprawę, polegała ona na ustąpieniu MS. W podgrupach, w których wyjściowo deklarowano obecność MS, ich ustąpienie zaobserwowano u 76,9% kobiet oraz u 66,2% mężczyzn (tab. 1).

Tabela 1. Zmiany w zakresie MS w grupie pacjentów, którzy zadeklarowali ich występowanie podczas kwalifikacji (n = 214) [26, 37]

	Kobiety (n = 134)			Mężczyźni (n = 80)			* Różnice pomiędzy płciami	
	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Chi ²	p
Poprawa w zakresie MS, tj. redukcja MS (definiowana jako ich ustąpienie lub redukcja ich nasilenia)	113	84,3%	77,2%–89,5%	62	77,5%	67,2%–85,2%	1,57	ns
Ustąpienie MS	103	76,9%	69,0%–83,2%	53	66,2%	55,4%–75,5%	2,86	ns
Redukcja nasilenia MS	10	7,5%	4,1%–13,2%	9	11,3%	6,0%–20,8%	0,89	ns
Brak zmian w nasileniu MS	14	10,4%	6,4%–16,8%	15	18,8%	11,7%–28,7%	2,95	ns
Wzrost nasilenia MS	7	5,2%	2,6%–10,4%	3	3,8%	1,4%–10,4%	0,24	ns
Brak poprawy (brak zmian w nasileniu lub wzrost nasilenia MS)	21	15,7%	10,5%–22,8%	18	22,5%	14,8%–32,8%	1,57	ns

ns – różnice pomiędzy płciami były nieistotne statystycznie ($p > 0,05$); * – dla określenia, czy wyniki kobiet i mężczyzn istotnie się od siebie różniły, zastosowano test niezależności Chi² Pearsona

Analiza związków pomiędzy poprawą w zakresie MS a zmianami w profilu osobowości pacjentów

Aby określić zmiany w zakresie osobowości pacjentów, jakie nastąpiły pomiędzy etapem ich kwalifikacji do leczenia a badaniem końcowym, posłużono się Kwestionariuszem Osobowości Nerwicowej KON-2006. Narzędzie to pozwala określić rozległość i nasilenie dysfunkcji osobowości związanych z powstawaniem i utrzymywaniem się zaburzeń nerwicowych. Pomiary przeprowadzone za pomocą tego kwestionariusza opisuje wskaźnik Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości, umożliwiającą zbiorczą ocenę stopnia zaburzeń osobowości oraz 24 skale szczegółowe służące do oceny poszczególnych dysfunkcyjnych aspektów osobowości [9, 42–44]. Narzędzie to jest także stosowane do oceny wyników psychoterapii [45–47].

Następnie obliczono różnice pomiędzy końcowymi a początkowymi wartościami skal kwestionariusza KON-2006 odzwierciedlające zmiany w nasileniu cech osobowości nerwicowej, jakie nastąpiły pomiędzy rozpoczęciem a końcem leczenia. Później porównano wartości otrzymane u pacjentów, którzy uzyskali poprawę w zakresie MS, z wartościami uzyskanymi u pacjentów, u których nie nastąpiła taka poprawa, osobno dla obu płci.

W analizie statystycznej wykorzystano test t-Studenta dla prób niezależnych w przypadku zmiennych o rozkładzie normalnym. Używano licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL. Dane uzyskane w wyniku wymienionych badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów, przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej.

Wyniki

Stwierdzono, że redukcja wskaźnika Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości (neurotyczności) była istotnie większa w grupie pacjentów z poprawą w zakresie MS niż w grupie, w której owa poprawa nie nastąpiła – dotyczyło to pacjentów obu płci (tab. 2 i 3).

Uszczegóławiając analizę, zaobserwowano, że znaczna część cech osobowości nerwicowej również uległa większej redukcji u pacjentów z poprawą w zakresie MS niż u pacjentów bez tej poprawy. Ta zależność została zaobserwowana w przypadku następujących cech osobowości nerwicowej u obu płci: Negatywna samoocena, Impulsywność, Poczucie wyobcowania, Demobilizacja, Trudności w relacjach emocjonalnych, Brak witalności, Poczucie braku wpływu, Poczucie winy, Trudności w relacjach interpersonalnych, Poczucie zagrożenia, Egzaltacja i Rozpamiętywanie, natomiast wyłącznie u kobiet w przypadku takich cech jak: Poczucie uzależnienia od otoczenia, Astenia, Trudności podejmowania decyzji, Przekonanie o niezaradności życiowej, Brak wewnątrzsterowności i Wyobraźnia, fantazjowanie (tab. 2 i 3).

Tabela 2. Porównanie zmian, jakie nastąpiły pomiędzy kwalifikacją do leczenia a jego zakończeniem, w wartościach skal Kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006, w zależności od braku albo obecności poprawy w zakresie MS u kobiet (n = 134)

Skale KON-2006	Średnie wartości zmian skal \pm średnie odchylenie standardowe		Test t-Studenta				
	^a Brak poprawy w zakresie MS (n = 21)	^a Poprawa w zakresie MS (n = 113)	^b Różnica średnich	Przedział ufności 95%		t	p
Globalna nerwicowa dezintegracja osobowości (współczynnik X-KON)	-5,72 \pm 22,0	-24,99 \pm 22,0	-19,27	-29,69	-8,85	-3,659	0,000
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	-0,38 \pm 3,7	-3,31 \pm 4,3	-2,93	-4,93	-0,93	-2,899	0,004
2. Astenia	0,00 \pm 2,5	-3,83 \pm 3,9	-3,83	-5,57	-2,09	-4,352	0,000
3. Negatywna samoocena	-0,29 \pm 3,8	-4,15 \pm 3,8	-3,86	-5,66	-2,07	-4,252	0,000
4. Impulsywność	-0,67 \pm 3,9	-2,81 \pm 4,0	-2,14	-4,00	-0,27	-2,269	0,025
5. Trudności podejmowania decyzji	0,00 \pm 2,1	-1,74 \pm 2,7	-1,74	-2,96	-0,53	-2,839	0,005
6. Poczucie wyobcowania	0,00 \pm 4,1	-3,84 \pm 3,7	-3,84	-5,61	-2,07	-4,300	0,000
7. Demobilizacja	-0,57 \pm 3,8	-4,87 \pm 4,4	-4,30	-6,32	-2,27	-4,199	0,000
8. Skłonność do ryzyka	0,33 \pm 3,2	1,35 \pm 2,3	1,02	-0,12	2,16	1,773	0,079
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	0,33 \pm 2,9	-1,66 \pm 2,5	-2,00	-3,20	-0,80	-3,297	0,001
10. Brak witalności	-0,43 \pm 3,8	-3,65 \pm 3,7	-3,23	-4,96	-1,49	-3,672	0,000
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	0,19 \pm 3,7	-3,80 \pm 3,8	-3,99	-5,77	-2,20	-4,416	0,000
12. Poczucie braku wpływu	-0,81 \pm 3,2	-3,35 \pm 3,1	-2,54	-4,02	-1,07	-3,403	0,001
13. Brak wewnętrzsterowności	-0,24 \pm 3,4	-3,50 \pm 4,1	-3,26	-5,14	-1,38	-3,432	0,001
14. Wyobrażenia, fantazjowanie	-0,05 \pm 2,2	-1,69 \pm 2,9	-1,64	-2,95	-0,33	-2,478	0,014
15. Poczucie winy	0,38 \pm 2,8	-2,82 \pm 3,1	-3,20	-4,65	-1,76	-4,382	0,000
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	0,00 \pm 3,0	-1,97 \pm 2,4	-1,97	-3,17	-0,78	-3,275	0,001
17. Zawiść	-0,67 \pm 3,1	-1,83 \pm 3,1	-1,17	-2,63	0,30	-1,578	0,117
18. Postawa narcystyczna	-0,24 \pm 3,1	-0,56 \pm 2,3	-0,32	-1,46	0,82	-0,552	0,582
19. Poczucie zagrożenia	-0,71 \pm 3,6	-3,06 \pm 3,1	-2,35	-3,85	-0,85	-3,097	0,002
20. Egzaltacja	-0,38 \pm 2,7	-2,38 \pm 2,8	-2,00	-3,30	-0,70	-3,043	0,003

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

21. Irracjonalność	-0,76 ± 1,9	-0,75 ± 2,0	0,01	-0,91	0,93	0,021	0,983
22. Drobiazgowość	-1,10 ± 2,1	-1,05 ± 1,8	0,04	-0,83	0,92	0,095	0,924
23. Rozpamiętywanie	0,00 ± 2,1	-1,77 ± 2,1	-1,77	-2,77	-0,77	-3,517	0,001
24. Poczucie przeciążenia	-0,90 ± 2,1	-0,90 ± 2,0	0,00	-0,95	0,95	0,004	0,997

^a – wynik ujemny oznacza obniżenie się wartości skali pomiędzy okresem kwalifikacji a badaniem końcowym, zaś wynik dodatni oznacza jej wzrost; ^b – wynik ten jest różnicą pomiędzy średnimi odnoszonymi się do wartości, które zostały porównane w teście t-Studenta, tzn. jest on równy różnicy pomiędzy średnią zmian w wartościach skal pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS, a analogiczną średnią dotyczącą pacjentów, u których owa poprawa nie nastąpiła.

Tabela 3. Porównanie zmian, jakie nastąpiły pomiędzy kwalifikacją do leczenia a jego zakończeniem, w wartościach skal Kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006, w zależności od braku albo obecności poprawy w zakresie MS u mężczyzn (n = 80)

Skale KON-2006	Średnie wartości zmian skal ± średnie odchylenie standardowe		Test t-Studenta				
	^a Brak poprawy w zakresie MS (n = 18)	^a Poprawa w zakresie MS (n = 62)	^b Różnica średnich	Przedział ufności 95%		t	p
Globalna nerwicowa dezintegracja osobowości (współczynnik X-KON)	-10,82 ± 20,0	-27,32 ± 26,0	-16,51	-29,75	-3,26	-2,481	0,015
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	-1,61 ± 3,4	-3,66 ± 5,4	-2,05	-4,74	0,64	-1,515	0,134
2. Astenia	-2,11 ± 3,1	-3,34 ± 4,4	-1,23	-3,43	0,98	-1,109	0,271
3. Negatywna samoocena	-0,61 ± 3,5	-4,24 ± 3,6	-3,63	-5,56	-1,70	-3,743	0,000
4. Impulsywność	-0,89 ± 3,0	-2,76 ± 3,3	-1,87	-3,60	-0,14	-2,149	0,035
5. Trudności podejmowania decyzji	-1,00 ± 2,5	-1,76 ± 3,2	-0,76	-2,38	0,86	-0,931	0,355
6. Poczucie wyobcowania	-0,94 ± 4,9	-4,44 ± 4,1	-3,49	-5,80	-1,18	-3,014	0,003
7. Demobilizacja	-1,17 ± 4,0	-4,79 ± 5,5	-3,62	-6,40	-0,85	-2,600	0,011
8. Skłonność do ryzyka	0,94 ± 2,2	1,63 ± 2,8	0,68	-0,76	2,13	0,943	0,349
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	-0,78 ± 2,3	-2,32 ± 2,8	-1,54	-2,99	-0,10	-2,122	0,037
10. Brak witalności	-0,94 ± 3,8	-3,94 ± 4,6	-2,99	-5,36	-0,63	-2,519	0,014
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	-1,94 ± 3,2	-3,69 ± 4,8	-1,75	-4,15	0,65	-1,451	0,151
12. Poczucie braku wpływu	-1,22 ± 2,9	-3,24 ± 3,4	-2,02	-3,79	-0,25	-2,271	0,026
13. Brak wewnątrzsterowności	-1,17 ± 4,0	-3,44 ± 4,7	-2,27	-4,71	0,17	-1,849	0,068

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

14. Wyobrażenia, fantazjowanie	-0,72 ± 3,1	-1,82 ± 3,6	-1,10	-2,97	0,77	-1,172	0,245
15. Poczucie winy	-1,22 ± 3,2	-3,39 ± 3,4	-2,16	-3,95	-0,38	-2,419	0,018
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	-0,22 ± 3,2	-2,29 ± 3,2	-2,07	-3,76	-0,38	-2,433	0,017
17. Zawiść	-0,89 ± 3,3	-2,53 ± 3,3	-1,64	-3,39	0,11	-1,869	0,065
18. Postawa narcystyczna	-0,78 ± 2,6	-0,97 ± 2,4	-0,19	-1,49	1,11	-0,291	0,772
19. Poczucie zagrożenia	-0,72 ± 3,4	-3,39 ± 3,4	-2,66	-4,49	-0,84	-2,904	0,005
20. Egzaltacja	-0,28 ± 2,8	-2,71 ± 3,1	-2,43	-4,05	-0,81	-2,985	0,004
21. Irracjonalność	-0,11 ± 1,4	-0,92 ± 2,0	-0,81	-1,80	0,18	-1,621	0,109
22. Drobiazgowość	-1,06 ± 1,9	-1,50 ± 2,1	-0,44	-1,53	0,64	-0,816	0,417
23. Rozpamiętywanie	-0,72 ± 2,0	-2,15 ± 2,3	-1,42	-2,60	-0,25	-2,416	0,018
24. Poczucie przeciężenia	-1,39 ± 2,4	-0,68 ± 2,0	0,71	-0,40	1,82	1,273	0,207

^a – wynik ujemny oznacza obniżenie się wartości skali pomiędzy okresem kwalifikacji a badaniem końcowym, zaś wynik dodatni oznacza jej wzrost; ^b – wynik ten jest różnicą pomiędzy średnimi odnoszącymi się do wartości, które zostały porównane w teście t-Studenta, tzn. jest on równy różnicy pomiędzy średnią zmian w wartościach skal pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS, a analogiczną średnią dotyczącą pacjentów, u których owa poprawa nie nastąpiła.

Dyskusja

Uzyskane wyniki – dotyczące zmian, jakie nastąpiły po przebyciu 12-tygodniowego cyklu intensywnej psychoterapii, w zakresie różnych komponentów osobowości nerwicowej, które wiążą się redukcją MS – pozwalają na zaproponowanie wielu różnorodnych hipotez. Ograniczenia dotyczące objętości publikacji pozwalają na zaprezentowanie jedynie wybranej części z nich.

Jednym z rezultatów niniejszego badania, które posiada kluczowe znaczenie, jest stwierdzenie u obu płci wyraźnego związku pomiędzy redukcją MS a spadkiem w zakresie Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości (współczynnik *X-KON* – tab. 2 i 3). Poziom owej nerwicowej dezintegracji odpowiada sumie ważonych wyników uzyskiwanych według klucza na podstawie wszystkich 24 podskal kwestionariusza KON-2006 oraz, jak podają jego autorzy, stanowi miarę rozległości i nasilenia dysfunkcji osobowości związanych z powstawaniem i utrzymywaniem się zaburzeń nerwicowych [9, 42, 43]. Wydaje się zasadne przyjęcie, że globalna nerwicowa dezintegracja osobowości w znacznym stopniu odpowiada (lub jest tożsama) pojęciu neurotyczności. Definicja ta oraz powyżej przytoczone wyniki są spójne z wynikami osobnej części projektu badawczego, którym objęto tę samą grupę pacjentów. Zastosowano w niej inne narzędzie kliniczno-badawcze służące do mierzenia nasilenia objawów typowych dla zaburzeń nerwicowych – był nim Kwestionariusz objawowy KO_{„O”} [32, 33]. Pozwoliło to stwierdzić, że ogólne nasilenie objawów nerwicowych uległo istotnie większej

redukcji u pacjentów z poprawą w zakresie MS niż u pacjentów bez niej – dotyczyło to obu płci ($p < 0,0005$ zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn) [48].

