

Uniwersytet Jagielloński

Collegium Medicum

Wydział Lekarski

Katarzyna Cyranka

*Zmiany w funkcjonowaniu osobowości w wyniku psychoterapii
grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób
z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości*

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.

Składam serdeczne podziękowania mojemu Promotorowi, Panu Profesorowi Krzysztofowi Rutkowskiemu, za inspirację do stworzenia niniejszego projektu badawczego, opiekę merytoryczną nad jego realizacją, zapewnienie mi warunków umożliwiających rozwój zainteresowań naukowych, życzliwe wsparcie i cenne wskazówki w prowadzonej działalności naukowej i zawodowej.

Szczególne wyrazy wdzięczności składam Panu Doktorowi Michałowi Mielimące, za nieocenioną pomoc i zaangażowanie na wszystkich etapach tworzenia i realizacji projektu naukowego, motywację do podejmowania wyzwań związanych z prowadzeniem badań, przyjacielskie wsparcie i ogromną życzliwość oraz osobiste zaangażowanie w owocną współpracę naukowo-badawczą.

Dziękuję również Koleżankom i Kolegom, Współautorom artykułów wchodzących w skład niniejszej pracy doktorskiej, ze szczególnym uwzględnieniem Pana Doktora Jerzego A. Sobańskiego, oraz Pracownikom Katedry Psychoterapii UJ CM i Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, za efektywną współpracę, otwartość i życzliwą pomoc w realizacji poszczególnych zadań projektu badawczego, którego zwieńczeniem jest niniejsza praca doktorska.

Panu Profesorowi Jerzemu W. Aleksandrowiczowi dziękuję za naukową inspirację i duchowe wsparcie.

SPIS TREŚCI

1. Wprowadzenie	str. 5
2. Cele badania i hipotezy badawcze	str. 11
3. Metodyka.....	str. 12
4. Podsumowanie wyników	str. 18
5. Wnioski	str. 27
6. Piśmiennictwo cytowane w rozdz. „Wprowadzenie” i „Metodyka”.....	str. 28
7. Streszczenie.....	str. 34
8. Summary.....	str. 38
9. Publikacje składające się na dysertację	
9.1. Katarzyna Cyranka, Krzysztof Rutkowski, Michał Mielimąka, Jerzy A. Sobański, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Klasa, Edyta Dembińska, Łukasz Müldner-Nieckowski, Paweł Rodziński. Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2	str. 41
9.2. Katarzyna Cyranka, Krzysztof Rutkowski, Michał Mielimąka, Jerzy A. Sobański, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Edyta Dembińska, Bogna Smiatek-Mazgaj, Paweł Rodziński. Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych krótkoterminową kompleksową psychoterapią psychodynamiczną.....	str.63
9.3. Michał Mielimąka, Krzysztof Rutkowski, Katarzyna Cyranka, Jerzy A. Sobański, Łukasz Müldner-Nieckowski, Edyta Dembińska, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Klasa. Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości.....	str. 76
9.4. Jerzy A. Sobański, Katarzyna Klasa, Katarzyna Cyranka, Michał Mielimąka, Edyta Dembińska, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-Mazgaj, Krzysztof Rutkowski. Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006.....	str. 96

10. Oświadczenia współautorów.....	str. 114
11. Aneksy.....	str. 144
11.1. Rozkład płci w badanej grupie (n=82).....	str. 144
11.2. Rozkład wieku w badanej grupie (n=82).....	str. 144
11.3. Rozpoznanie w badanej grupie (n=82).....	str. 145
11.4. Wyniki wysokie, wskazujące na znaczną patologię funkcjonowania osobowości – rozkład procentowy na początku i na końcu leczenia.....	str. 145
11.5. Wyniki wysokie i umiarkowane, wskazujące na zaburzenia funkcjonowania osobowości – rozkład procentowy na początku i na końcu leczenia.....	str. 146
11.6. Wyniki średnie i niskie, wskazujące na funkcjonowanie osobowości typowe dla populacji osób zdrowych – rozkład procentowy na początku i na końcu leczenia.....	str. 147
11.7. Zmiana w zakresie siły ego – porównanie wyników na początku i na końcu leczenia.....	str. 148
11.8. Spis skrótów.....	str. 149

1. WPROWADZENIE

Przegląd badań nad efektywnością psychoterapii pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości potwierdza, iż jej zastosowanie związane jest z uzyskiwaną przez pacjentów znaczną redukcją objawów i korzystną zmianą w funkcjonowaniu, a więc z realizacją podstawowych celów psychoterapii [1-3]. Jednakże, ze względu na ograniczenia metodologiczne (m. in. trudności w zebraniu wystarczająco licznej grupy badawczej, specyfika terapii grupowej) do tej pory przeprowadzono niewiele badań empirycznie weryfikujących całościowe zmiany w zakresie objawów nerwicowych i funkcjonowania osobowości w wyniku intensywnej krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej [4-7].

Pierwsze systematyczne badania skuteczności psychoterapii podejmowano od lat 60-tych XX wieku [8]. Najstarsze polskie badania w tym zakresie odbywały się w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, a także w Krakowie, w Klinice Psychiatrycznej, a później głównie w Zakładzie Psychoterapii i w Wojewódzkim Ośrodku Leczenia Nerwic, a następnie w Katedrze Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum oraz Katedrze Psychiatrii UJ CM [9-17]. Początkowo badacze koncentrowali się głównie na zmianie w zakresie objawów ocenianej z zastosowaniem kwestionariuszy objawowych. Nieco później wprowadzono badania zmian uzyskiwanych w toku psychoterapii grupowej w funkcjonowaniu osobowości z wykorzystaniem inwentarza osobowości 16 PF R.B. Cattella [18, 19], jednak niosły one ze sobą różnorodne ograniczenia metodologiczne. W USA w tym okresie badania skuteczności z towarzyszącym monitorowaniem zmian podczas psychoterapii prowadzili Howard [20] i Mahoney [21], kontynuowali je Lambert, Burlingame, Hansen i wsp. i wielu innych badaczy wykorzystujących inwentarze objawowe typu SCL-90, OQ-45 [22-28].