Dalsze analizy dostarczyły wyników wskazujących, że współwystępowanie wymienionych powyżej korzystnych zmian odpowiadało potrzebom zdrowotnym subpopulacji pacjentów z MS. Jedną z tych analiz, dotąd niepublikowaną, dotyczyła tej samej grupy 680 pacjentów: zaobserwowano istotne różnice pomiędzy pacjentami, którzy wyjściowo nie zgłosili MS, a tymi, którzy je zgłosili (wśród tych ostatnich znajdowali się zarówno pacjenci, którzy później uzyskali poprawę w zakresie MS, jak i tacy, u których poprawa ta nie nastąpiła). Stwierdzono, że przed leczeniem pacjenci z MS cechowali się wyższym poziomem globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości niż pozostali (w teście t-Studenta u kobiet $p < 0,001$; poziom współczynników X-KON: $43,5 \pm 22$ pkt vs. $31,5 \pm 20$ pkt, zaś u mężczyzn $p < 0,001$; X-KON: $51,6 \pm 23$ pkt vs. $30,3 \pm 22$ pkt (tab. 4), przy czym należy dodać, że wartość X-KON typowa dla chorych wynosi ponad 18 pkt, typowa dla zdrowych – poniżej 8 pkt, zaś wyniki pomiędzy 8 a 18 pkt powinny być uznawane za „niepewne” [9, 42–44]). Analogiczne badanie, przeprowadzone na 739 kobietach i 324 mężczyznach tego samego dziennego oddziału psychoterapeutycznego badanych pomiędzy 2004 a 2008 r., również wykazało istnienie związku pomiędzy występowaniem MS a wyższym nasileniem globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości ($p < 0,001$ zarówno u kobiet, jak i mężczyzn) [24]. W badaniu tym stwierdzono także, iż pacjenci z MS byli wyjściowo obciążeni wyższym nasileniem objawów nerwicowych niż pozostali ($p < 0,001$ zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn – nasilenie objawów także mierzono za pomocą Kwestionariusza KO„O” [32, 33]). Przytoczone obserwacje dotyczące stanu pacjentów przed rozpoczęciem leczenia psychoterapeutycznego przemawiają za istnieniem powiązań między MS a wysokim poziomem neurotyczności (Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości). Współbrzmie to z doniesieniami badaczy, którzy posługiwali się także innymi narzędziami pozwalającymi na badanie (różnie definiowanej) neurotyczności, np. modelem Wielkiej Piątki Costy i McCrae (inventarzami NEO-PI-R i NEO-FFI) [49–52] czy też kwestionariuszem osobowości Eysencka (Eysenck Personality Questionnaire – Revised – EPQ-R) [53, 54].

Stwierdzenie w ramach niniejszego badania związków pomiędzy redukcją MS oraz redukcją neurotyczności wydaje się istotnym uzupełnieniem i rozwinięciem dotychczas przeprowadzonych badań. Całość zgromadzonych wyników przemawia za tym, że wysoki poziom neurotyczności (czy też globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości) w tej grupie pacjentów miał udział w powstawaniu i utrzymywaniu się MS (definiowanych jako zadeklarowanie chęci odebrania sobie życia obecnej w ciągu tygodnia poprzedzającego badanie). Można także przyjąć, że intensywna psychoterapia prowadzona w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego stanowi w tych przypadkach użyteczną metodę leczniczą, która prowadzi równocześnie do redukcji neurotyczności [14, 15] oraz redukcji MS. Wydaje się prawdopodobne, że wykazana redukcja neurotyczności (stanowiąca jeden z głównych celów zastosowanej psychoterapii) należy do czynników, które prowadzą ku zaobserwowanej poprawie w zakresie MS. Ponadto, wobec doniesień o powiązaniach między neurotycznością i MS a pozostałymi przejawami autoagresji [54–57], nasuwają się pytania o wpływ

zastosowanego leczenia na ryzyko zachowań samobójczych, samookaleczeń, na tendencje pacjentów do ekspozycji na niebezpieczeństwa oraz o trwałość efektów przebytej przez nich terapii.

W dalszym toku analizy wyróżniono część komponentów osobowości nerwicowej, których związek z MS był szczególnie wyraźny – wymienione poniżej komponenty osobowości uległy większej redukcji wraz z poprawą w zakresie MS (poziom istotności $p < 0,05$ lub niższy; tab. 2–4): Negatywna samoocena (określająca postrzeganie siebie jako osoby nieatrakcyjnej, bezwartościowej, niezadowolonej z siebie), Impulsywność (określa postrzeganie siebie jako osoby łatwo wybuchającej, kłótlivej, drażliwej, niezdolnej dla otoczenia, agresywnej fizycznie, a zarazem odczuwającej dezaprobatę dla tych zachowań), Poczucie wyobcowania (opisujące postrzeganie siebie jako osoby osamotnionej, pozbawionej oparcia społecznego, nierozumianej, lekceważonej), Demobilizacja (opisująca przeżywanie utraty nadziei i zmniejszenia się dynamiki życiowej, obawianie się nowych wyzwań i sytuacji, poczucie zmęczenia, niezadowolona z siebie), Trudności w relacjach emocjonalnych (poczucie trudności w kontaktach z ludźmi i związaną z tym nieufność w relacjach z otoczeniem), Brak witalności (określa brak dynamiki życiowej i spostrzeganie tej dysfunkcji), Poczucie braku wpływu (określa spostrzeganie siebie jako osoby zależnej od okoliczności, sił wyższych, wydarzeń losowych i innych ludzi oraz ponoszącej z tego powodu rozmaite szkody), Poczucie winy (określające tendencję badanego do przeżywania poczucia winy, zamartwiania się, pretensji do siebie o swoje zachowania i cechy swego charakteru), Trudności w relacjach interpersonalnych (opisuje zarówno trudności w relacjach z otoczeniem, jak i postrzeganie siebie jako osoby nieradzącej sobie w kontaktach z ludźmi), Poczucie zagrożenia (dotyczące nieufności wobec innych, przewidywania niepowodzeń i rezygnowania ze swoich celów, spostrzeganie siebie jako osoby mało odpornej, nierozumianej, wykorzystywanej przez otoczenie), Egzaltacja (określa postrzeganie siebie jako osoby bardzo wrażliwej, delikatnej, uczuciowej, zmiennej w nastrojach, a przy tym szukającej oparcia), Rozpamiętywanie (określa tendencję badanego do rozmyślania o sobie i swoim postępowaniu oraz jego niepewność i wrażliwość); zaś wyłącznie u kobiet: Poczucie uzależnienia od otoczenia (określające tendencję badanej do postrzegania siebie jako osoby zależnej, podporządkowującej się innym, ustępliwej, nieumiejącej odmawiać, uzależniającej swoje opinie i działanie od osób z otoczenia, a zarazem krytycznej wobec tych swoich właściwości), Astenia (opisująca badaną jako osobę mało dynamiczną, dostrzegającą swoją słabość psychiczną, niezadowolona z życia), Trudności podejmowania decyzji (opisujące dostrzeganie u siebie trudności podejmowania decyzji, skłonność do wahania, rozważania, unikania samodzielnego okazywania inicjatywy), Przekonanie o niezaradności życiowej (określające spostrzeganie siebie jako osoby mało stanowczej, nieporadnej, niedążącej do osiągnięcia swoich celów, łatwo dezorganizującej się i wycofującej w sytuacjach spiętrzenia trudności), Brak wewnętrzsterowności (określające spostrzeganie siebie jako osoby niesterownej swoimi własnymi dążeniami i decyzjami, niezdolnej do okazywania inicjatywy i samodzielnego kierowania swoim życiem), Wyobraźnia, fantazjowanie (określające tendencję badanej do tworzenia wyobrażeń, zwłaszcza wielkościowych, pragnienie uzyskiwania podziwu i sympatii otoczenia) [9, 42, 43].

Znaczenie wymienionych powyżej komponentów osobowości nerwicowej w kontekście MS dodatkowo uwydatniane jest przez wyniki osobnej analizy dotyczącej tych samych pacjentów. We wszystkich wymienionych powyżej komponentach osobowości nerwicowej ich wyjściowo wysoki poziom wiązał się z wyjściową obecnością MS (poziom istotności $p < 0,05$ lub niższy – wyniki dotąd niepublikowane; tab. 4). Łącznie wyniki te pozwalają przypuszczać, że owe komponenty osobowości nerwicowej mogą predysponować do występowania i utrzymywania się MS, zaś ich redukcja w toku psychoterapii może prowadzić do poprawy w zakresie MS.

Kolejna analiza przeprowadzona w ramach projektu badawczego, którym objęci byli ci sami pacjenci, wykazała, że wyjściowe poziomy trzech (spośród 24 mierzonych za pomocą KON-2006) komponentów osobowości nerwicowej były istotnymi czynnikami prognostycznymi dla poprawy w zakresie MS – były nimi Impulsywność ($p = 0,038$) i Skłonność do ryzyka ($p = 0,002$), których wysokie poziomy u kobiet wiązały się z niższymi niż przeciętne szansami na redukcję MS, oraz Zawzięć ($p = 0,041$), której wysoki poziom u mężczyzn wiązał się wyższymi niż przeciętne szansami na redukcję MS (wyniki te zostały szerzej omówione w osobnej publikacji [58]; tab. 4).

Tabela 4. Zestawienie wyników dotyczących różnego rodzaju związków pomiędzy MS a nasileniem nerwicowych zaburzeń osobowości i ich komponentów. Wszystkie zestawione wyniki dotyczą tej samej grupy 461 kobiet i 219 mężczyzn oraz należącej do nich podgrupy 134 kobiet i 80 mężczyzn, którzy wyjściowo zgłosili MS oraz przeszli cykl intensywnej psychoterapii

	Czynniki osobowościowe, których wyjściowo wysoki poziom wiązał się z obecnością MS ^a		Czynniki osobowościowe, które w toku terapii uległy istotnie większej redukcji u pacjentów z poprawą w zakresie MS niż u tych bez owej poprawy ^b		Czynniki osobowościowe, których wyjściowo wysoki poziom był istotny prognostycznie dla braku poprawy w zakresie MS [58]	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
Globalna nerwicowa dezintegracja osobowości (współczynnik X-KON)	***	***	***	*	ns	ns
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	**	***	**	ns	ns	ns
2. Astenia	***	***	***	ns	ns	ns
3. Negatywna samoocena	***	***	***	***	ns	ns
4. Impulsywność	**	***	*	*	*	ns
5. Trudności podejmowania decyzji	*	ns	**	ns	ns	ns
6. Poczucie wyobcowania	***	***	***	**	ns	ns
7. Demobilizacja	***	***	***	*	ns	ns
8. Skłonność do ryzyka	ns	ns	ns	ns	**	ns

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

9. Trudności w relacjach emocjonalnych	**	*	***	*	ns	ns
10. Brak witalności	***	***	***	*	ns	ns
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	***	***	***	ns	ns	ns
12. Poczucie braku wpływu	***	***	***	*	ns	ns
13. Brak wewnątrzsterowności	***	***	***	ns	ns	ns
14. Wyobrażenia, fantazjowanie	**	***	*	ns	ns	ns
15. Poczucie winy	***	***	***	*	ns	ns
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	***	***	***	*	ns	ns
17. Zawiść	***	***	ns	ns	ns	!
18. Postawa narcystyczna	**	**	ns	ns	ns	ns
19. Poczucie zagrożenia	***	***	**	**	ns	ns
20. Egzaltacja	***	***	**	**	ns	ns
21. Irracjonalność	ns	ns	ns	ns	ns	ns
22. Drobiazgowość	ns	ns	ns	ns	ns	ns
23. Rozpamiętywanie	***	***	***	*	ns	ns
24. Poczucie przeciążenia	ns	ns	ns	ns	ns	ns

^a wyniki dotąd niepublikowane; ^b wyniki niniejszej pracy, szerzej przedstawione w tabelach 2 i 3; *** powiązania istotne na poziomie $p < 0,001$ przy dodatniej korelacji Pearsona; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; ns – brak związku istotnego statystycznie ($p \geq 0,05$); ! – jedyne powiązanie istotne statystycznie ($p < 0,05$), w przypadku którego korelacja Pearsona między zmiennymi była ujemna, co oznaczało, że wysoki poziom Zawiści wiązał się z relatywnie większymi szansami na poprawę w zakresie MS, w odróżnieniu od Impulsywności i Skłonności do ryzyka, których wysokie wartości stanowiły czynniki niekorzystne rokowniczo w odniesieniu do MS – wyniki te zostały szerzej omówione w osobnej publikacji [58]

Niejednoznaczne wyniki uzyskano w przypadku Postawy narcystycznej u obu płci (określającej spostrzeganie siebie jako osoby zasługującej na szczególne przywileje, chcącej posiadać więcej niż inni, mającej poczucie wyższości oraz egocentrycznej [9, 42, 43]; tab. 2–4). Choć wyjściowa obecność MS wiązała się z wydatną postawą narcystyczną, prawdopodobnie eliminowanie u pacjentów obron narcystycznych poprzez poszerzanie ich wglądu w trakcie psychoterapii mogło wiązać się z ujawnianiem negatywnych uczuć w stosunku do ich własnego „ja”. Konfrontowanie się pacjentów z owymi niedostępnymi im wcześniej bolesnymi uczuciami mogło obniżyć ich wygórowane poczucie własnej wartości, co w krótkiej perspektywie nie sprzyjało redukcji MS i wymagało dalszego leczenia psychoterapeutycznego.

Zaskakujące okazały się wyniki dotyczące Poczucia przeciążenia (wskazującego na spostrzeganie siebie jako osoby podporządkowanej zasadom, zobowiązaniom i zadaniom, wymagającej wiele od siebie, nadmiernie obciążonej [9, 42, 43]). Choć mogłoby się wydawać, że wysoki poziom obciążenia zobowiązaniami, zadaniami czy trudnościami życiowymi mógłby predysponować do MS [55], w żadnej z przeprowadzonych analiz nie natrafiono na istotne powiązania między Poczuciem przeciążenia a MS (tab. 2–4). Na przykład można byłoby oczekiwać, że zmniejszenie się poziomu Poczucia przeciążenia w toku psychoterapii będzie wiązało się z redukcją MS, jednak niniejsze badanie nie potwierdziło istnienia takiego powiązania. Fakt ten można tłumaczyć specyfiką zastosowanej skali. Mogła ona być jednocześnie czuła na takie aspekty osobowości jak lojalność wobec bliskich, dążenie do wywiązania się z podjętych zobowiązań czy też podporządkowanie zasadom religijnym, które mogły stanowić czynniki protekcyjne wobec MS [59] i tym samym mogły równoważyć „prosuicydalny” wpływ samego przeciążenia trudnościami.

Przy interpretowaniu wyników niniejszego badania ważne jest podkreślenie, że pacjenci z MS w trakcie jego trwania nie byli obarczeni wysokim ryzykiem samobójstwa, które wykluczałoby możliwość leczenia w oddziale dziennym. Niemniej jednak obecność innych przejawów autoagresji [60, 61], np. epizodów nadużycia substancji psychoaktywnych, samookaleczeń w trakcie terapii lub obecność prób samobójczych w wywiadzie, nie należały do rzadkości. Poza tym brak grupy kontrolnej wobec badanej populacji nasuwa pytanie, czy zaobserwowane zmiany nastąpiły w rezultacie zastosowanych oddziaływań leczniczych. Jednak wobec odnotowanej dynamiki rozpowszechnienia i nasilenia badanych objawów (tab. 1–3) oraz faktu, iż zastosowane leczenie psychoterapeutyczne stanowi powszechnie uznaną metodę terapii stosowaną wobec grup pacjentów, do których należeli badani [3, 4, 14, 17, 18, 41, 46, 62–69], wydaje się wysoce prawdopodobne, że uzyskane wyniki opisują zmiany, które nastąpiły pod wpływem psychoterapii. Do ograniczeń przeprowadzonego badania należała niemożność zweryfikowania trwałości zaobserwowanych zmian. Niemniej stanowi to typowy niedostatek większości badań nad zmianami zachodzącymi podczas psychoterapii prowadzonymi w codziennej praktyce – badania follow-up przeprowadzane są rzadko i niewielu byłych pacjentów bierze w nich udział. Ponadto Kwestionariusz KO„O”, na którym bazowało niniejsze badanie, skonstruowany jest z pytań dotyczących ostatnich siedmiu dni, co mogło wiązać się z „niewychwyceniem” pacjentów, u których MS ustąpiły jedynie tymczasowo. Co więcej, pacjenci proszeni byli o określenie stopnia „uciążliwości” poszczególnych objawów, w tym MS, podczas gdy doświadczenie kliniczne pokazuje, że część pacjentów, szczególnie głęboko depresyjnych bądź z poważnymi zaburzeniami osobowości, może doświadczać MS jako egosyntonicznych. Prawdopodobne jest również, że MS zgłaszane przez niektórych pacjentów mogły mieć charakter manipulacyjny. Z tych też powodów należy pamiętać, że zadeklarowanie w kwestionariuszu przez pacjentów obecności MS nie może być utożsamiane z potwierdzeniem ich obecności podczas badania psychiatrycznego. Dla wyników niniejszego badania zasadnicze znaczenie ma także rodzaj zastosowanego podejścia psychoterapeutycznego, którym było podejście psychodynamiczne niezakładające ściśle określonego planu oddziaływań, ale dobór interwencji dokonywany na bieżąco

i w sposób zindywidualizowany, zatem obserwowane zmiany w przypadku każdego z pacjentów mogły być rezultatem nieco innych oddziaływań [26, 37]. Należy także zaznaczyć, że niniejsze badanie objęło tylko niewielką część z szerokiego spektrum czynników, które mogą mieć znaczenie dla obecności i redukcji MS.

Wnioski

1. Stwierdzono, że u pacjentów leczonych w oddziale dziennym za pomocą intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego, z powodu zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości, redukcja Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości (neurotyczności) była istotnie większa w grupie pacjentów z poprawą w zakresie MS niż w grupie, w której owa poprawa nie nastąpiła – dotyczyło to pacjentów obu płci.
2. Znaczna część cech osobowości nerwicowej również uległa większej redukcji u pacjentów z poprawą w zakresie MS niż u pacjentów bez takiej poprawy. Zależność ta została zaobserwowana w przypadku następujących cech osobowości nerwicowej u obu płci: Negatywna samoocena, Impulsywność, Poczucie wyobcowania, Demobilizacja, Trudności w relacjach emocjonalnych, Brak witalności, Poczucie braku wpływu, Poczucie winy, Trudności w relacjach interpersonalnych, Poczucie zagrożenia, Egzaltacja i Rozpamiętywanie, natomiast wyłącznie u kobiet w przypadku takich cech jak Poczucie uzależnienia od otoczenia, Astenia, Trudności podejmowania decyzji, Przekonanie o niezaradności życiowej, Brak wewnątrzsterowności i Wyobrażenia, fantazjowanie.
3. Uzyskane wyniki potwierdzają skuteczność intensywnej psychoterapii jako metody leczenia prowadzącej do kompleksowej poprawy obejmującej zmniejszenie nasilenia nerwicowych zaburzeń osobowości (poziomu neurotyczności) oraz większości cech osobowości nerwicowej, jak i redukcję MS.
4. Ujawnione powiązania wspierają hipotezę o neurotyczności u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości jako czynnikiem predysponującym do występowania MS.

Piśmiennictwo

1. Ormel J, Jeronimus BF, Kotov R, Riese H, Bos EH, Hankin B. i wsp. *Neuroticism and common mental disorders: meaning and utility of a complex relationship*. Clin. Psychol. Rev. 2013; 33(5): 686–697.
2. Ormel J, Bastiaansen A, Riese H, Bos EH, Servaas M, Ellenbogen M. i wsp. *The biological and psychological basis of neuroticism: current status and future directions*. Neurosci. Biobehav. Rev. 2013; 37(1): 59–72.
3. Aleksandrowicz J. *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
4. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2014.
5. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005.

6. Heitzman J, Furgal M, Pilecki M. *Etiologia, patogeneza i epidemiologia zaburzeń psychicznych*. W: Heitzman J. red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007. s.16–19.
7. Sadock BJ, Kaplan HI. red. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. wyd. 10. Lippincott: Williams & Wilkins; 2007.
8. Bienvenu OJ, Brandes M. *The interface of personality traits and anxiety disorders*. Prim. Psychiatry 2005; 12(3): 35–39.
9. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(6): 759–778.
10. Clark LA. *Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology*. J. Abnorm. Psychol. 2005; 114(4): 505–521.
11. McCrae RR, Costa PT Jr. *Personality trait structure as a human universal*. Am. Psychol. 1997; 52(5): 509–516.
12. Bobić J. *Subjective estimation of the quality of life in relation to neuroticism*. Arh. Hig. Rada Toksikol. 2012; 63(supl. 1): 17–22.
13. Samochowiec J, Kucharska-Mazur J, Hajduk A, Wojciechowski B, Samochowiec A. *Profil osobowości pacjentów z zaburzeniami lękowymi oceniany za pomocą Inwentarza Temperamentu i Charakteru Cloningera (TCI) oraz Kwestionariusza Osobowości R.B. Cattella*. Psychiatr. Pol. 2005; 39(3): 527–536.
14. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 29–48.
15. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Mielimąka M, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006*. Psychiatr. Pol. 2014 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/6].
16. Jarema M. *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Gdańsk: Via Medica; 2011.
17. Leenaars AA. *Psychotherapy with suicidal people a person-centred approach*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.; 2004.
18. Fowler JC. *Core principles in treating suicidal patients*. Psychotherapy (Chic) 2013; 50(3): 268–272.
19. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D. i wsp. *The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention*. Eur. Psychiatry 2012; 27(2): 129–141.
20. Victor SE, Klonsky ED. *Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis*. Clin. Psychol. Rev. 2014; 34(4): 282–297.
21. Anyansi TE, Agyapong VI. *Factors predicting suicidal ideation in the preceding 12 months among patients attending a community psychiatric outpatient clinic*. Int. J. Psychiatry Clin. Pract. 2013; 17(2): 120–124.
22. Liu RT, Miller I. *Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review*. Clin. Psychol. Rev. 2014; 34(3): 181–192.
23. Hendin H, Haas AP, Maltzberger JT, Koestner B, Szanto K. *Problems in psychotherapy with suicidal patients*. Am. J. Psychiatry 2006; 163(1): 67–72.

24. Sobański JA, Cyranka K, Rodziński P, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E. i wsp. *Czy cechy osobowości i nasilenie objawów nerwicowych wiążą się ze sprawozdawaniem myśli samobójczych u pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych?* Psychiatr. Pol. 2014 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/5].
25. Hsiao FH, Lai YM, Chen YT, Yang TT, Liao SC, Ho RT. i wsp. *Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood.* Gen. Hosp. Psychiatry 2014; 36(2): 214–219.
26. Rodziński P, Sobański JA, Rutkowski K, Cyranka K, Murzyn A i wsp. *Skuteczność terapii na oddziale dziennym leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych w zakresie redukcji nasilenia i eliminacji myśli samobójczych.* Psychiatr. Pol. 2015 (przyjęto do druku).
27. Mewton L, Andrews G. *Cognitive behaviour therapy via the internet for depression: A useful strategy to reduce suicidal ideation.* J. Affect. Disord. 2014; 170c: 78–84.
28. Watts S, Newby JM, Mewton L, Andrews G. *A clinical audit of changes in suicide ideas with internet treatment for depression.* BMJ Open 2012; 2(5): pii: e001558.
29. Christensen H, Farrer L, Batterham PJ, Mackinnon A, Griffiths KM, Donker T. *The effect of a web-based depression intervention on suicide ideation: secondary outcome from a randomised controlled trial in a helpline.* BMJ Open 2013; 3(6): pii: e002886.
30. Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S. i wsp. *Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2014; 53(10): 1082–1091.
31. Weitz E, Hollon SD, Kerkhof A, Cuijpers P. *Do depression treatments reduce suicidal ideation? The effects of CBT, IPT, pharmacotherapy, and placebo on suicidality.* J. Affect. Disord. 2014; 167: 98–103.
32. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych.* Psychiatr. Pol. 1994; 28(6): 667–676.
33. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”.* Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 931–943.
34. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic.* Psychiatr. Psychoter. 2011; 7(4): 20–34.
35. de Barbaro B, Cechnicki A. *Możliwość ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznej z perspektywy psychiatrii społecznej.* Psychiatr. Pol. 1992; (1-2): 155–159.
36. Tobiasz-Adamczyk B, Szafraniec K, Bajka J. *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
37. Rodziński P, Rutkowski K, Sobański JA, Murzyn A, Cyranka K, Grządziel K. i wsp. *Redukcja myśli samobójczych u pacjentów dziennego oddziału leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe.* Psychiatr. Pol. 2015 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/32223].
38. Makara-Studzińska M, Sygit K, Sygit M, Goździewska M, Zubilewicz J, Kryś-Noszczyk K. *Analysis of the phenomenon of attempted suicides in 1978-2010 in Poland, with particular emphasis on rural areas of Lublin Province.* Ann. Agric. Environ. Med. 2012; 19(4): 762–769.
39. Zięba A, Dubiel D, Stach R. *Trudności stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu depresji.* Post. Psychiatr. Neurol. 1995; 4: 245–251.
40. Wołodźko T, Kokoszka A. *Próba klasyfikacji osób podejmujących zachowania samobójcze – przegląd badań z zastosowaniem analizy skupień.* Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 823–834.
41. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym.* Psychiatr. Pol. 1994; 28(4): 421–430.

42. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006.
43. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Dorota Stolarska D. *KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2009; 11(1): 21–29.
44. Ježková V, Matulová P. *Pilot study of KON-2006 in the Czech Republic*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2010; 12(3): 57–61.
45. Styła R. *Concept of reliable change in the usage of the KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2011; 13(3): 21–24.
46. Styła R. *Różnice w zakresie skuteczności intensywnych programów leczenia zaburzeń osobowości i nerwic. Czy warto monitorować efektywność zespołu terapeutycznego?* Psychiatr. Pol. 2014; 48(1): 157–171.
47. Białas A. *Wiek pacjentów a skuteczność psychoterapii i możliwość zmiany cech osobowości*. Psychoterapia 2008; 144(1): 27–42.
48. Rodziński P, Rutkowski K, Murzyn A, Sobański JA, Cyranka K, Dembińska E. i wsp. *Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*. Psychiatr. Pol. Online First 2015 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36294].
49. Brezo J, Paris J, Turecki G. *Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review*. Acta Psychiatr. Scand. 2006; 113(3): 180–206.
50. Cox BJ, Enns MW, Clara IP. *Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the national comorbidity survey*. Suicide Life Threat. Behav. 2004; 34: 209–219.
51. Enns MW, Cox BJ, Inayatula M. *Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 42: 720–727.
52. Velting DM. *Suicidal ideation and the five-factor model of personality*. Pers. Individ. Dif. 1999; 27: 943–952.
53. Farmer A, Redman K, Harris T, Webb R, Mahmood A, Sadler S. i wsp. *The Cardiff sib-pair study suicidal ideation in depressed and healthy subjects and their siblings*. Crisis 2001; 22: 71–73.
54. Batterham PJ, Christensen H. *Longitudinal risk profiling for suicidal thoughts and behaviours in a community cohort using decision trees*. J. Affect. Disord. 2012; 142(1–3): 306–314.
55. Handley TE, Attia JR, Inder KJ, Kay-Lambkin FJ, Barker D, Lewin TJ. i wsp. *Longitudinal course and predictors of suicidal ideation in a rural community sample*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2013; 47(11): 1032–1040.
56. Chodak M, Barwiński Ł. *Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem – przegląd zagadnień*. Psychiatr. Psychother. 2010; 6(1): 19–30.
57. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Maniecka M. *Autodestruktywność pośrednia a pleć psychologiczna*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 759–771.
58. Rodziński P, Rutkowski K, Murzyn A, Sobański JA, Cyranka K, Dembińska E. i wsp. *Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej*. Psychiatr. Pol. Online First 2015 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/34108].
59. Blüml V, Kapusta ND, Doering S, Brähler E, Wagner B, Kersting K. *Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population*. PLoS One 2013; 8(10): e76646.
60. Bętkowska-Korpała B. red. *Uzależnienia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Parpamedia; 2009.

61. Modrzejewska R, Bomba J. *Porównanie obrazu depresji młodzieńczej w populacji uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych na podstawie analizy wyników badań za pomocą inwentarza objawowego IO „B1” w latach 1984 i 2001.* Psychiatr. Pol. 2009; 43(2): 175–182.
62. Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. red. *Psychiatria.* Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012.
63. Leichsenring F, Hiller W, Weissberg M, Leibing E. *Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications.* Am. J. Psychother. 2006; 60(3): 233–259.
64. Town JM, Abbass A, Hardy G. *Short-term psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a critical review of randomized controlled trials.* J. Pers. Disord. 2011; 25(6): 723–740.
65. Schier K. *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009.
66. Pilecki M, Cygankiewicz P. *Specyfika, zasady i dylematy terapii pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego na młodzieżowym oddziale psychiatrycznym.* Psychoterapia 2008; 147(4): 17–27.
67. de Barbaro B, Józefik B, Drożdżowicz L. *Terapia rodzin w zaburzeniach osobowości: wątpliwości i możliwości.* Psychoterapia 2008; 144(1): 5–16.
68. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej.* Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004.
69. Kamiński R. *Effect of group psychotherapy on changes in symptoms and personality traits in patients with anxiety syndromes* Ann. Acad. Med. Stetin. 2001; 47: 177–188.