Pierwsza obszerna metaanaliza badań dotyczących skuteczności psychoterapii z roku 1980, obejmująca 475 badań w tym zakresie, przeprowadzonych głównie w Europie i Stanach Zjednoczonych, wykazała wielkość efektu (ES) na poziomie 0,85 dla pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości, leczonych różnymi formami psychoterapii,

znacznie większą niż u nieleczonych chorych z grup kontrolnych [29, 30]. Kolejne obszerne metaanalizy potwierdziły ten wniosek, podważając tym samym słynne już stwierdzenie Eysencka, iż nie ma dowodów, że psychoterapia ma pozytywny wpływ na życie pacjentów [26].

Lipsey i Wilson [27] zestawili 18 metaanaliz dotyczących wyników skuteczności psychoterapii. Średnia wielkość efektu w tych badaniach wynosiła 0,75. Badacze ci dokonali również przeglądu 23 metaanaliz skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej w zakresie zaburzeń osobowości i dla tego zestawienia średnia wielkość efektu wynosiła $ES=0,62$. Zbliżone wielkości efektu potwierdziły kolejne metaanalizy, dokonane m. in. przez Robinson, Berman, i Neimeyer (37 badań skuteczności leczenia zaburzeń depresyjnych, $ES=0,73$) [28], Abass i wsp. (12 badań skuteczności psychoterapii psychodynamicznej, $ES=0,97$) [29], Messer i Abbass (zestawienie 7 badań skuteczności psychoterapii psychodynamicznej w zakresie korzystnych zmian osobowościowych, $ES=0,96$) [30], de Maat i wsp. (10 badań długoterminowej psychoterapii psychodynamicznej, model pre-post, $ES=0,78$) [31]. Obszerniejsza metaanaliza Abbass i wsp., uwzględniająca rygorystyczne kryteria metodologiczne, objęła 23 randomizowane próby kontrolne z udziałem 1431 pacjentów cierpiących na zaburzenia lękowe i osobowości, leczonych krótkoterminową psychoterapią psychodynamiczną (poniżej 40 godzin) oraz osoby z grupy kontrolnej i wykazała całkowitą $ES=0,97$ w zakresie zmniejszenia objawów (Baza Cochrane). Co ciekawsze, wielkość efektu wzrosła do 1,51 w badaniu follow-up (9 miesięcy po terapii) [32]. Podobne dane przynoszą kolejne metaanalizy [33]. Interesujące, że wskazują one na znacznie lepsze wyniki psychoterapii niż farmakoterapii, np. obszerna metaanaliza Food and Drug Administration (FDA), opublikowana w New England Journal of Medicine, wykazała wielkość efektu 0,26 dla fluoksetyny (Prozac); 0,26 dla sertraliny (Zoloft); 0,24 dla citalopramu (Celexa); 0,31 dla escitalopramu (Lexapro) i 0,30 dla duloksetyny (Cymbalta) [35]. Podobnie, metaanaliza uzyskana za pośrednictwem bazy Cochrane wykazała skuteczność leków antydepresyjnych w porównaniu do placebo na poziomie 0,17 [36]. Przedstawione dane stanowią punkt odniesienia pozwalający na uznanie istotności stosowania psychoterapii w leczeniu zaburzeń psychicznych, zwłaszcza nerwicowych i osobowości. Jednocześnie wskazują one, iż

większość dotychczasowych badań skuteczności psychoterapii skoncentrowana była na analizie redukcji objawów zaburzeń, rzadko zaś na analizie głębokich zmian w funkcjonowaniu osobowości leczonych pacjentów.

Aktualnie prowadzone są badania dotyczące skuteczności psychoterapii z wykorzystaniem różnorodnych narzędzi zarówno psychometrycznych, jak i wskaźników fizjologicznych, zapoczątkowane przed laty przez Junga (który posługiwał się galwanometrem), potem prowadzone m. in. przez Luborsky'ego [37] czy Ledera [38]. Obecnie coraz większą popularność zyskują badania czynnościowe mózgu (f-MRI), markerów neurobiologicznych, endokrynologicznych, komórkowych, przyszłość stanowią także badania epigenetyczne [39].

Wyniki badań nad efektywności psychoterapii mogą stanowić zachętę do stosowania leczenia psychoterapią, z drugiej jednak strony stawiają szereg pytań, które wciąż pozostają bez jednoznacznych odpowiedzi. Dotyczą one m. in. rzetelności diagnoz i trafności stosowanych kryteriów klasyfikacyjnych, jak i samej procedury pomiaru i interpretacji uzyskiwanych wyników (model pre-post). Niezwykle ważna jest kwestia trudności w organizacji badań follow-up i braku odpowiednio dobranych grup kontrolnych. Istotne jest także pytanie o to, jakie znaczenie ma ES pre-post o małej lub średniej wartości oraz o to czy wszystkie rodzaje psychoterapii są jednakowo skuteczne w leczeniu danych zaburzeń. Zagadnieniem wymagającym refleksji są także czynniki dodatkowe, wpływające na zmianę uzyskiwaną w procesie leczenia – wiek pacjentów, ich sytuacja życiowa, znaczące zdarzenia mające miejsce w trakcie leczenia, warunki związane z setting-iem, czynniki osobowościowe terapeuty itd.

Wyzwania związane z badaniem skuteczności psychoterapii i zmian będących jej wynikiem podejmowali na przestrzeni minionych lat w Katedrze Psychoterapii UJ CM m. in. Aleksandrowicz, Sobański, Bierzyński, Stolarska, Mielimąka, Murzyn-Białas, Citkowska-Kisielevska i in. [14-18, 40-42]. Towarzysząca tym badaniom dyskusja merytoryczna i konfrontacja z różnorodnymi trudnościami, a także rodzące się nowe pytania i dylematy dotyczące sposobu prowadzenia badań zaowocowały wypracowaniem modelu, w którym analizie poddaje się zarówno poziom objawów neurotycznych, jak i funkcjonowanie osobowości pacjentów.