Adres: Paweł Rodziński
Katedra Psychoterapii UJ CM
Lenartowicza 14, 31-138 Kraków

Otrzymano: 17.11.2014
Zrecenzowano: 14.01.2014
Otrzymano po poprawie: 21.01.2015
Przyjęto do druku: 2.02.2015

Projekt współfinansowany ze środków
Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego
2012-2017

Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych¹

Changes in intensity of neurotic symptoms associated with reduction of suicidal ideation in patients who underwent psychotherapy in the day hospital for the treatment of neurotic and behavioral disorders

Paweł Rodziński¹, Krzysztof Rutkowski¹, Agnieszka Murzyn²,
Jerzy A. Sobański¹, Katarzyna Cyranka¹, Edyta Dembińska¹,
Karolina Grządziel³, Katarzyna Klasa⁴, Michał Mielimąka¹,
Łukasz Müldner-Nieckowski¹, Bogna Smiatek-Mazgaj¹

¹ Katedra Psychoterapii UJ CM

p.o. Kierownika: prof. dr hab. n. med. K. Rutkowski, prof. UJ

² Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

Kierownik: dr n. med. M. W. Pilecki

³ Katedra Historii Medycyny UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Śródka

⁴ Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski, prof. UJ

Summary

Aim. Analysis of associations between changes in the intensity of neurotic symptoms and reduction of suicidal ideation (SI) or lack of SI reduction, in patients who underwent a course of intensive psychotherapy conducted in integrative approach with predominance of psychodynamic approach in a day hospital.

Material and method. Symptom Checklist KO“O” and Life Inventory completed by 473 women and 207 men treated in the psychotherapeutic day hospital due to neurotic, behavioral or personality disorders between 2005–2013. During the qualification for the therapy 134 women and 80 men reported SI, of whom 84.3% and 77.5% respectively improved.

Results. The reduction of neurotic symptoms intensity was greater in patients of both genders who improved in terms of SI than in those who did not. This referred to global intensity

of neurotic symptoms (OWK coefficient) in both genders ($p < 0.001$), as well as to the majority of the neurotic symptoms subtypes in both genders ($p < 0.05$): *Phobic disorders, Other anxiety disorders, Obsessive-compulsive disorders, Conversions and dissociations, Autonomic disorders, Somatization disorders, Neurasthenia, Avoidance and dependence, Sexual dysfunctions, Dysthymia*; and in case of women ($p < 0.05$): *Hypochondriasis, Depersonalization and derealization, Impulsiveness and histrionism and Non-organic sleep disorders*.

Conclusions. The results show effectiveness and comprehensiveness of intensive psychotherapy as a treatment method that leads to improvement in terms of both SI and neurotic symptoms. This suggests that the applied therapy may be effective in preventing suicidality in this group of patients. The observed associations also point in favor of hypothesis on similarities in etiopathogenesis of and partly identical personality-related factors predisposing to SI and neurotic disorders.

Słowa kluczowe: myśli samobójcze, objawy nerwicowe, psychoterapia

Key words: suicidal ideations, neurotic symptoms, psychotherapy

Wstęp

Badania naukowe i praktyka kliniczna wskazują, że ryzyko suicydalności (rozumianej jako wystąpienie myśli i zachowań samobójczych) jest wyraźnie związane z występowaniem wielu różnych zaburzeń psychicznych, między innymi zaburzeń afektywnych, psychotycznych, bulimii czy też uzależnienia od substancji psychoaktywnych [1–6]. Dotychczas mniej uwagi poświęcano zagadnieniu suicydalności u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. Coraz liczniejsze wyniki badań ostatniej dekady dowodzą, że zaburzenia lękowe są istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia myśli samobójczych (MS), a nawet, mniej spodziewanych w tej grupie pacjentów, prób samobójczych (PS), niezależnie od zmiennych demograficznych i współwystępowania innych zaburzeń [7]. Z kolei jednoczesne występowanie zaburzeń lękowych z zaburzeniami nastroju lub współwystępowanie zaburzeń lękowych (szczególnie zaburzeń lękowych z napadami lęku oraz PTSD) z zaburzeniami osobowości prowadzi, jak ustalono, do kumulacji ryzyka suicydalności zarówno w grupach klinicznych, jak i w prospektywnych badaniach populacyjnych [8, 9].

Dyskusja nad powiązaniem pomiędzy pragnieniem odebrania sobie życia a zaburzeniami lękowymi, afektywnymi i osobowości ma istotne znaczenie praktyczne. Wgląd w naturę owych powiązań może pozwolić na dobór adekwatnego do potrzeb i skutecznego leczenia. Jak dotąd stworzono różne modele związane z wystąpieniem MS odnoszące się do depresyjności i poczucia beznadziejności (hopelessness) [10] oraz czynników interpersonalnych i poznawczych (szczególnie poczucia bycia ciężarem dla innych i poczucia braku przynależności) [11, 12]. Systematyczny przegląd 90 artykułów opublikowanych w latach 1985–1997 dokonany przez Brezo i wsp. [13], koncentrujący się m.in. na zagadnieniu predyspozycji osobowościowych do wystąpienia MS, podkreśla znaczenie nadmiernej introwersji, tendencji do reagowania lękiem i do unikania zranienia, niskiej samooceny, samokrytycyzmu, perfekcjonizmu oraz neurotyczności (w rozumieniu czynnika osobowości modelu Wielkiej Piątki Costy i McCrae). W badaniach innych autorów podnoszone jest znaczenie poczucia izolacji [14], istotnych trudności interpersonalnych [5, 15] oraz negatywnego postrzegania

siebie i innych [16]. W świetle przytoczonych wyników wydaje się prawdopodobne, że przynajmniej część cech osobowości, które predysponują do wystąpienia objawów nerwicowych, jednocześnie ma udział w patogenezie MS. Pośrednio przemawiają za tym również wyniki uzyskane przez Illiceta i wsp. [16], Heisela i wsp. [17], Sobańskiego i wsp. [18], jak również przypuszczenia Brezo i wsp. [13], według których istnieje związek pomiędzy MS a neurotycznością. Wydaje się więc, że cechy osobowości zwiększające ryzyko wystąpienia MS mogą być częściowo tożsame z cechami osobowości predysponującymi do wystąpienia objawów nerwicowych [19–21].

Wielokierunkowe badania nad ryzykiem wystąpienia suicydalności wskazują także na znaczenie czynników genetycznych [22], interakcji pomiędzy genami oraz genami a środowiskiem. Jednym z najlepiej zbadanych genetycznych czynników ryzyka MS i tendencji samobójczych jest polimorfizm genu transportera serotoniny (5-HTTLPR) [23]. Wiadomo także, że czynniki psychospołeczne, takie jak doświadczenia nadużycia lub zaniedbania w relacjach z opiekunami oraz rozwinięcie innego niż bezpieczny stylu przywiązania, mogą mieć istotne znaczenie u osób, u których pojawiają się MS i tendencje samobójcze [15, 24]. Jednocześnie wyniki większości badań nad etiopatogenezą zaburzeń lękowych również potwierdzają istnienie genetycznych czynników ryzyka, w tym polimorfizmu genu transportera serotoniny, jak również znaczenie psychospołecznych (relacyjnych) czynników predysponujących do zaburzeń nerwicowych [19, 25] mających swoje odzwierciedlenie w budowie i funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego [26].

Podsumowując, prawdopodobne jest, że czynniki etiopatogenetyczne objawów nerwicowych oraz suicydalności (predyspozycje neurobiologiczne i genetyczne, doświadczenie urazów w ważnych relacjach, pozabezpieczny styl przywiązania, cechy osobowości utrudniające komunikację i efektywne korzystanie z sieci wsparcia) mogą być przynajmniej częściowo tożsame. Dodatkowo wystąpienie objawów zaburzeń nerwicowych może zwiększać ryzyko pojawienia się MS poprzez obniżenie komfortu i satysfakcji z życia, nasilenie bólu psychicznego, pogłębienie poczucia izolacji i niezrozumienia przez otoczenie. Wydaje się więc, że zastosowanie leczenia w postaci psychoterapii ukierunkowanej na rozumienie przez pacjentów swoich motywów i emocji, kształtowanie dojrzałych mechanizmów radzenia sobie, zwiększenia siły ego i tolerancji na frustrację mogłoby prowadzić jednocześnie do redukcji objawów nerwicowych, jak i zmniejszenia ryzyka suicydalności. Niemniej jednak w dostępnym autorom piśmiennictwie nie natrafiono na prace, które rzuciłyby światło na to, czy u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi ustąpienie MS jest powiązane z korzystnymi zmianami objawowymi oraz jakie mechanizmy stoją za możliwością uzyskania poprawy w tym zakresie.

Cel

Celem niniejszego badania było określenie związków pomiędzy zmianami w nasileniu dolegliwości nerwicowych a redukcją myśli samobójczych – tj. ich ustąpieniem lub redukcją ich nasilenia – lub jej brakiem u pacjentów, którzy przeszli cykl inten-

sywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego w oddziale dziennym leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych.

Material i metoda

Źródłem informacji na temat MS (definiowanych jako chęć odebrania sobie życia) był Kwestionariusz objawowy KO„O” [27, 28], który był wypełniany przez pacjentów w trakcie kwalifikacji do leczenia [29] oraz powtórnie w ostatnich dniach hospitalizacji. Do oszacowania rozpowszechnienia i nasilenia myśli samobójczych posłużyło pytanie o „uciążliwość w ciągu ubiegłych siedmiu dni chęci odebrania sobie życia” (pozycja 62. w KO „O”). Kwestionariusz obejmował odpowiedź negatywną (0) oznaczającą brak MS, natomiast pozytywna odpowiedź wymagała od pacjenta wybrania jednej z trzech opcji, które służyły rozróżnieniu stopnia uciążliwości danego objawu. Gradacja obejmowała trzy stopnie: (a) nieznacznie uciążliwe, (b) średnio uciążliwe, (c) wysoce uciążliwe.

Kwestionariusz KO„O” pozwolił także na określenie nasilenia 14 grup dolegliwości typowych dla zaburzeń nerwicowych oraz łącznego nasilenia owych dolegliwości (współczynnik OWK) [27, 28].

Charakterystyka socjodemograficzna badanych grup

Grupę badaną stanowiło 680 pacjentów: 473 kobiety i 207 mężczyzn, którzy byli leczeni w Oddziale Dziennym Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2005–2013. Źródłem podstawowych danych socjodemograficznych była Ankieta Życiorysowa wypełniana przez pacjentów na etapie kwalifikacji do leczenia. Zawierała ona m.in. pytania dotyczące płci i wieku (tab. 1), stanu cywilnego (tab. 2), wykształcenia (tab. 3) i źródła utrzymania (tab. 4). Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 29,9 roku, zaś mężczyzn 30,4 roku [29].

Tabela 1. **Wiek pacjentów [29]**

Płeć	Kobiety	Mężczyźni
Liczebność	461	219
Średnia ± odchylenie std.	29,9 ± 8,1 roku	30,4 ± 7,4 roku
Mediana	27,4 roku	29,0 lat
Minimum–maksimum	18,2–57,1 roku	18,9–55,6 roku

Tabela 2. **Stan cywilny [29]**

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Panna/Kawaler	288	62,5%	140	63,9%
Zamężna/-y	145	31,5%	69	31,5%
Separacja	5	1,1%	2	0,9%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Rozwiedziona/-y	20	4,3%	7	3,2%
Wdowa/wdowiec	3	0,7%	1	0,5%

Tabela 3. **Wykształcenie [29]**

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Podstawowe	2	0,4%	0	0,0%
Średnie nieukończone	6	1,3%	6	2,7%
Średnie ukończone	112	24,3%	53	24,2%
Nieukończone licencjackie lub pomaturalne	23	5,0%	8	3,7%
Licencjat lub pomaturalne ukończone	41	8,9%	16	7,3%
Wyższe nieukończone	72	15,6%	33	15,1%
Wyższe ukończone	205	44,5%	103	47,0%

Tabela 4. **Źródło utrzymania [29]**

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Na utrzymaniu rodziny/uczeń/student	135	29,3%	50	22,8%
Pracownik umysłowy	157	34,1%	72	32,9%
Pracownik sektora usług/rzemiosła	31	6,7%	17	7,8%
Robotnik	3	0,7%	3	1,4%
Rolnik	3	0,7%	0	0,0%
Własna firma, przedsiębiorstwo rodzinne	18	3,9%	22	10,0%
Bezrobotny	60	13,0%	28	12,8%
Renta	5	1,1%	2	0,9%
Emerytura	1	0,2%	1	0,5%
Inne	48	10,4%	24	11,0%

Rodzaje zaburzeń i przebieg leczenia

Kwalifikacja do leczenia w psychoterapeutycznym oddziale dziennym oprócz badań za pomocą wymienionych kwestionariuszy obejmowała co najmniej dwa badania psychiatryczne, badanie psychologiczne oraz kilka innych kwestionariuszy, co łącznie pozwalało na wykluczenie wysokiego ryzyka samobójczego [5] oraz innych zaburzeń (m.in. zaburzeń afektywnych, psychoz schizofrenicznych, zaburzeń egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich chorób somatycznych) uniemożliwiających korzysta-

nie z psychoterapii na wyżej wymienionym oddziale dziennym [30]. Cykl konsultacji ambulatoryjnych zamykał się zwykle w czasie 2–3 tygodni. Od zakończenia kwalifikacji do rozpoczęcia leczenia w oddziale dziennym upływało zwykle od 4 do 12 tygodni.

Do badania włączono wyłącznie pacjentów, którzy podejmowali leczenie w wyżej wymienionym oddziale po raz pierwszy. Grupę objętą badaniem stanowili pacjenci z rozpoznaniem ze spektrum F40–F69 (wg ICD-10), w tym pacjenci, u których diagnozie zaburzeń osobowości towarzyszyły inne zaburzenia psychiczne z grup F4 i F5 (tab. 5).

Tabela 5. Rodzaj zaburzeń wg klasyfikacji ICD-10 [29]

	Kobiety (n = 461)		Mężczyźni (n = 219)	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
F40 Zaburzenia lękowe w postaci fobii	51	11,1%	31	14,2%
F41 Inne zaburzenia lękowe	145	31,5%	73	33,3%
F42 Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	15	3,3%	12	5,5%
F43 Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	40	8,7%	18	8,2%
F44 Zaburzenia dysocjacyjne	9	2,0%	1	0,5%
F45 Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną	45	9,8%	20	9,1%
F48 Inne zaburzenia nerwicowe	3	0,7%	8	3,7%
F50 Zaburzenia odżywiania się	27	5,9%	0	0,0%
F60/F61 Specyficzne zaburzenia osobowości lub Zaburzenia osobowości mieszane i inne ^a	198	43,0%	94	42,9%
Inne ^b	19	4,1%	13	5,9%

^a – zaburzenia osobowości często stanowiły drugie rozpoznanie towarzyszące rozpoznaniu zaburzeń z grup F4 i F5, ^b – rozpoznania współwystępujące z diagnozami zaburzeń ze spektrum F40–F69.

Planowy czas trwania terapii wynosił 12 tygodni. W trakcie leczenia pacjenci uczestniczyli w intensywnej, codziennej psychoterapii w grupach otwartych liczących średnio 8–10 osób w wymiarze 10–15 sesji tygodniowo, połączonej z jedną sesją terapii indywidualnej tygodniowo. Psychoterapia prowadzona była w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego z elementami terapii poznawczej i behawioralnej. W toku psychoterapii zmierzano m.in. do poszerzenia wglądu pacjentów w wykorzystywane mechanizmy obronne, w procesy interpersonalne zachodzące podczas terapii oraz w funkcje zgłaszanych objawów. Ważnymi elementami leczenia były: praca z oporem oraz z przeniesieniem, wzmacnianie siły ego i autonomii pacjentów, korygowanie dysfunkcyjnych schematów poznawczych oraz tworzenie okoliczności pozwalających na korektywne przeżycia [19, 30–34].