Cel ten możliwy był do zrealizowania dzięki wykorzystaniu skonstruowanych w ośrodku narzędzi: Kwestionariusza Objawowego KO „O” oraz Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006.

W realizacji badań dotyczących funkcjonowania osobowości i zachodzących w niej głębokich zmian, będących wynikiem oddziaływań terapeutycznych, istotne jest odniesienie się do teorii i koncepcji opisujących osobowość i jej dysfunkcje. Zaburzenia osobowości we współczesnym ujęciu psychiatrycznym rozumiane są najczęściej przez pryzmat obowiązujących klasyfikacji, które poddawane są nie bezpodstawnej krytyce [43]. Szereg wątpliwości dotyczących obecnych kryteriów powoduje, że najczęściej używanymi w praktyce kategoriami stały się zaburzenia osobowości BNO (bliżej nie określone) F60.9 oraz zaburzenia osobowości mieszane i inne F61.0, oddające heterogenną naturę osobowości człowieka i jej dysfunkcji [44].

Osobowość w ujęciu psychologicznym to teoretyczna konstrukcja pojęciowa, opisująca ogólne właściwości jednostki - jej zachowania, postawy, zainteresowania, a także specyficzne i indywidualne cechy określające sposób reagowania [45]. Diagnoza osobowości to nie tylko jej opis – służy ona też do wyjaśniania spójnego wzorca przeżywania, myślenia i zachowania, a także do predykcji prawdopodobnych reakcji osoby w różnych sytuacjach [46]. Osobowość można więc rozumieć jako centralny system, integrujący i regulujący procesy intrapsychiczne, także w odniesieniu do możliwości przystosowywania się do świata zewnętrznego. W takim ujęciu opis osobowości dokonywany jest zasadniczo w jednym z czterech podejść teoretycznych: typologicznym, psychodynamicznym, systemowym oraz w oparciu o teorię cech [46].

Istotne zatem wydaje się poszukiwanie wspólnej perspektywy psychiatryczno-psychologicznej w diagnozowaniu i opisie zaburzeń osobowości. Jednym z obszarów takiego postępowania jest możliwie precyzyjny opis struktury i funkcjonalnych właściwości osobowości pacjenta, charakterystyczny dla różnych rodzajów zaburzeń psychicznych, z uwzględnieniem psychopatologii, jej symptomatologii i nozologii [47]. W takim celu stworzono na przełomie lat 30 i 40 XX wieku test MMPI [48].

Wielowymiarowy Minnesocki Inwentarz Osobowości (MMPI) nie ocenia konkretnych wymiarów osobowości, lecz wykorzystuje skale kliniczne odpowiadające najważniejszym grupom zaburzeń psychicznych. Dzięki specyfice konstrukcji skal klinicznych uzyskuje się opis funkcjonowania osobowości typowy i specyficzny dla określonego typu zaburzenia psychicznego oraz obszerną analizę funkcjonowania osobowości z uwzględnieniem objawów neurotycznych (lęk, somatyzacja, tendencja do zaprzeczania, labilność emocjonalna, depresyjność).

Literatura światowa dostarcza licznych doniesień dotyczących wykorzystania Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) - kwestionariusza skonstruowanego przez SR. Hathaway, JC. McKinley, a następnie konsekwentnie rozwijanego i uzupełnianego o nowe skale na przestrzeni minionych dziesięcioleci (MMPI - 1939; MMPI-2 - 1989; MMPI-A - 2003; MMPI-2-RF - 2008) - zarówno w diagnostyce, jak i w badaniu skuteczności leczenia psychoterapią. Chisholm i Crowther [49] wykazali użyteczność MMPI-2 w diagnozowaniu pacjentów zagrożonych przedterminowym końceniem leczenia. Badanie Koss [50] to przykład wykorzystania MMPI-2 w praktyce prywatnej, co jest istotnym, acz zaniedbywanym obszarem badania skuteczności oddziaływań terapeutycznych.

Choć użyteczność MMPI w zastosowaniu klinicznym i naukowym jest powszechnie znana, w Polsce wciąż brak wystarczających badań w tym zakresie, a nie ma ich w ogóle w odniesieniu do oceny skuteczności psychoterapii na dużych grupach pacjentów leczonych psychoterapią. Brakuje również badań, których celem jest nie tylko ocena zmian nasilenia objawów nerwicowych i zaburzeń osobowości, lecz uwzględniających także głęboką zmianę w funkcjonowaniu osobowości pacjentów. Jest to związane między innymi z faktem, iż mimo wcześniejszych tłumaczeń kwestionariusza na język polski oraz wieloletniej historii prac nad adaptacją narzędzia dla polskiej populacji [51-58] dopiero w listopadzie 2012 Polska Pracownia Testów Psychologicznych opracowała w pełni standaryzowaną i znormalizowaną na polskiej populacji wersję MMPI-2 [48].

W tym kontekście zasadnym stało się przeprowadzenie nowatorskiego w kraju projektu, mającego na celu analizę, z wykorzystaniem nowej polskiej wersji MMPI-2, szeroko rozumianej zmiany w funkcjonowaniu osobowości pacjentów leczonych psychoterapią, z zachowaniem ciągłości wieloletniej analizy wyników pacjentów leczonych

w ośrodku, z zastosowaniem Kwestionariusza Objawowego KO „O” i Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006.

Plan badawczy obejmował wprowadzenie MMPI-2 do procesu diagnostyki i monitorowania leczenia pacjentów w Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic i Zaburzeń Behawioralnych Zakładu Psychoterapii SU w Krakowie w modelu pre-post od momentu pełnej normalizacji kwestionariusza MMPI-2. W oparciu o teorie osobowości w podejściu funkcjonalnym zdecydowano się na analizę skal klinicznych, skali męskość – kobiecość oraz skali siły ego. Uzyskane wyniki badania odniesiono do prowadzonych równolegle w Katedrze Psychoterapii UJ CM badań, także retrospektywnych, w których zastosowano Kwestionariusz Objawowy KO „O” oraz Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006.

2. CELE BADANIA I HIPOTEZY BADAWCZE

Cele badania:

- I. Analiza wpływu psychoterapii grupowej na funkcjonowanie osobowości pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i wybranych zaburzeń osobowości.
- II. Ocena skuteczności psychoterapii grupowej: analiza zmian w profilu osobowości oraz zmian nasilenia objawów u pacjentów leczonych psychoterapią z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości.
- III. Ocena użyteczności kwestionariusza osobowości MMPI-2 w diagnostyce, kwalifikacji do leczenia i w procesie monitorowania efektywności psychoterapii u pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości.

Hipotezy badawcze:

- I. W populacji osób z zaburzeniami nerwicowymi i z zaburzeniami osobowości nasilenie patologicznych wzorców funkcjonowania osobowości jest istotnie większe w porównaniu do populacji osób zdrowych.
- II. W wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej obserwuje się głęboką, korzystną zmianę funkcjonowania osobowości osób leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych (F40-F48) i zaburzeń osobowości (F60 i F61).
- III. W wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej nasilenie objawów nerwicowych i objawów zaburzeń osobowości ulega zmniejszeniu do poziomu obserwowanego w populacji osób zdrowych.
- IV. MMPI-2 jest użytecznym narzędziem w diagnostyce i monitorowaniu procesu psychoterapii pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości.

3. METODYKA

Badana grupa:

Do badania włączono 82 pacjentów (61 kobiet i 21 mężczyzn) uczestniczących w psychoterapii w oddziale dziennym leczenia zaburzeń nerwicowych i behawioralnych w okresie od września 2013 r. do kwietnia 2014 r. Stanowiło to 72% wszystkich osób leczonych w tym okresie w oddziale. Pozostałe 28% nie zostało włączonych do badania ze względu na niekompletne uzupełnienie testów (21%) lub przedwczesne zakończenie leczenia (drop-out) – 7 %.

Kryteria włączenia do grupy badanej obejmowały rozpoznanie u pacjenta zaburzenia lub zaburzeń z rozdziału F4 lub F6 (F60, F61), zgodnie z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji ICD-10 [59] oraz czas pozostawania w leczeniu w przedziale od 10 do 14 tygodni.

Kryteria wykluczające obejmowały: brak kwalifikacji do leczenia (stwierdzenie podłoża somatycznego zgłaszanych przez pacjenta objawów, stwierdzenie zmian organicznych OUN, stwierdzenie zaburzeń psychotycznych), przerwanie leczenia przed jego planowym zakończeniem, brak zgody na udział w badaniu.

Wszyscy pacjenci włączeni do badania przeszli proces diagnostyczny będący rutynowym postępowaniem kwalifikującym do leczenia w Zakładzie Psychoterapii SU. Proces ten obejmował standardowo dwie konsultacje z lekarzem psychiatrą oraz jedną z psychologiem, uwzględniał także wyniki badań testów diagnostycznych (Kwestionariusza Objawowego „O” [60], Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006 [61-66], kwestionariusza MMPI-2 [48]). Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano zaburzenia zgodnie z kryteriami klasyfikacji ICD-10 [51].

74% grupy badanej stanowiły kobiety (61 osób), 26% mężczyźni (21 osób). Średnia wieku w grupie badanej wynosiła 31,5 lat (min. 21; maks. 56; odch. standard 6,9). 78% badanych w momencie diagnozowania znajdowało się w przedziale wiekowym 21-35 lat, 11 osób (14,4%) było w przedziale 36-40 lat, trzy osoby w wieku 41-45, dwie w wieku 46-50 i dwie powyżej 50 r.ż.

U 48% pacjentów w grupie badanej zdiagnozowano w trakcie postępowania kwalifikacyjnego do leczenia zaburzenia nerwicowe (F40-F48) jako rozpoznanie podstawowe: z grupy F41 (inne zaburzenia lękowe) – 17

osób, F43 (reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne) – 8 osób, F45 (zaburzenia występujące pod postacią somatyczną) – 6 osób, F40 (zaburzenia lękowe pod postacią fobii) – 4 osoby, F42 (zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne) – 3 osoby, F48 (inne zaburzenia nerwicowe) – 1 osoba. Zaburzenia osobowości rozpoznano u 52% badanych – u 20 osób rozpoznano inne zaburzenia osobowości (F60.8), u 12 osób – zaburzenia osobowości mieszane (F61), u 9 osób – specyficzne zaburzenia osobowości (F60.0-F60.7), u 2 osób zaburzenia osobowości BNO (F60.9) [Aneks 11.1-11.3].

Uzyskane wyniki odniesiono do prowadzonych równolegle badań, także retrospektywnych, w których zastosowano Kwestionariusz Objawowy KO „O” oraz kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006.

Narzędzia badawcze:

I. **Kwestionariusz MMPI-2** – podstawowe narzędzie badawcze: samoopisowy kwestionariusz osobowości, zastosowanie którego umożliwia analizę szerokiego zakresu funkcjonowania osobowości i zaburzeń psychicznych; dostępna polska adaptacja MMPI-2 opracowana i wydana przez Pracownię Testów Psychologicznych PTP w 2012 r. zawiera 567 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań i przekonań; wyniki inwentarza mogą być ujmowane na 121 skalach, w tym na skalach kontrolnych oraz skalach klinicznych i skali siły ego, kwestionariusz cechują dobre wskaźniki stabilności bezwzględnej i zgodności wewnętrznej.

Wyniki uzyskane z zastosowaniem kwestionariusza MMPI-2 od pacjentów z grupy badanej porównano z normami ustalonymi w badaniach normalizacyjnych przeprowadzonych w okresie od czerwca do listopada 2009 roku na grupie 1174 osób w wieku 18-69 lat (588 kobiet, 586 mężczyzn) przez Pracownię Testów Psychologicznych [48].