Niewielka część pacjentów korzystała równoległe z psychofarmakoterapii, której zakres stosowania był, według założeń przyjmowanych w oddziale, redukowany w zależności od stanu psychicznego w celu uzyskania dostępu do przeżyć pacjentów oraz okoliczności wiążących się z objawami. Według oddzielnych, niepublikowanych

jeszcze badań A. Murzyn w grupie 169 pacjentów z lat 2008–2011 odsetek badanych korzystających z leków przeciwdepresyjnych lub uspokajających w tym samym oddziale wynosił 3%.

W przypadku badanej grupy całkowity odstęp czasowy pomiędzy badaniami przeprowadzonymi podczas kwalifikacji oraz przy wypisie wyniósł średnio $137,1 \pm 30,3$ dnia u kobiet oraz $132,4 \pm 30,5$ dnia u mężczyzn.

Nasilenie objawów nerwicowych w zależności od wyjściowej obecności lub nieobecności MS

Wykorzystując test t-Studenta dla prób niezależnych porównano wartości skal Kwestionariusza objawowego KO_{„O”} u pacjentów, którzy podczas kwalifikacji do leczenia zgłosili MS, oraz tych, którzy ich nie zgłosili. Stwierdzono, że pacjenci zgłaszający MS w stosunku do pozostałych odznaczali się wyraźnie wyższym globalnym nasileniem dolegliwości typowych dla zaburzeń nerwicowych ($p < 0,001$) i wyższym nasileniem niemal wszystkich z 14 grup owych dolegliwości mierzonych za pomocą KO_{„O”} ($p < 0,001$) – jedynym wyjątkiem były nieorganiczne zaburzenia snu u mężczyzn, w przypadku których różnice były nieistotne statystycznie [29].

Wyodrębnienie podgrup pacjentów, u których nastąpiły różne zmiany w zakresie MS

Pośród kobiet wyjściowe rozpowszechnienie MS wynosiło 29,1%, zaś końcowe wynosiło 10,2%. Pośród mężczyzn początkowo odnotowano rozpowszechnienie MS wynoszące 36,5%, zaś pod koniec terapii 13,7% (tab. 6).

Tabela 6. **Rozpowszechnienie i zmiany w zakresie MS pośród wszystkich badanych, osobno dla kobiet i mężczyzn (n = 680) [29]**

	Kobiety (n = 461)			Mężczyźni (n = 219)			* Różnice pomiędzy płciami	
	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Chi ²	p
MS obecne podczas kwalifikacji	134	29,1%	25,1%–33,4%	80	36,5%	30,4%–43,1%	3,83	ns
MS obecne podczas badania końcowego	47	10,2%	7,8%–13,3%	30	13,7%	9,8%–18,9%	1,82	ns
Poprawa w zakresie MS (ustąpienie lub redukcja ich nasilenia)	113	24,5%	20,8%–28,6%	62	28,3%	22,8%–34,6%	1,12	ns
Ustąpienie MS	103	22,3%	18,8%–26,4%	53	24,2%	19,0%–30,3%	0,29	ns

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Pogorszenie w zakresie MS (definiowane jako wzrost ich nasilenia lub ich pojawienie się)	23	5,0%	3,4%–7,4%	6	2,7%	1,3%–5,9%	1,84	ns
Pojawienie się MS pod koniec terapii przy wyjściowym ich braku	16	3,5%	2,2%–5,6%	3	1,4%	0,5%–4,0%	2,41	ns
Wzrost nasilenia MS w stosunku do ich nasilenia z czasu kwalifikacji	7	1,5%	0,7%–3,1%	3	1,4%	0,5%–4,0%	0,02	ns
Pogorszenie lub brak zmian w zakresie MS	37	8,0%	5,9%–10,9%	21	9,6%	6,4%–14,2%	0,47	ns

ns – różnice pomiędzy płciami były nieistotne statystycznie ($p \geq 0,05$); * – dla określenia, czy wyniki kobiet i mężczyzn istotnie się od siebie różniły, zastosowano test niezależności χ^2 Pearsona

Kolejne analizowane zestawienie dotyczyło wyłącznie pacjentów, którzy zgłosili MS na etapie kwalifikacji. W owej podgrupie kobiet poprawę uzyskało 84,3%. Jednocześnie wzrost nasilenia wyjściowo obecnych MS odnotowano zaledwie u 5,2% kobiet. Pośród mężczyzn z MS obecnymi podczas kwalifikacji poprawę osiągnęło 77,5%. Z kolei odsetek mężczyzn, u których zaobserwowano wzrost nasilenia wyjściowo obecnych MS, wyniósł 3,8%. Ponadto u zdecydowanej większości pacjentów, u których odnotowano poprawę, polegała ona na ustąpieniu MS. W podgrupach, w których wyjściowo deklarowano obecność MS, ich ustąpienie zaobserwowano u 76,9% kobiet oraz u 66,2% mężczyzn (tab. 7).

Tabela 7. Zmiany w zakresie MS w grupie pacjentów, którzy zadeklarowali ich występowanie podczas kwalifikacji (n = 214) [29]

	Kobiety (n = 134)			Mężczyźni (n = 80)			* Różnice pomiędzy płciami	
	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Chi ²	p
Poprawa w zakresie MS (definiowana jako ich ustąpienie lub redukcja ich nasilenia)	113	84,3%	77,2%–89,5%	62	77,5%	67,2%–85,2%	1,57	ns
Ustąpienie MS	103	76,9%	69,0%–83,2%	53	66,2%	55,4%–75,5%	2,86	ns
Redukcja nasilenia MS	10	7,5%	4,1%–13,2%	9	11,3%	6,0%–20,8%	0,89	ns
Brak zmian w nasileniu MS	14	10,4%	6,4%–16,8%	15	18,8%	11,7%–28,7%	2,95	ns

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wzrost nasilenia MS	7	5,2%	2,6%–10,4%	3	3,8%	1,4%–10,4%	0,24	ns
Brak poprawy (brak zmian w nasileniu lub wzrost nasilenia MS)	21	15,7%	10,5%–22,8%	18	22,5%	14,8%–32,8%	1,57	ns

ns – różnice pomiędzy płciami były nieistotne statystycznie ($p > 0,05$); * – dla określenia, czy wyniki kobiet i mężczyzn istotnie się od siebie różniły, zastosowano test niezależności χ^2 Pearsona

Różnice pomiędzy płciami w zakresie zmian dotyczących MS zarówno w całej badanej grupie, jak i w podgrupie pacjentów z wyjściowo obecnymi MS były nieistotne statystycznie (tab. 6 i 7).

Analiza związku pomiędzy poprawą w zakresie MS a zmianami w nasileniu objawów nerwicowych

Dla określenia zmian w nasileniu grup objawów nerwicowych obliczono różnice pomiędzy wartościami końcowymi a początkowymi skal Kwestionariusza objawowego KO_{„O”} [27, 28] dla każdego z badanych. Następnie uzyskane różnice należące do pacjentów z wcześniej wyróżnionych podgrup porównano ze sobą: te należące do pacjentów z poprawą w zakresie MS oraz te należące do pacjentów bez owej poprawy. Porównania przeprowadzono osobno dla kobiet i mężczyzn. W analizie statystycznej wykorzystano test t-Studenta dla prób niezależnych dla zmiennych o rozkładzie normalnym.

Dane uzyskane w wyniku wymienionych badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów, przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej. Użyto licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL.

Wyniki

Uzyskane wyniki dotyczące kobiet wskazują na to, że poprawa zarówno w zakresie ogólnego nasilenia objawów (współczynnik OWK), jak i nasilenia wszystkich grup objawów nerwicowych (skal Kwestionariusza Objawowego „O”) była istotnie większa u pacjentek, u których doszło do ustąpienia MS lub redukcji ich nasilenia, niż u pacjentek, u których nie nastąpiła poprawa w tym zakresie (tab. 8).

Tabela 8. Porównanie zmian, jakie nastąpiły pomiędzy kwalifikacją do leczenia a jego zakończeniem, w wartościach skal Kwestionariusza objawowego KO_{„O”}, w zależności od braku albo obecności poprawy w zakresie MS u kobiet (n = 134)

	Średnie wartości zmian skal KO _{„O”} ± odch. std.		Test t-Studenta				
	*Brak poprawy w zakresie MS (n = 21)	*Poprawa w zakresie MS (n = 113)	** Różnica średnich zmian skal	Przedział ufności 95%		t	p
				Granica dolna	Granica górna		
Ogólna wartość kwestionariusza (OWK)	-107,8 ± 172,0	-276,5 ± 125,0	-168,8	-231,5	-106,1	-5,323	0,000

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

1. Zaburzenia fobiczne	-0,33 ± 1,7	-3,45 ± 2,0	-3,12	-4,05	-2,18	-6,594	0,000
2. Inne zaburzenia lękowe	-0,95 ± 2,2	-3,11 ± 1,6	-2,15	-2,94	-1,37	-5,416	0,000
3. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	-1,24 ± 1,7	-2,47 ± 2,2	-1,23	-2,25	-0,21	-2,394	0,018
4. Konwersje	-0,95 ± 1,9	-2,98 ± 1,7	-2,03	-2,84	-1,22	-4,964	0,000
5. Zaburzenia autonomiczne (ukł. krążenia)	-1,38 ± 2,1	-2,98 ± 1,9	-1,60	-2,50	-0,70	-3,516	0,001
6. Zaburzenia somatyzacyjne	-1,95 ± 2,3	-3,33 ± 1,7	-1,38	-2,23	-0,52	-3,199	0,002
7. Zaburzenia hipochondryczne	-0,71 ± 1,7	-2,43 ± 1,8	-1,72	-2,57	-0,87	-3,999	0,000
8. Neurastenia	-0,67 ± 2,2	-1,51 ± 1,4	-0,85	-1,58	-0,11	-2,278	0,024
9. Depersonalizacje i derealizacje	-1,57 ± 2,2	-3,05 ± 2,1	-1,48	-2,47	-0,49	-2,962	0,004
10. Unikanie i zależność	-0,10 ± 2,0	-1,88 ± 1,5	-1,78	-2,54	-1,02	-4,628	0,000
11. Impulsywność i histrioniczność	-0,86 ± 2,2	-3,17 ± 2,0	-2,31	-3,26	-1,36	-4,815	0,000
12. Nieorganiczne zaburzenia snu	-1,05 ± 1,8	-2,07 ± 2,0	-1,02	-1,95	-0,10	-2,185	0,031
13. Dysfunkcje seksualne	-1,00 ± 2,8	-3,05 ± 2,5	-2,05	-3,25	-0,85	-3,386	0,001
14. Dystymia	-0,10 ± 1,7	-2,14 ± 1,5	-2,05	-2,75	-1,35	-5,775	0,000

* Wynik ujemny oznacza obniżenie się wartości skali z okresu kwalifikacji w stosunku do wartości skali w ostatnich dniach terapii. Wynik dodatni oznacza wzrost wartości skali z okresu kwalifikacji w stosunku do wartości skali w ostatnich dniach terapii. ** Wynik stanowi różnicę pomiędzy średnimi zmianami w wartościach skal pomiędzy podgrupą pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS, a podgrupą, u której poprawa nie nastąpiła.

U mężczyzn wyniki były w znacznym zakresie podobne. Redukcja ogólnego nasilenia dolegliwości nerwicowych, jak również redukcja nasilenia większości spośród grup objawów nerwicowych były istotnie większe u mężczyzn, u których nastąpiła poprawa w zakresie MS, niż u mężczyzn, u których nie zaobserwowano poprawy w postaci ustąpienia lub redukcji nasilenia MS. Innymi słowy, pacjenci, u których doszło do eliminacji MS lub redukcji ich nasilenia, na ogół uzyskali większą poprawę w zakresie objawów nerwicowych niż ci, u których nie nastąpiła poprawa w zakresie MS. Tego rodzaju powiązań nie zaobserwowano wyłącznie w przypadku czterech grup objawów nerwicowych u mężczyzn, tj. Zaburzeń hipochondrycznych, Depersonalizacji i derealizacji, Impulsywności i histrioniczności oraz Nieorganicznych zaburzeń snu (tab. 9).

Tabela 9. Porównanie zmian, jakie nastąpiły pomiędzy kwalifikacją do leczenia a jego zakończeniem, w wartościach skal Kwestionariusza objawowego KO_{„O”}, w zależności od braku albo obecności poprawy w zakresie MS u mężczyzn (n = 80)

	Średnie wartości zmian skal KO _{„O”} ± odch. std.		Test t-Studenta				
	*Brak poprawy w zakresie MS (n = 18)	*Poprawa w zakresie MS (n = 62)	** Różnica średnich	Przedział ufności 95%		t	p
				Granica dolna	Granica górna		
Ogólna wartość kwestionariusza (OWK)	-134,0 ± 135,0	-260,1 ± 115,0	-126,1	-190,0	-62,1	-3,925	0,000
1. Zaburzenia fobiczne	-2,00 ± 2,9	-3,92 ± 2,4	-1,92	-3,27	-0,57	-2,830	0,006
2. Inne zaburzenia lękowe	-1,33 ± 2,1	-2,65 ± 1,6	-1,31	-2,23	-0,40	-2,852	0,006
3. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	-,78 ± 1,6	-2,61 ± 2,1	-1,84	-2,91	-0,76	-3,385	0,001
4. Konwersje	-1,39 ± 1,7	-3,02 ± 1,8	-1,63	-2,55	-0,70	-3,500	0,001
5. Zaburzenia autonomiczne (ukł. krążenia)	-1,78 ± 1,9	-3,03 ± 1,7	-1,25	-2,20	-0,31	-2,643	0,010
6. Zaburzenia somatyzacyjne	-2,00 ± 2,1	-3,10 ± 2,0	-1,10	-2,17	-0,02	-2,037	0,045
7. Zaburzenia hipochondryczne	-2,00 ± 1,9	-2,40 ± 2,0	-0,40	-1,46	0,66	-,757	0,451
8. Neurastenia	-0,22 ± 2,2	-1,89 ± 1,7	-1,66	-2,61	-0,72	-3,506	0,001
9. Depersonalizacje i derealizacje	-1,39 ± 2,1	-2,50 ± 2,1	-1,11	-2,22	0,00	-1,994	0,050
10. Unikanie i zależność	-0,83 ± 1,7	-2,16 ± 1,6	-1,33	-2,20	-0,45	-3,016	0,003
11. Impulsywność i histrioniczność	-2,50 ± 2,4	-3,31 ± 1,9	-0,81	-1,87	0,25	-1,517	0,133
12. Nieorganiczne zaburzenia snu	-1,44 ± 2,1	-2,08 ± 1,9	-0,64	-1,68	0,41	-1,210	0,230
13. Dysfunkcje seksualne	-0,78 ± 2,6	-2,74 ± 2,3	-1,96	-3,23	-0,69	-3,078	0,003
14. Dystymia	-0,33 ± 1,9	-1,73 ± 1,4	-1,39	-2,20	-0,58	-3,420	0,001

* Wynik ujemny oznacza obniżenie się wartości skali z okresu kwalifikacji w stosunku do wartości skali w ostatnich dniach terapii. Wynik dodatni oznacza wzrost wartości skali z okresu

kwalifikacji w stosunku do wartości skali w ostatnich dniach terapii. ** Wynik stanowi różnicę pomiędzy średnimi zmianami w wartościach skal pomiędzy podgrupą pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS, a podgrupą, u której owa poprawa nie nastąpiła.