II. Ankieta Życiorysowa:

retrospektywny kwestionariusz złożony ze 138 pytań (z wariantami odpowiedzi do wyboru), dotyczący m.in. opisu rodziny, warunków życia w okresie dzieciństwa i młodości (przed 18 r.ż.), przebiegu nauki i relacji z rówieśnikami, rozwoju seksualnego, wydarzeń urazowych, okresu dojrzałości, m.in. funkcjonowania zawodowego, warunków materialnych, obecnego związku [60].

III. Kwestionariusz Objawowy KO"O":

pozwalający na zebranie informacji o obecności i nasileniu 135 objawów w czasie ostatnich 7 dni; jedno z niewielu oryginalnych polskich narzędzi utworzonych w oparciu o podejście kryterialne przy użyciu języka potocznego, umożliwia pacjentom zgłaszanie najpowszechniejszych dolegliwości; cechuje się też zadowalającymi właściwościami psychometrycznymi [61, 62].

Analizując wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza objawowego KO „O” za wyleczonych objawowo uznano tych pacjentów, u których wartość współczynnika kwestionariusza objawowego (OWK) po terapii wynosiła mniej niż 200 punktów dla kobiet i 190 punktów dla mężczyzn. Teoretyczna maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów wynosi 966 (138x7) [61].

IV. Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006:

narzędzie psychometryczne służące do diagnozowania dysfunkcji osobowości, mających wpływ na powstawanie zaburzeń nerwicowych; ułatwia opis zaburzeń nerwicowych oraz ich różnicowanie od reakcji na stres (zwłaszcza „ostrych”), a także ocenę zmian następujących w wyniku leczenia - ocena specyficznych obszarów dysfunkcji osobowości nerwicowej); w skład kwestionariusza wchodzi 243 pytania wymagające jednoznacznej odpowiedzi „tak” lub „nie”; deklaracje te pozwalają na określenie wartości 24 skal opisujących obszary związane z powstawaniem zaburzeń nerwicowych oraz poziomu współczynnika X-KON, który określa globalne nasilenie osobowości nerwicowej [62-64].

Dokonując interpretacji danych kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006, za wyraz całkowitego ustąpienia dezintegracji osobowości (wyleczenia), przyjęto kryteria zmiany zaproponowane przez R. Styłę [64, 65]. Współczynnik Istotnej Zmiany (Reliable Change Index – RCI), wprowadzony przez Jacobsona, Follette i Revenstorf w 1984 roku, to statystyczna metoda oceny czy różnice pomiędzy dwoma pomiarami przy danym poziomie ufności można przypisać faktycznej zmianie, czy raczej fluktuacji wyników badań. Na bazie tego współczynnika Styła zaproponował termin Reliable Change Value (RCV) odnoszący się do wartości różnicy między dwoma pomiarami ($x_1 - x_2$), którą można uznać za

wiarygodną przy danym poziomie ufności. Na podstawie wartości RCV dla współczynnika XKON oraz biorąc pod uwagę wartości punktów odcięcia, Styła zaproponował następujące kategorie oceny zmiany w zakresie osobowości nerwicowej: wyleczenie: XKON poniżej 8 punktów, spadek większy niż 13,3 punktu; prawdopodobne wyleczenie: końcowy wynik XKON pomiędzy 8 a 18 punktów, spadek większy niż 13,3 punktu; istotna poprawa: końcowy wynik XKON wyższy niż 18 punktów, spadek większy niż 13,3 punktu; brak istotnej zmiany – zmiana mniejsza niż 13,3 punktu; istotne pogorszenie – wzrost współczynnika XKON większy niż 13,3 punktu [65, 66].

Opis zastosowanej psychoterapii:

Każda osoba włączona do grupy badanej uczestniczyła w intensywniej psychodynamicznej psychoterapii grupowej. Program terapeutyczny obejmował w każdym tygodniu leczenia: dla grup dopołudniowych 15 sesji psychoterapii grupowej, 1 sesję psychoterapii indywidualnej i 5 sesji zajęć relaksacyjnych oraz 1 spotkanie społeczności oddziału; dla grup popołudniowych 6 sesji psychoterapii grupowej, 1 sesję psychoterapii indywidualnej oraz 4 dodatkowe sesje terapii z użyciem różnych technik (psychodrama, pantomima, muzykoterapia, techniki wizualizacyjne, psychorysunek, kolaż, itd.). Przydział do grup (dopołudniowa, popołudniowa) dokonywany był na podstawie danych z postępowania kwalifikacyjnego, w porozumieniu z pacjentem, z uwzględnieniem jego sytuacji życiowej. Przydział do poszczególnych grup w ramach wyznaczonego trybu leczenia (dopołudniowy, popołudniowy) dokonywany był na podstawie kolejności w oczekiwaniu na leczenie (brak selekcji pod względem rozpoznań) [60, 67].

Każda z sześciu pracujących równolegle grup terapeutycznych liczyła przez większość czasu leczenia 8-12 pacjentów. Czas leczenia pacjentów wynosił najczęściej 12 tygodni. W uzasadnianych względami merytorycznymi przypadkach terapia była przedłużana do 14 tygodni lub skracana (np. w sytuacjach zdarzeń losowych uniemożliwiających pozostanie pacjenta w leczeniu przez pełnych 12 tygodni).

Leczenie w każdej z grup terapeutycznych prowadzone było przez zespół, w którego skład wchodziło dwóch stałych terapeutów. Ponadto,

w skład zespołu terapeutycznego okresowo wchodziły osoby odbywające staż i zdobywające doświadczenie praktyczne w ośrodku w ramach szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Sesje terapii grupowej były prowadzone przez jednego ze stałych członków zespołu (naprzemiennie, najczęściej po 5 dni każdy), z udziałem obserwatorów (drugi terapeuta i/lub stażysty). Każda z grup podlegała regularnej (cotygodniowej) superwizji prowadzonej przez certyfikowanego superwizora. Ponadto prace grup wizytował ordynator oddziału – specjalista psychiatra, certyfikowany psychoterapeuta i superwizor. Sesje psychoterapii indywidualnej były prowadzone przez stałych członków zespołu lub przez osoby stażujące uprawnione do stosowania psychoterapii pod superwizją [60, 67].