Dyskusja

Uzyskane wyniki wydają się przemawiać za prawdziwością hipotezy o zbliżonej etiopatogenezie i wspólnych czynnikach osobowościowych predysponujących do wystąpienia zarówno MS, jak i zaburzeń nerwicowych [13, 16, 17, 20, 21]. Wydaje się, że modyfikacja neurotycznych cech osobowości, która stanowiła bezpośredni cel zastosowanej formy psychoterapii, mogła prowadzić do korzystnych zmian zarówno w obszarze objawowym, jak i zmniejszenia MS. Tym samym uzyskane wyniki uwidaczniają zasadność zaleceń Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, według których skuteczne leczenie zaburzeń nerwicowych i osobowości stanowi istotny czynnik prewencji suicydalności [36]. Niemniej jednak dokładne mechanizmy zmian, jak i udział poszczególnych czynników terapeutycznych w zaobserwowanej poprawie są trudne lub niemożliwe do precyzyjnego określenia.

W badaniu Hsiao i wsp. [37] przeprowadzonym na grupie osób z zaburzeniami adaptacyjnymi leczonych terapią grupową nastawioną na redukcję napięcia emocjonalnego i stresu (bez odwoływania się do istotnych trudności wewnątrzpsychicznych i interpersonalnych pacjentów) uzyskano redukcję nasilenia MS, której nie towarzyszyły zmiany w zakresie nasilenia innych objawów, takich jak lęk i depresyjność. Wyniki te wydają się wskazywać na udział takich czynników terapeutycznych jak zaszczepienie nadziei, udzielanie pacjentom informacji czy też doświadczenie spójności grupy [38] w redukowaniu nasilenia MS. Mogą także sugerować, że do redukcji MS nie jest konieczne leczenie uznawane za „przyczynowe”, tj. odwołujące się do czynników osobowościowych predysponujących do ich wystąpienia. Wydaje się jednak prawdopodobne, że na wyniki Hsiao i wsp. [37] wpłynęła specyfika badanej grupy i pewna odmienność etiologiczna zaburzeń adaptacyjnych od innych zaburzeń nerwicowych – m.in. większe znaczenie zewnętrznych czynników dla powstania objawów.

Pacjenci z zaburzeniami osobowości oraz z zaburzeniami nerwicowymi innymi niż zaburzenia adaptacyjne mogą wymagać innych strategii terapeutycznych dla redukcji MS – leczenia odwołującego się do kluczowych konfliktów intrapsychicznych, zmiany mechanizmów obronnych i neurotycznych cech osobowości, jak również modyfikacji wzorców relacji interpersonalnych i tendencji do dysfunkcjonalnych zachowań [38]. Potwierdzają to wyniki badań Guthrie i wsp. [39] oraz wnioski Linehan [40] wskazujące na skuteczność strategii ukierunkowanych na zmianę w zakresie przeżywania i zachowania (stosowanych np. w psychoterapii psychodynamiczno-interpersonalnej i dialektyczno-behawioralnej) dla zmniejszenia nasilenia myśli i tendencji samobójczych w grupach pacjentów z zaburzeniami osobowości i zaburzeniami afektywnymi. Wykazane w niniejszym badaniu istotne zależności pomiędzy poprawą w zakresie MS a redukcją nasilenia niemal wszystkich rodzajów dolegliwości nerwicowych (mierzonych za pomocą skal Kwestionariusza objawowego KO„O”) również wydają się potwierdzać i akcentować znaczenie tych czynników leczniczych, które pozwoliły na uzyskanie

korzystnych zmian zarówno w zakresie objawów zaburzeń nerwicowych, jak i MS. Istotne w procesie terapii integracyjnej z przewagą podejścia psychodynamicznego mogły być czynniki, które pozwalają na uzyskanie wglądu w przyczyny i znaczenie wewnętrzpsychicznych konfliktów, dysfunkcyjnych postaw i przekonań oraz trudności relacyjnych [19, 41]. Przepracowywanie kluczowych trudności w toku leczenia mogło prowadzić do wzmocnienia dojrzalszych mechanizmów radzenia sobie z wewnętrznymi konfliktami i impulsami, a ostatecznie do redukcji neurotyczności i uzyskania poprawy zarówno w obszarze objawowym, jak i w zakresie MS. Przypuszczenia te współbrzmiają z tezami innych badaczy, którzy podkreślają niemożność leczenia MS bez zrozumienia ich indywidualnego kontekstu, a także ich komunikacyjnego charakteru [19, 25]. MS mogą mieć bardzo różnorodne znaczenia – mogą być m.in. zamachem na wewnętrzną reprezentację znieawidzonego obiektu, wyrażać niemożność sprostania ideałowi self, sygnalizować trudność w przeżyciu żałoby lub być wyrazem pragnienia przejęcia kontroli nad otoczeniem [25, 38, 42]. Takie rozumienie MS – jako objawu, któremu należy nadać indywidualne znaczenie w odniesieniu do przeżyć pacjenta i bieżącego kontekstu relacyjnego – skłania do zastosowania wobec nich podobnych sposobów leczenia, jakie wykorzystywane są wobec objawów nerwicowych. Zaobserwowane w toku leczenia współzależności pomiędzy zmianą w zakresie MS a zmianami w zakresie objawów nerwicowych mogą zatem być determinowane nie tylko ich zbliżoną etiopatogenezą, lecz także podobieństwem oddziaływań, które pozwalają na ich złagodzenie.

W świetle badań wskazujących na znaczenie wyobcowania i poczucia bycia ciężarem dla innych (jako czynników ryzyka suicydalności) [43] szczególnie ważna dla złagodzenia MS wydaje się kwestia czynników interpersonalnych, unikalnych dla terapii grupowej [11, 14]. Istotne znaczenie dla zmiany dysfunkcyjnych przekonań związanych z relacjami, oprócz czynników wzmiankowanych powyżej (zaszczerpienia nadziei, uzyskiwania i udzielania informacji), mogły mieć: poczucie przynależności do grupy, złagodzenie poczucia alienacji, rozwój umiejętności społecznych, poczucie bycia wysłuchanym i zrozumianym, a także pomocnym dla innych pacjentów [37, 41]. Prawdopodobnie istotną rolę odegrało także przymierze z grupą i terapeutami oraz stałe ramy terapii (setting). Mogły one być pomocne m.in. w modyfikacji dysfunkcyjnych stylów radzenia sobie z trudnościami, precyzowaniu celów terapeutycznych i osobistych „zorientowanych na życie” („life-oriented”) [38], prowadząc do poprawy objawowej i redukcji MS. Należy także przyjąć, że sama redukcja nasilenia objawów nerwicowych (pociągająca za sobą między innymi poprawę samopoczucia i odzyskanie nadziei na bardziej satysfakcjonujące życie) mogła stanowić bezpośredni czynnik warunkujący złagodzenie MS.

Podsumowując, wydaje się, że te same czynniki leczące w psychoterapii, które prowadziły do redukcji nasilenia objawów nerwicowych, mogły być odpowiedzialne za poprawę w zakresie MS, m.in. poprzez oddziaływanie na obszary etiopatogenetycznie wspólne dla MS i objawów nerwicowych. W świetle teorii dotyczących znaczenia czynników relacyjnych dla powstawania MS [11, 42], istotne dla poprawy w zakresie MS mogły być także czynniki interpersonalne, unikalne dla psychoterapii grupowej [25, 37]. Bardziej precyzyjne określenie zakresu ich oddziaływania wymagałoby dalszych badań.

Nieco zaskakujący i trudny do jednoznacznego wyjaśnienia jest brak istotnego związku między poprawą w zakresie MS a redukcją nasilenia kilku grup objawów u mężczyzn [43–46]. Sugerując się doświadczeniem klinicznym, można byłoby spodziewać się, że złagodzenie MS u mężczyzn również będzie wiązało się z poprawą w zakresie Nieorganicznych zaburzeń snu, Impulsywności i histrioniczności oraz Zaburzeń hipochondrycznych (tab. 9). Pomimo uzyskanej poprawy w zakresie MS, być może w przypadku niektórych, uporczywych dolegliwości nerwicowych, jak np. hipochondrii, rozumianej z perspektywy psychodynamicznej m.in. jako potrzeba „ukarania siebie” za nieakceptowane impulsy i pragnienia [47], konieczne jest dłuższe stosowanie psychoterapii pozwalające na pogłębione przepracowanie autodestrukcyjnych skłonności [48]. Niemniej jednak pacjenci z badanej grupy uczestniczyli łącznie w około 200 sesjach psychoterapeutycznych, co stanowi intensywne oddziaływanie średnioterminowe (trwające 3 miesiące). Wyjaśnienie tego rodzaju obserwacji wymaga dalszych badań. Nie można także wykluczyć, że nieprzekroczenie przez niektóre wyniki prognozy istotności statystycznej wyniknęło z niewystarczającej liczebności badanej grupy mężczyzn.

Dla właściwej interpretacji wyników niniejszego badania warto zaznaczyć, że objęci nim pacjenci z MS przynajmniej tymczasowo nie byli obciążeni wysokim ryzykiem samobójczym, które uniemożliwiałoby leczenie w oddziale dziennym, jakkolwiek obecność innych przejawów autoagresji, np. samookaleczeń lub historia prób samobójczych, nie należała do rzadkości. Ponadto, w związku z brakiem grupy kontrolnej dla badanej populacji, należy zadać pytanie, czy zaobserwowana poprawa pozwala wnioskować o skuteczności zastosowanej formy psychoterapii. Wobec odnotowanej dynamiki rozpowszechnienia i nasilenia badanych objawów (tab. 6–9) oraz faktu, iż zastosowana terapia stanowi powszechnie uznaną metodę leczniczą stosowaną wobec grup pacjentów do których należeli badani [31, 32, 38, 49], wydaje się wysoce prawdopodobne, że uzyskane wyniki obrazują skuteczność zastosowanej formy leczenia. Pewnym ograniczeniem przeprowadzonego badania była niemożność zweryfikowania trwałości uzyskanej poprawy objawowej. Niemniej stanowi to typowy niedostatek niemal wszystkich badań nad zmianami zachodzącymi podczas psychoterapii prowadzonych w codziennej praktyce – wyniki badań follow-up uzyskiwane są rzadko i dla niewielkiego odsetka byłych pacjentów. Co więcej, Kwestionariusz KO„O” mierzący nasilenie objawów typowych dla zaburzeń nerwicowych, na którym bazowało niniejsze badanie, skonstruowany jest z pytań dotyczących ostatnich siedmiu dni, co może wiązać się z niewychwyceniem pacjentów, u których badane objawy ustąpiły jedynie tymczasowo. Ponadto analizowane pytanie dotyczyło MS, które cechowały się „uciążliwością”. Doświadczenie kliniczne pokazuje jednak, że niektórzy pacjenci, szczególnie ci z poważnymi zaburzeniami osobowości bądź głęboko depresyjni, mogą odbierać pojawiające się MS jako egosyntoniczne. Na przykład MS mogą być przez nich uważane jako użyteczne narzędzie rozładowywania swoich napięć emocjonalnych lub jako myśli obrazujące radykalne, lecz adekwatne wyjście z sytuacji postrzeganej jako beznadziejna. Między innymi z tego powodu należy zaznaczyć, że zadeklarowanie w kwestionariuszu przez pacjentów obecności uciążliwych MS z pewnością nie jest równoważne z ujawnieniem MS podczas badania psychiatrycznego. Nie bez znaczenia jest także rodzaj dominującej metody leczniczej, którą była psychoterapia psychody-

namiczna niezakładająca ściśle określonego planu oddziaływań obejmującego treść zastosowanych interwencji. Innymi słowy, oddziaływania psychoterapeutyczne były po części dobierane na bieżąco i w sposób zindywidualizowany. Należy więc przyjąć, że obserwowane zmiany w przypadku każdego z pacjentów mogły być rezultatem nieco innych oddziaływań ze spektrum interwencji psychoterapeutycznych [29, 50].

Wnioski

1. Redukcja ogólnego nasilenia dolegliwości nerwicowych była większa u pacjentów, u których nastąpiła poprawa w zakresie MS (definiowana jako ustąpienie MS lub zmniejszenie się ich intensywności), niż u tych, u których nie zaobserwowano poprawy w zakresie MS – dotyczyło to obu płci.
2. Analizując poszczególne rodzaje objawów nerwicowych (mierzone za pomocą Kwestionariusza objawowego KO„O”), stwierdzono, że intensywność większości z nich uległa istotnie silniejszej redukcji u pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS, niż u tych, u których nie nastąpiła taka poprawa. Dotyczyło to następujących rodzajów dolegliwości nerwicowych zarówno u kobiet, jak i mężczyzn: Zaburzeń fobicznych, Innych zaburzeń lękowych, Zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, Konwersji, Zaburzeń autonomicznych, Zaburzeń somatyzacyjnych, Neurastenii, Unikania i zależności, Dysfunkcji seksualnych i Dystymii; wyłącznie u kobiet były to: Zaburzenia hipochondryczne, Depersonalizacje i derealizacje, Impulsywność i histrioniczność oraz Nieorganiczne zaburzenia snu.
3. Uzyskane wyniki wskazują na zasadność stosowania intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości, u których występują MS. Niniejsze badanie dostarczyło wyników potwierdzających skuteczność i kompleksowość tej formy leczenia jako prowadzącej do poprawy zarówno w odniesieniu do MS, jak i objawów zaburzeń nerwicowych. Pozwala to przypuszczać, że zastosowana forma psychoterapii może stanowić efektywną metodę prewencji suicydalności w tej grupie pacjentów.
4. Zaobserwowane zależności przemawiają także za trafnością hipotezy o zbliżonej etiopatogenezie i częściowo tożsamych czynnikach osobowościowych predysponujących do wystąpienia zarówno MS, jak i zaburzeń nerwicowych.

Piśmiennictwo

1. Isometsa E. *Suicidal behaviour in mood disorders –who, when, and why?* Can. J. Psychiatry 2014; 59(3): 120–130.
2. Peng H, Wu K, Li J, Qi H, Guo S, Chi M. i wsp. *Increased suicide attempts in young depressed patients with abnormal temporal – parietal – limbic gray matter volume.* J. Affect. Disord. 2014; 165: 69–73.
3. Franko DL, Keel PK. *Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications.* Clin. Psychol. Rev. 2006; 26(6): 769–782.