Psychoterapia (zarówno grupowa, jak i indywidualna) prowadzona była w nurcie integrującym elementy teorii psychodynamicznej oraz poznawczej i behawioralnej. Uwzględniała ona przestrzeganie setting-u (obecność na wszystkich spotkaniach, punktualność), a także zachowanie tajemnicy i innych zasad wynikających z regulaminu oddziału.

Szczegółowy opis psychoterapii zawarty jest w publikacjach stanowiących cykl, którego przedmiotem jest niniejsza praca doktorska.

Wszyscy pacjenci leczeni w Oddziale poddani byli na bieżąco analizie efektów leczenia w postaci cotygodniowego pomiaru nasilenia objawów z wykorzystaniem Kwestionariusza KO „O”, a także spotkań kontrolnych, z omówieniem wyników leczenia z pacjentami, co stanowi także istotny element psychoterapii wzmacniający motywację i współpracę w grupie, modeluje otwartość w pracy i wzmacnia więź terapeutyczną.

W związku z tym, iż celem badania była ocena zmian cech osobowości oraz poziomu objawów nerwicowych u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych grupową psychoterapią psychodynamiczną, analizę wyników uzyskanych z wykorzystaniem kwestionariusza MMPI-2 z lat 2013-2014 (prowadzoną od momentu jego wprowadzenia w Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic i Zaburzeń Behawioralnych Zakładu Psychoterapii SU do proces diagnostyki i oceny zmian), poszerzono o analizę wyników pacjentów leczonych w Oddziale z lat 2009-2011 (145 pacjentów: 98 kobiet i 47 mężczyzn) oraz z lat 2004-2011

(690 pacjentów: 473 kobiety i 217 mężczyzn) z zastosowaniem Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006 i Kwestionariusza Objawowego KO „O”.

Analizy uzyskanych danych dokonano z zastosowaniem licencjonowanego pakietu STATISTICA 11. Rozkłady wyników porównano przy użyciu testów Kołmogorowa-Smirnowa KS oraz Chi-Kwadrat. Istotność różnic sprawdzono z zastosowaniem testu t-Studenta dla pomiarów powiązanych oraz (dla rozkładów niezgodnych z normalnym) nieparametrycznego odpowiednika – testu Wilcoxona. W analizach statystycznych i wnioskowaniu przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$. Wielkość efektu obliczono z zastosowaniem współczynnika d-Cohena.

Inspiracją do realizacji projektu z zastosowaniem kwestionariusza MMPI-2 były prowadzone na przestrzeni minionych lat badania skuteczności psychoterapii u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i badania osobowości prowadzone przez Aleksandrowicza i wsp. [14-19] oraz badania Rutkowskiego i wsp. [68, 69] dotyczące zaburzeń pourazowych (PTSD) i związanych z nimi dysfunkcji osobowości ofiar prześladowań politycznych.

Zgodę na udział w badaniach wyrazili wszyscy uczestnicy. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej UJ CM nr KBET/26/B/2013. Badanie zrealizowano w ramach grantu UJ CM nr K/DSC/002111.

4. PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Badanie, będące przedmiotem niniejszej pracy doktorskiej, było pierwszą tego typu w Polsce próbą opisu głębokich zmian w funkcjonowaniu osobowości pacjentów leczonych intensywną krótkoterminową psychoterapią psychodynamiczną. Przeprowadzone analizy umożliwiły zarówno opis zmian zachodzących w trakcie leczenia, przy użyciu skal klinicznych, odnoszących się do różnych obszarów i nasilenia psychopatologii funkcjonowania osobowości, jak i skali siły ego, niezwykle istotnej z punktu widzenia procesu diagnostyki i monitorowania skuteczności psychoterapii. Dokonano także oceny funkcjonowania pacjentów w rolach związanych z płcią przy użyciu skali Męskość/Kobiecość. Uzyskane wyniki stały się podstawą do poszerzenia i odniesienia się do prowadzonych równolegle badań skuteczności psychoterapii, także retrospektywnych, przy użyciu Kwestionariuszy KON-2006 i Kwestionariusza Objawowego KO „O”.

Analiza funkcjonowania osobowości pacjentów leczonych w Zakładzie Psychoterapii SU, prowadzona w oparciu o skale kliniczne, wykazała, iż na początku leczenia istotnie wyższe od wartości charakterystycznych dla populacji osób zdrowych (zgodnie z zakresem norm Pracowni Testów Psychologicznych) wyniki tenowe uzyskało:

- w skali Hipochondrii 71,8% pacjentów (z czego 41,4% na poziomie umiarkowanym, 30,4% na poziomie wysokim),
- w skali Depresji 85,3% pacjentów (32,9% na poziomie umiarkowanym, 52,4% na poziomie wysokim),
- w skali Histerii 81,6% pacjentów (odpowiednio 30,4% i 51,2%),
- w skali Odchyleń Psychopatycznych 74,3% pacjentów (29,2%; 45,1%)
- w skali Paranoi 56% pacjentów (35,3%; 20,7%),
- w skali Psychastenii 90,1% (36,5%; 53,6%) pacjentów,
- w skali Schizofrenii 71,8% pacjentów (35,3%; 36,5%),
- w skali Hipomanii 31,6 % (20,7%; 10,9%) pacjentów oraz
- w skali Introwersji Społecznej 60,9% pacjentów (29,2% na poziomie umiarkowanym i 31,7% na poziomie wysokim).

W aż pięciu analizowanych skalach klinicznych (Depresja, Histeria, Odchylenia Psychopatyczne, Psychastenia, Schizofrenia), wyniki większości pacjentów w trakcie kwalifikacji do leczenia mieściły się w zakresie wyników wysokich, wskazujących na głęboki poziom psychopatologii w zakresie funkcjonowania osobowości, zaś w skali Hipochondrii wyniki większości pacjentów mieściły się na poziomie wskazującym na umiarkowany poziom patologii. Jedynie w skali Mani większość pacjentów (68%) uzyskała wyniki podobne do populacji osób zdrowych.