4. Pilecki MW, Józefik B, Sałapa K. *Związek oceny relacji rodzinnych z depresją u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 385–395.
5. Wołodźko T, Kokoszka A. *Próba klasyfikacji osób podejmujących zachowania samobójcze – przegląd badań z zastosowaniem analizy skupień*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 823–834.
6. Polewka A, Groszek B, Trela F, Zieba A, Bolechała F, Chrostek-Maj J. i wsp. *The completed and attempted suicide in Krakow: similarities and differences*. Przegl. Lek. 2002; 59(4–5): 298–303.
7. Thibodeau MA, Welch PG, Sareen J, Asmundson GJ. *Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: propensity score matching in two epidemiological samples*. *Depress. Anxiety* 2013; 30(10): 947–954.
8. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M. i wsp. *Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults*. *Arch. Gen. Psychiatry* 2005; 62(11): 1249–1257.
9. Nepon J, Belik SL, Bolton J, Sareen J. *The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *Depress. Anxiety* 2010; 27(9): 791–798.
10. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A. i wsp. *Suicide prevention strategies: A systematic review*. *JAMA* 2005; 294(16): 2064–2074.
11. Kleiman EM, Liu RT, Riskind JH. *Integrating the interpersonal psychological theory of suicide into the depression/suicidal ideation relationship: a short-term prospective study*. *Behav. Ther.* 2014; 45(2): 212–221.
12. Van Orden KA, Lynam ME, Hollar D, Joiner TE. *Perceived burdensomeness as an indicator of suicidal symptoms*. *Cogn. Ther. Res.* 2006; 30: 457–467.
13. Brezo J, Paris J, Turecki G. *Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review*. *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 113(3): 180–206.
14. Field T, Diego M, Sanders CE. *Adolescent suicidal ideation*. *Adolescence* 2001; 36(142): 241–248.
15. Mandal E, Zalewska K. *Style przywiązania, traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa i dorosłości, stany psychiczne oraz metody podejmowania prób samobójczych przez kobiety leczone psychiatrycznie*. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46(1): 75–84.
16. Iliceto P, Fino E, Sabatello U, Candilera G. *Personality and suicidal ideation in the elderly: factorial invariance and latent means structures across age*. *Aging Ment. Health* 2014; 18(6): 792–800.
17. Heisel MJ, Duberstein PR, Conner KR, Franus N, Beckman A. *Personality and reports of suicide ideation among depressed adults 50 years of age or older*. *J. Affect. Disord.* 2006; 90(2–3): 175–180.
18. Sobański JA, Cyranka K, Rodziński P, Klasa K, Rutkowski K i wsp. *Czy cechy osobowości i nasilenie objawów nerwicowych wiążą się ze sprawozdawaniem myśli samobójczych u pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych?* *Psychiatr. Pol.* 2014 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/5].
19. Aleksandrowicz JW. *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
20. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004.
21. Griffith JW, Zinbarg RE, Craske MG, Mineka S, Rose RD, Waters AM. i wsp. *Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders*. 2010; 40(7): 1125–1236.
22. Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. *Neurobiology of suicidal behaviour*. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45(4): 573–588.

23. Anguelova M, Benkelfat C, Turecki G. *A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter: II. Suicidal behavior*. Mol. Psychiatry 2003; 8(7): 646–653.
24. Field T, Diego M, Sanders CE. *Adolescent suicidal ideation*. Adolescence 2001; 36(142): 241–248.
25. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
26. Schore AN. *Back to basics: attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics*. Pediatr. Rev. 2005; 26(6): 204–217.
27. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(6): 667–676.
28. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 931–943.
29. Rodziński P, Sobański JA, Rutkowski K, Cyranka K, Murzyn A i wsp. *Skuteczność terapii na oddziale dziennym leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych w zakresie redukcji nasilenia i eliminacji myśli samobójczych*. Psychiatr. Pol. 2015 (przyjęto do druku).
30. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. Psychiatr. Psychoter. 2011; 7(4): 20–34.
31. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(4): 421–430.
32. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 28–49.
33. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Mielimąka M, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006*. Psychiatr. Pol. 2014 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/6].
34. Janusz B, Józefik B, de Barbaro B. *Zastosowania koncepcji dialogowego Ja w psychoterapii, zwłaszcza w terapii rodzin*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(5): 867–875.
35. Champion J, Bhui K, Bhugra D. *European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders*. Eur. Psychiatry 2012; 27(2): 68–80.
36. Hsiao FH, Lai YM, Chen YT, Yang TT, Liao SC, Ho RT. i wsp. *Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood*. Gen. Hosp. Psychiatry 2014; 36(2): 214–219 .
37. Yalom DI, Leszcz M. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
38. Leenaars AA. *Psychotherapy with suicidal people: the commonalities*. Arch. Suicide Res. 2006; 10: 305–322.
39. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E. i wsp. *Predictors of outcome following brief psychodynamic-interpersonal therapy for deliberate self-poisoning*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2003; 37(5): 532–536.
40. Linehan MM. *Behavioral treatments of suicidal behaviors. Definitional obfuscation and treatment outcomes*. Ann. N. Y. Acad. Sci. 1997; 836: 302–328.
41. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2014.
42. Hołyst B. *Suicydologia*. Warszawa: LexisNexis; 2002.

43. Berman AL, Silverman MM, Bongar BM. *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press; 2000.
44. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Maniecka M. *Autodestruktywność pośrednia a pleć psychologiczna*. *Psychiatr. Pol.* 2014; 48(4): 759–771.
45. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Maniecka M. *Zróżnicowanie autodestruktywności pośredniej ze względu na pleć u osób po próbach samobójczych*. *Psychiatr. Pol.* 2014 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/1].
46. Gierowski K. *Relacje pomiędzy płcią psychologiczną a agresywnością na tle czynników ryzyka przemocy u nieletnich dziewcząt i chłopców*. W: Gulla B, Wysocka-Pleczyk M. red. *Przestępczość nieletnich*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009. s. 37–50.
47. Christogiorgos S, Tzikas D, Widdershoven-Zervaki MA, Dimitropoulou P, Athanassiadou E, Giannakopoulos G. *Hypochondriacal anxieties in adolescence*. *Open Psychol. J.* 2013; 6: 6–9
48. Thomson AB, Page LA. *Psychotherapies for hypochondriasis*. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2007; 4: CD006520.
49. Fowler JC. *Core principles in treating suicidal patients*. *Psychotherapy (Chic)* 2013; 50(3): 268–272.
50. Rodziński P, Rutkowski K, Sobański JA, Murzyn A, Cyranka K, Grządziel K. i wsp. *Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii na dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe*. *Psychiatr. Pol.* 2015 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32223].

Adres: Paweł Rodziński
Katedra Psychoterapii UJ CM
ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków

Otrzymano: 16.10.2014
Zrecenzowano: 27.12.2014
Otrzymano po poprawie: 31.12.2014
Przyjęto do druku: 2.02.2015

Projekt współfinansowany ze środków
Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego
2012-2017

9. OŚWIADCZENIA AUTORÓW

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Karolina Grządziel, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Edyta Dembińska, Michał Mielimąka) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32223) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- współredakcja Wstępu i Dyskusji,
- analiza piśmiennictwa,
- opracowanie wyników,
- redakcja i adiustacja tekstu,
- udział w zebraniu danych źródłowych,
- oryginalny pomysł badania empirycznego.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

p.o. Kierownika
Katedry Psychoterapii UJ CM
dr hab. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ
.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr n. med. Jerzy A. Sobański
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Michał Mielimąka, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/34108) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- konsultacje dotyczące metodologii,
- współredakcja Wstępu i Dyskusji,
- analiza piśmiennictwa,
- opracowanie wyników,
- udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr n. med. Agnieszka Murzyn
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Michał Mielimąka, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/34108) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- współredakcja Wstępu i Dyskusji,
- udział w zebraniu danych źródłowych,
- analiza piśmiennictwa.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

.....
A. Murzyn
.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr n. med. Michał Mielimąka
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Michał Mielimąka, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/34108) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- udział w zebraniu danych źródłowych,
- współredakcja Dyskusji.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Mgr Bogna Smiatek-Mazgaj
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Michał Mielimąka, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski) opublikowanej w czasopiśmie *Psychiatria Polska* (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/34108) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- udział w zebraniu danych źródłowych,
- współredakcja Dyskusji.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....
(podpis współautora)

Mgr Katarzyna Cyranka
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

Kraków, dnia 15.03.2015

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Michał Mielimąka, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/34108) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr n. med. Edyta Dembińska
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Michał Mielimąka, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/34108) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopiśmie naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Lek. med. Karolina Grządziel
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Michał Mielimąka, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski) opublikowanej w czasopiśmie *Psychiatria Polska* (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/34108) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Mgr Katarzyna Klasa
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Michał Mielimąka, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/34108) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Lek. med. Łukasz Müldner-Nieckowski
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Michał Mielimąka, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/34108) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopiśmie naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Michał Mielimąka, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/34108) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- współredakcja Wstępu i Dyskusji,
- oryginalny pomysł badania empirycznego,
- analiza piśmiennictwa,
- opracowanie wyników,
- redakcja i adiustacja tekstu,
- udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

p.o. Kierownika
Katedry Psychoterapii UJ CM
dr hab. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ
.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr n. med. Jerzy A. Sobański
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Karolina Grządziel, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Edyta Dembińska, Michał Mielimąka) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32223) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- konsultacje dotyczące metodologii,
- współredakcja Wstępu i Dyskusji,
- analiza piśmiennictwa,
- opracowanie wyników,
- redakcja i adiustacja tekstu,
- udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr n. med. Agnieszka Murzyn
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)


OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Karolina Grządziel, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Edyta Dembińska, Michał Mielimąka) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32223) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- udział w zebraniu danych źródłowych,
- współredakcja Wstępu i Dyskusji,
- redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Mgr Katarzyna Cyranka
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

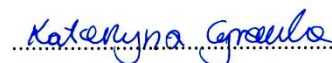
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Karolina Grządziel, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Edyta Dembińska, Michał Mielimąka) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32223) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- udział w zebraniu danych źródłowych,
- współredakcja Dyskusji,
- korekta wersji angielskiej.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Lek. med. Karolina Grządziel
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Karolina Grządziel, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Edyta Dembińska, Michał Mielimąka) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32223) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: analiza piśmiennictwa, współredakcja Dyskusji.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Mgr Bogna Smiatek-Mazgaj
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Karolina Grządziel, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Edyta Dembińska, Michał Mielimąka) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32223) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych, współredakcja Dyskusji.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

.....*Smiatek-Mazgaj*.....

(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015


Mgr Katarzyna Klasa
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Karolina Grządziel, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Edyta Dembińska, Michał Mielimąka) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32223) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych, współredakcja Dyskusji.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Lek. med. Łukasz Müldner-Nieckowski
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Karolina Grządziel, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Edyta Dembińska, Michał Mielimąka) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32223) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych, współredakcja Dyskusji.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015


Dr n. med. Edyta Dembińska
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Karolina Grządziel, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Edyta Dembińska, Michał Mielimąka) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32223) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych, współredakcja Dyskusji.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr n. med. Michał Mielimąka
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Karolina Grządział, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Edyta Dembińska, Michał Mielimąka) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32223) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych, współredakcja Dyskusji.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w profilu osobowości nerwicowej wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Michał Mielimąka, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie *Psychiatria Polska* (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/37308) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- współredakcja Wstępu i Dyskusji,
- oryginalny pomysł badania empirycznego,
- analiza piśmiennictwa,
- opracowanie wyników,
- redakcja i adiustacja tekstu,
- udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

p.o. Kierownika
Katedry Psychoterapii UJ CM

dr hab. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ

(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr n. med. Jerzy A. Sobański
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w profilu osobowości nerwicowej wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Michał Mielimąka, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/37308) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- konsultacje dotyczące metodologii,
- współredakcja Wstępu i Dyskusji,
- redakcja i adiustacja tekstu,
- analiza piśmiennictwa,
- opracowanie wyników,
- udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr n. med. Michał Mielimąka
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w profilu osobowości nerwicowej wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Michał Mielimąka, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/37308) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- współredakcja Wstępu i Dyskusji,
- udział w zebraniu danych źródłowych,
- analiza piśmiennictwa,
- redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr n. med. Agnieszka Murzyn
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w profilu osobowości nerwicowej wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Michał Mielimąka, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/37308) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- współredakcja Wstępu i Dyskusji,
- udział w zebraniu danych źródłowych,
- redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Mgr Katarzyna Cyranka
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w profilu osobowości nerwicowej wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Michał Mielimąka, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie *Psychiatria Polska* (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/37308) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- udział w zebraniu danych źródłowych,
- redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr n. med. Edyta Dembińska
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „Zmiany w profilu osobowości nerwicowej wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Michał Mielimąka, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/37308) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- udział w zebraniu danych źródłowych,
- redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Lek. med. Karolina Grządziel
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „Zmiany w profilu osobowości nerwicowej wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Michał Mielimąka, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/37308) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- udział w zebraniu danych źródłowych,
- redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Mgr Katarzyna Klasa
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w profilu osobowości nerwicowej wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Michał Mielimąka, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/37308) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- udział w zebraniu danych źródłowych,
- redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Lek. med. Łukasz Müldner-Nieckowski
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w profilu osobowości nerwicowej wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Michał Mielimąka, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/37308) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- udział w zebraniu danych źródłowych,
- redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Mgr Bogna Smiatek-Mazgaj
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

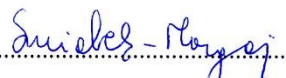
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w profilu osobowości nerwicowej wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Jerzy A. Sobański, Michał Mielimąka, Agnieszka Murzyn, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/37308) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- udział w zebraniu danych źródłowych,
- redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Agnieszka Murzyn, Jerzy A. Sobański, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Michał Mielimąka, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie *Psychiatria Polska* (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36294) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- współredakcja Wstępu i Dyskusji,
- analiza piśmiennictwa,
- opracowanie wyników,
- redakcja i adiustacja tekstu,
- udział w zebraniu danych źródłowych,
- oryginalny pomysł badania empirycznego.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

p.o. Kierownika
Katedry Psychoterapii UJ CM
dr hab. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ
.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr n. med. Agnieszka Murzyn
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Agnieszka Murzyn, Jerzy A. Sobański, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Michał Mielimąka, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36294) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- współredakcja Wstępu i Dyskusji,
- analiza piśmiennictwa,
- opracowanie wyników,
- redakcja i adiustacja tekstu,
- udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr n. med. Jerzy A. Sobański
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Agnieszka Murzyn, Jerzy A. Sobański, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Michał Mielimąka, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie *Psychiatria Polska* (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36294) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- współredakcja Wstępu i Dyskusji,
- analiza piśmiennictwa,
- opracowanie wyników,
- redakcja i adiustacja tekstu,
- konsultacje dotyczące metodologii,
- udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Mgr Katarzyna Cyranka
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Agnieszka Murzyn, Jerzy A. Sobański, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Michał Mielimąka, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36294) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr n. med. Edyta Dembińska
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Agnieszka Murzyn, Jerzy A. Sobański, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Michał Mielimąka, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36294) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Lek. med. Karolina Grządziel
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Agnieszka Murzyn, Jerzy A. Sobański, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Michał Mielimąka, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36294) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- analiza piśmiennictwa,
- współredakcja Dyskusji.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Mgr Katarzyna Klasa
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Agnieszka Murzyn, Jerzy A. Sobański, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Michał Mielimąka, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36294) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Dr n. med. Michał Mielimąka
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Agnieszka Murzyn, Jerzy A. Sobański, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Michał Mielimąka, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36294) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Lek. med. Łukasz Müldner-Nieckowski
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Agnieszka Murzyn, Jerzy A. Sobański, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Michał Mielimąka, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36294) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 15.03.2015

Mgr Bogna Smiatek-Mazgaj
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych” (autorzy: Paweł Rodziński, Krzysztof Rutkowski, Agnieszka Murzyn, Jerzy A. Sobański, Katarzyna Cyranka, Edyta Dembińska, Karolina Grządziel, Katarzyna Klasa, Michał Mielimąka, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj) opublikowanej w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36294) oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: udział w zebraniu danych źródłowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez lek. med. Pawła Rodzińskiego jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład lek. med. Pawła Rodzińskiego przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....