Uzyskane przez większość pacjentów w badanej grupie, wyższe niż w populacji osób zdrowych, wyniki w skali Hipochondrii odnoszą się do istotnie częstszych w grupie pacjentów, niż w grupie osób zdrowych, skarg somatycznych, niezadowolenia, cynizmu w ocenie siebie i świata, pesymizmu, nadmiernych wymagań, tendencji do egzaltacji, a także postawy charakteryzującej się niedojrzałością. Wyniki tenowe na poziomie wysokim, wskazującym na znaczną psychopatologię w skali Depresji u pacjentów rozpoczynających leczenie mogą przejawiać się niezadowoleniem z sytuacji życiowej, tendencją do zamykania się w sobie, ograniczonym zakresem zainteresowań, dysforycznością. Znacząco podwyższone wyniki tenowe w skali Histerii sugerują, iż pacjenci na początku leczenia w porównaniu do populacji osób zdrowych, wykazują się częstszą tendencją do zaprzeczania rzeczywistości, egocentryzmu, a także większą podatnością na wpływy i „przylepnością”. Podwyższone wyniki w skali Odchylen Psychopatycznych wskazują na większe trudności badanych pacjentów w funkcjonowaniu w relacjach interpersonalnych, zarówno rodzinnych jak i zawodowych, a także na skłonność do mniej konwencjonalnych zachowań i na większą impulsywność w porównaniu do osób zdrowych. Analiza wyników w skali Paranoi każe uwzględnić w procesie diagnostyki i leczenia większą nieufność i tendencję do chowania urazy oraz nadmierną, nieadekwatną ostrożność i przewrażliwienie pacjentów, zaś wysokie wyniki w skali Psychastenii przemawiają za znacząco większym w grupie pacjentów rozpoczynających leczenie poziomem lęku, napięcia, zmęczenia, wyczerpania, a także tendencją do bezsensowności czy poczucia winy. Biorąc pod uwagę wyniki w skali Schizofrenii można wnioskować ograniczenie zainteresowania innymi osobami oraz towarzyszące w sytuacjach społecznych poczucie nieprzystosowania i niepewności u większości pacjentów w badanej grupie,

zaś wyniki w skali Introwersji Społecznej, przemawiają za tendencją do nieśmiałości, bojaźliwości oraz introwertywnych zachowań pacjentów w porównaniu do osób zdrowych. Wyniki w skali Manii większości pacjentów rozpoczynających leczenie odpowiadały wynikom typowym dla osób zdrowych, w związku z czym nie podlegają interpretacji [48].

Przeprowadzona analiza statystyczna wyników uzyskanych przez pacjentów na początku leczenia, w porównaniu do wyników uzyskanych przez tych pacjentów na końcu leczenia, wykazała istotne różnice statystyczne we wszystkich ośmiu analizowanych skalach klinicznych, które na początku znajdowały się na poziomie patologii (umiarkowanej lub znacznej). W przypadku dwóch skal, w których na początku leczenia wartość średnia wyników tenowych znajdowała się w obszarze wyników wysokich (wskazujących na poziom znacznej patologii), a mianowicie, Depresji i Psychastenii, wartość średnia z pomiarów przeprowadzonych na końcu leczenia obniżyła się do umiarkowanego, co przemawia za istotną zmianą nie tylko statystyczną (kolejno: $t=5,35$, $p<0.01$; $t=5,82$, $p<0.01$), ale także kliniczną. Istotna klinicznie zmiana odnotowana została także w skali Hipochondrii i Introwersji Społecznej, gdzie wartości średnie wyników z poziomu umiarkowanego na początku leczenia obniżyły się do poziomu typowego dla populacji osób zdrowych (kolejno $t=3,5$, $p<0.01$; $t=5,49$, $p<0.01$). W pozostałych czterech skalach (Histeria, Odchylenia Psychopatyczne, Paranoja, Schizofrenia), istotna statystycznie różnica ($t=4.47$, $p<0,01$; $t=2,01$, $p<0.05$; $t=2,74$, $p<0.01$; $t=3,52$, $p<0.01$) pomiędzy wartościami średnimi wyników pacjentów na początku i na końcu leczenia przełożyła się na zmniejszenie poziomu wyników tenowych w zakresie wyników umiarkowanych, wskazując jednoznacznie na zbliżanie się profilu osób leczonych do profilu osób z populacji ogólnej i korzystne zmiany w funkcjonowaniu osobowości we wszystkich analizowanych wymiarach.

Istotna statystycznie różnica w skali Manii ($t=-2,95$, $p<0.01$) nie przełożyła się na zmianę w kontekście klinicznym – niewielki wzrost wartości średnich wyników tenowych po leczeniu pozostał na korzystnym, niskim poziomie charakterystycznym dla populacji osób zdrowych. Istotnej statystycznie zmianie nie uległ także wynik w skali Męskość/Kobiecość.

Analiza wyników z podziałem na płeć potwierdziła w większości wyniki uzyskane dla całej grupy: najwyższe średnie wyniki przed terapią

zarówno w grupie kobiet, jak i w grupie mężczyzn dotyczyły skali Depresji i Psychastenii, a najniższe skali Manii (poziom podobny do poziomu w populacji osób zdrowych przed i po leczeniu). Nie odnotowano także istotnej różnicy pomiędzy grupami w zakresie zmian zachodzących w wyniku leczenia w siedmiu analizowanych skalach – wyjątek stanowi skala Odchyłeń Psychopatycznych (brak istotności statystycznej dotyczącej różnic pomiędzy wynikiem początkowym i końcowym w grupie kobiet i mężczyzn) oraz skali Manii (brak istotności statystycznej w grupie mężczyzn), mimo zmiany w zakresie wyników tenowych analogicznej do zmiany zaobserwowanej w całej grupie. Brak istotności statystycznej związany być może z mniejszą liczebnością analizowanych grup, przy istotności statystycznej w odniesieniu do całej grupy. Z tego też powodu, jak i ze względu na dużą różnicę w liczebności pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn (typową dla populacji pacjentów leczonych w dziennych ośrodkach psychoterapii zaburzeń nerwicowych i osobowości), ograniczono się jedynie do powyższego porównania uzyskanych wyników, odstępując od porównań statystycznych pomiędzy różnicami w uzyskanych wartościach średnich wyników w pomiarach przed/po z zastosowaniem testu ANOVA.