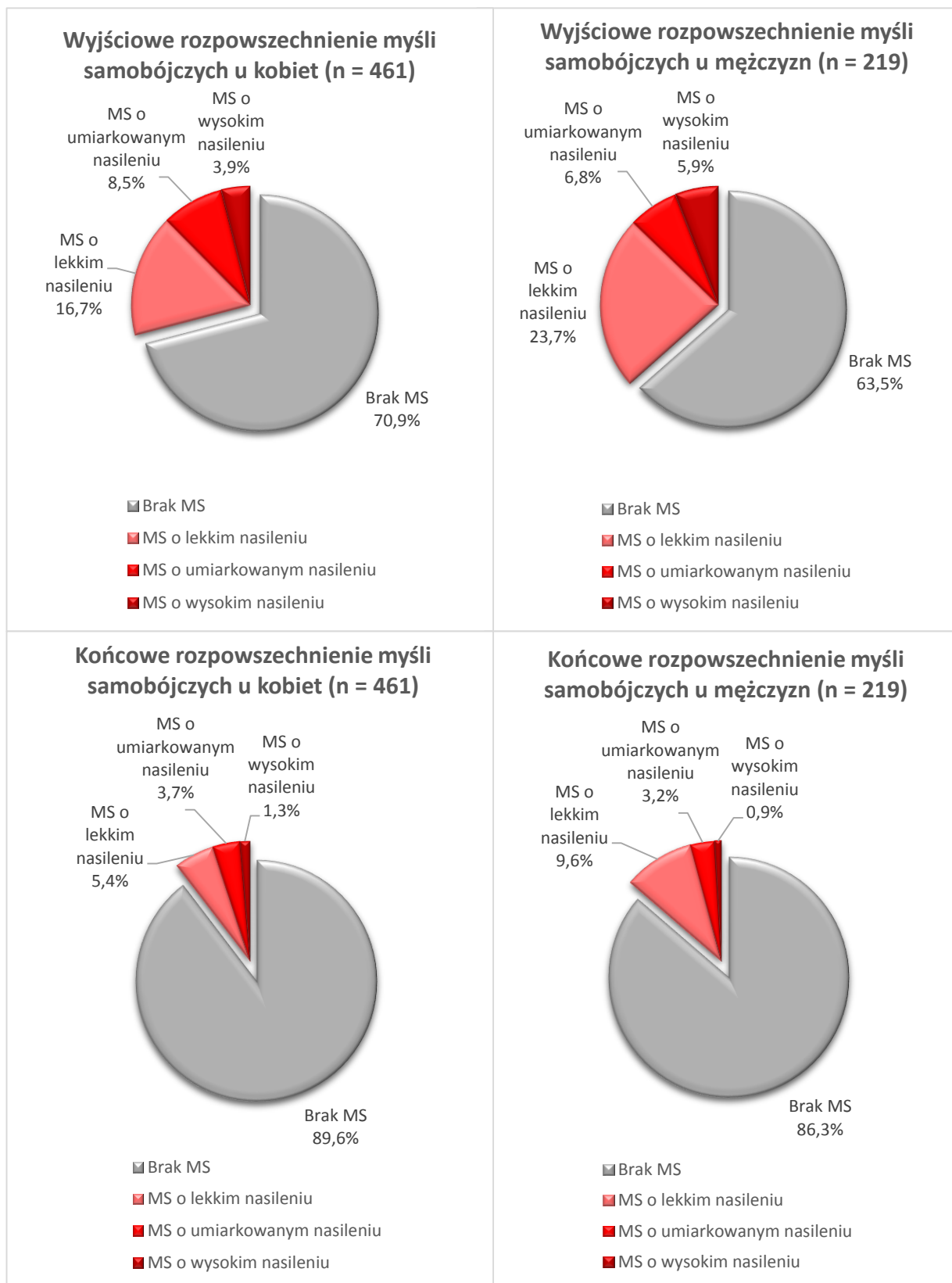
(podpis współautora)

10. ANEKSY

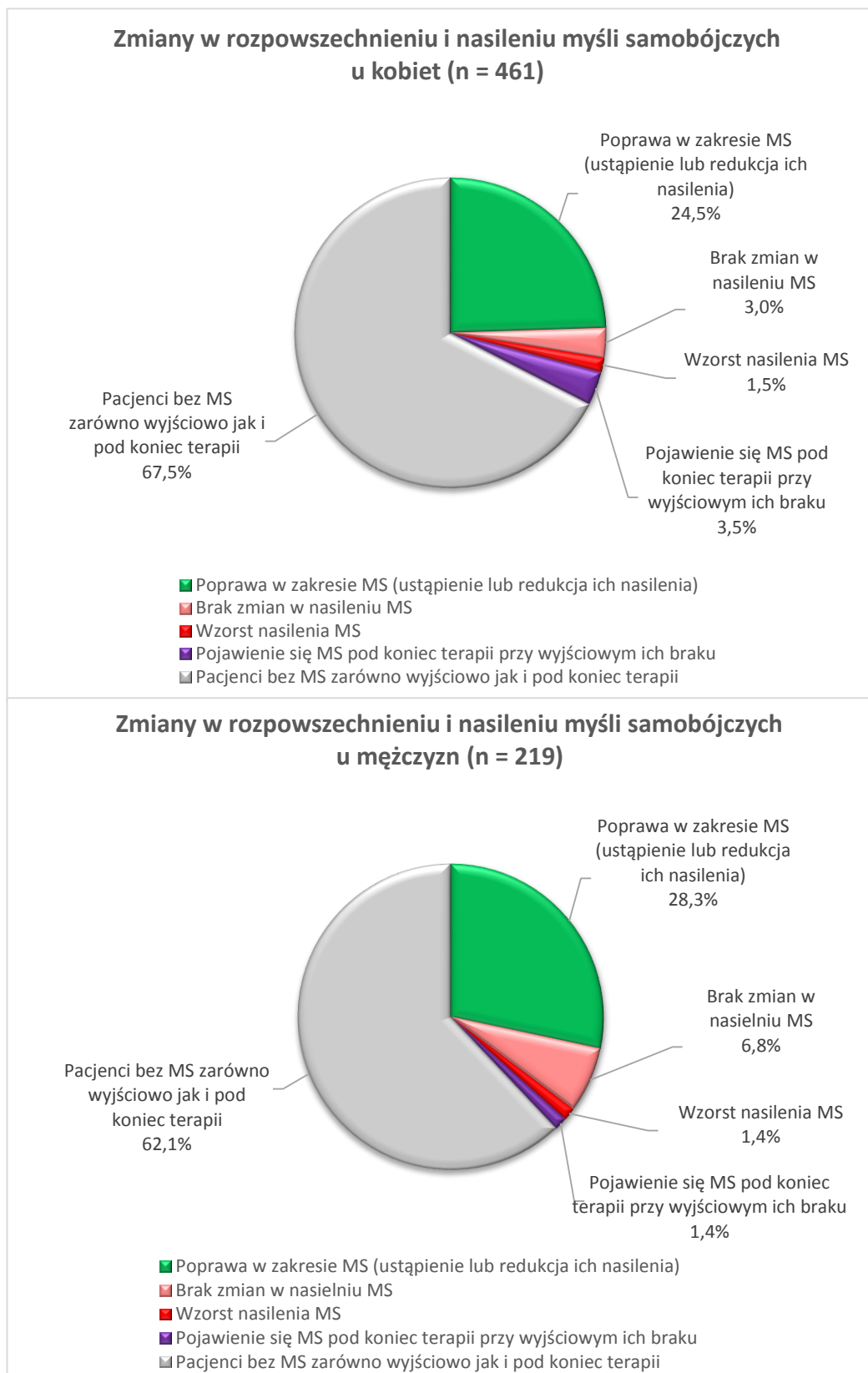
Spis załączników:

- 10.1. Wykresy przedstawiające rozpowszechnienie myśli samobójczych w badanej populacji przed rozpoczęciem terapii oraz podczas wypisu.
- 10.2. Wykresy przedstawiające zmiany w rozpowszechnieniu myśli samobójczych, jakie nastąpiły pomiędzy okresem kwalifikacji pacjentów do terapii a jej zakończeniem.
- 10.3. Tabele zbiorczo przedstawiające wyniki uzyskane w toku niniejszego projektu badawczego.
- 10.4. Spis skrótów stosowanych w dysertacji.

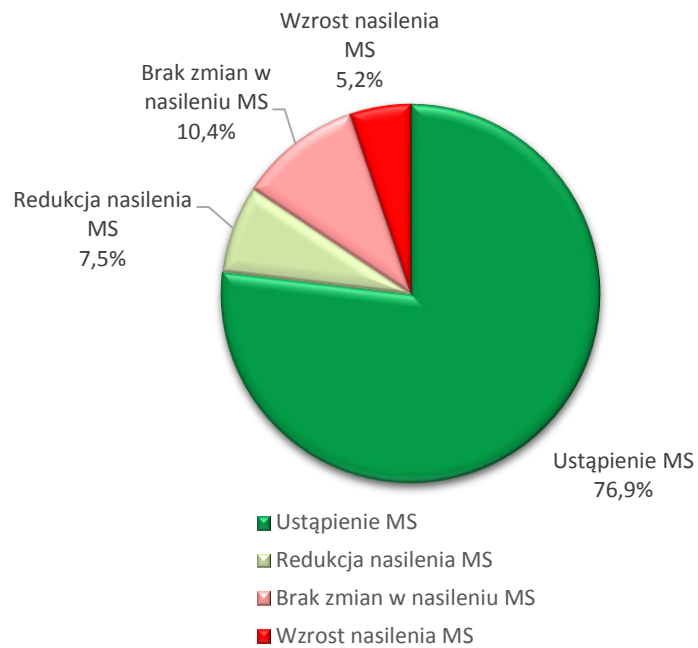
10.1. Wykresy przedstawiające rozpowszechnienie myśli samobójczych w badanej populacji przed rozpoczęciem terapii oraz podczas wypisu.



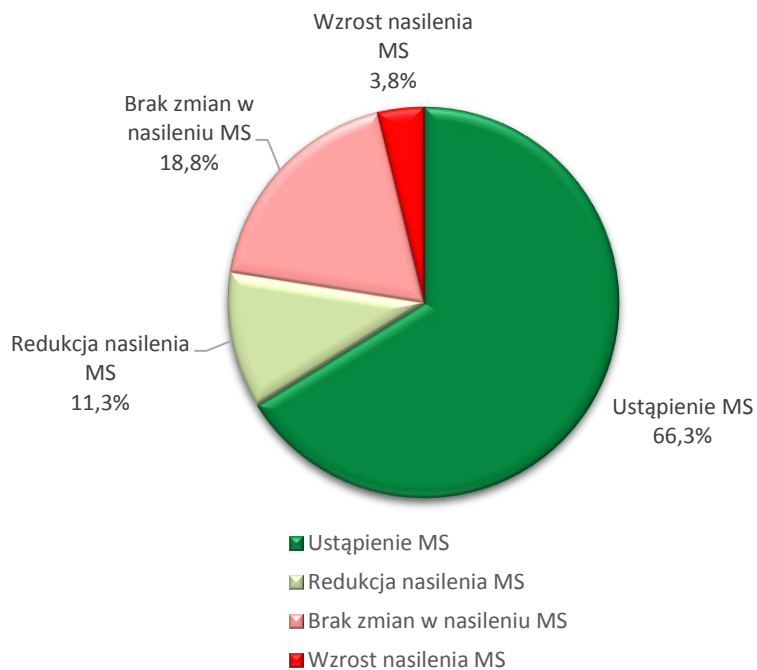
10.2. Wykresy przedstawiające zmiany w rozpowszechnieniu myśli samobójczych, jakie nastąpiły pomiędzy okresem kwalifikacji pacjentów do terapii a jej zakończeniem.



Zmiany w rozpowszechnieniu i nasileniu myśli samobójczych u kobiet, u których wyjściowo były one obecne (n = 134)



Zmiany w rozpowszechnieniu i nasileniu myśli samobójczych u mężczyzn, u których wyjściowo były one obecne (n = 80)



10.3. Tabela zbiorczo przedstawiająca wyniki uzyskane w toku niniejszego projektu badawczego dotyczące związków pomiędzy objawami nerwicowymi a myślami samobójczymi.

Tabela 1. Zestawienie wyników dotyczących różnego rodzaju związków pomiędzy MS a ogólnym nasileniem objawów nerwicowych i różnymi ich rodzajami. Wszystkie zestawione wyniki dotyczą tej samej grupy 461 kobiet i 219 mężczyzn oraz należącej do nich podgrupy 134 kobiet i 80 mężczyzn, którzy wyjściowo zgłosili MS oraz przebyli cykl intensywnej psychoterapii.

	Objawy nerwicowe, których wyjściowo wysoki poziom wiązał się z obecnością MS ^a		Objawy nerwicowe, które w toku terapii uległy istotnie większej redukcji u pacjentów z poprawą w zakresie MS, niż u tych bez owej poprawy ^b		Objawy nerwicowe, których wyjściowo wysoki poziom był istotny prognostycznie dla braku poprawy w zakresie MS ^c	
	Kobiety n = 461	Mężczyźni n = 219	Kobiety n = 134	Mężczyźni n = 80	Kobiety n = 134	Mężczyźni n = 80
Ogólna wartość kwestionariusza (OWK)	***	***	***	***	ns	ns
1. Zaburzenia fobiczne	***	***	***	**	ns	ns
2. Inne zaburzenia lękowe	***	***	***	**	ns	ns
3. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	***	***	*	**	**	ns
4. Konwersje	***	***	***	**	ns	ns
5. Zaburzenia autonomiczne (ukł. krążenia)	***	***	**	*	*	ns
6. Zaburzenia somatyzacyjne	***	***	**	*	ns	ns
7. Zaburzenia hipochondryczne	***	***	***	ns	ns	ns
8. Neurastenia	***	***	*	**	**	ns
9. Depersonalizacje i derealizacje	***	***	**	ns	ns	ns
10. Unikanie i zależność	***	***	***	**	ns	ns
11. Impulsywność i histrioniczność	***	***	***	ns	ns	ns
12. Nieorganiczne zaburzenia snu	***	ns	*	ns	ns	ns
13. Dysfunkcje seksualne	***	***	**	**	ns	ns
14. Dystymia	***	***	***	**	ns	ns

*** powiązania istotne na poziomie $p < 0,001$ przy dodatniej korelacji Pearsona;

** powiązania istotne na poziomie $p < 0,01$ przy dodatniej korelacji Pearsona;

* powiązania istotne na poziomie $p < 0,05$ przy dodatniej korelacji Pearsona;

ns – brak związku istotnego statystycznie ($p \geq 0,05$);

^a – wyniki dotąd niepublikowane;

^b – wyniki szczegółowo zaprezentowane w artykule pt.: „Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych” opublikowany w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36294);

^c – wyniki szczegółowo zaprezentowane w artykule pt.: „Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe” opublikowany w czasopiśmie Psychiatria Polska (Online First 2015, e-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/32223)

10.4. Spis skrótów stosowanych w dysertacji

5-HTTLPR – region polimorficzny promotora genu transportera serotoniny

CI – przedział ufności

DSM-IV – Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych, edycja IV

ICD-10 – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, wersja 10.

KO „O” – Kwestionariusz objawowy „O”

KON-2006 – Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006

MS – myśli samobójcze

ns – nieistotne statystycznie

OCD – zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

OR – iloraz szans

OWK – ogólna wartość Kwestionariusza objawowego „O”

p – współczynnik istotności statystycznej

PS – próba samobójcza

X-KON – współczynnik globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości Kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006