Na uwagę zasługuje natomiast fakt, iż pojawiła się różnica w skali Męskość/Kobiecość w grupie mężczyzn i kobiet w porównaniu do wyniku uzyskanego dla całej grupy. Podział na grupy pod względem płci wskazuje na niskie wyniki w skali Męskość/Kobiecość w grupie kobiet, sugerujące częstsze funkcjonowanie pacjentek w tradycyjnych rolach kobiecych, zaś u pacjentów –zaznaczające się funkcjonowanie w opozycji do tradycyjnych ról męskich, z częstszym odrzuceniem stereotypowych męskich zachowań (choć wciąż w obszarze niepodlegającym interpretacji). Tendencja ta utrzymała się w obu grupach po zakończeniu leczenia.

Analiza wielkości efektu zmian uzyskanych w wyniku psychoterapii w badanej grupie pacjentów (w odniesieniu do opisanych powyżej norm określonych przez Cohena) wskazuje na znaczną skuteczność zastosowanych oddziaływań terapeutycznych dla skali Hipochondria, Depresja, Histeria, Psychastenia, Schizofrenia oraz Introwersja Społeczna, zaś skuteczność na poziomie umiarkowanym dla skali Odchylenia Psychopatyczne.

Dokonano także analizy zmiany funkcjonowania osobowości u pacjentów leczonych intensywną psychodynamiczną psychoterapią

w oparciu o skalę siły ego kwestionariusza MMPI-2. Siła ego jest kluczowa dla poczucia tożsamości, przeżywania własnej sprawczości, spójności doświadczeń i poglądów, rozumienia otaczającej rzeczywistości i zajmowanego w niej miejsca. W znacznym stopniu kształtuje sposób funkcjonowania jednostki w różnych rolach społecznych, jest decydująca dla zdolności do utrzymywania własnej stabilności psychicznej i tożsamości, niezależnie od doświadczanego dyskomfortu, cierpienia, konfliktów między wewnętrznymi potrzebami a wymaganiami z zewnątrz. W diagnostyce psychiatrycznej wartość siły ego traktowana jest jako prognostyk skuteczności leczenia [70].

Porównano wartość siły ego na początku i na końcu intensywnej psychoterapii psychodynamicznej dla całej grupy, z podziałem na płeć oraz z rozróżnieniem ze względu na diagnozę wstępną, dzieląc grupę na 3 podkategorie: zaburzenia nerwicowe, specyficzne zaburzenia osobowości (F60.0–F60.8) oraz zaburzenia osobowości bliżej nieokreślone/mieszane (F60.9 oraz F61).

Analiza porównawcza z zastosowaniem testu t-Studenta dla grup powiązanych wykonana dla pomiarów wartości siły ego na początku i na końcu terapii wykazała istotny statystycznie wzrost siły ego zarówno dla całej grupy badanej, jak i z uwzględnieniem podziału na płeć oraz na rozpoznanie. Wykonano oddzielne analizy dla zaburzeń nerwicowych F40.0–F48.0 oraz dla zaburzeń osobowości F60.0–F60.8; zbyt mała liczebność (14 osób) w grupie z rozpoznaniem F 60.9 i F61 nie pozwoliła na oddzielne wykonanie testu t-Studenta. Wyniki analizy wskazują, iż w wyniku oddziaływania psychoterapią znacząco wzrasta siła ego leczonych pacjentów.

Procentowa analiza wyników na początku i na końcu leczenia wskazuje, iż w wyniku oddziaływań psychoterapeutycznych wzrosła liczba osób znajdujących się w zakresie wartości wysokich (z 2,5% na początku leczenia do 7% na końcu terapii) oraz zmalała liczba osób uzyskujących wyniki niskie (z 18% do 13%). Procentowe porównanie rozkładu wyników w populacji leczonej na końcu terapii zbliża się do rozkładu wyników uzyskiwanych w populacji ogólnej nieleczonej. Analiza wyników poszczególnych osób biorących udział w badaniu wykazała, iż spadek siły ego wystąpił jedynie u 7 osób (8,5%), zaś u 72 pacjentów (87,8%) nastąpił

wzrost wartości siły ego (w większości pozostając w zakresie wartości umiarkowanych, jednak przesuwając się z wartości bliższych dolnej wartości granicznej tego przedziału do wartości bliższych górnej wartości granicznej). U 3 osób (3,7%) wynik pomiaru siły ego pozostał bez zmian. U większości pacjentów, u których na początku i na końcu leczenia wyniki znajdowały się w obszarze umiarkowanym, nastąpił wzrost wartości siły ego.

Analiza wielkości efektu (Effect Size-ES) zmian uzyskanych w wyniku psychoterapii w badanej grupie pacjentów (w odniesieniu do norm określonych przez Cohena) wskazuje na znaczną skuteczność zastosowanych oddziaływań terapeutycznych Hs-0,99; D-1,18; Hy-0,78; Pd-0,44; Pa-0,60; Pt-1,29; Sc-0,78; Ma-0,65; Si-1,22; siła ego=1,24.

Opisane wyniki badań opublikowane zostały w artykułach:

Katarzyna Cyranka, Krzysztof Rutkowski, Michał Mielimąka, Jerzy A. Sobański, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Klasa, Edyta Dembińska, Łukasz Müldner-Nieckowski, Paweł Rodziński. Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2. Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST. DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/38438>

Katarzyna Cyranka, Krzysztof Rutkowski, Michał Mielimąka, Jerzy A. Sobański, Katarzyna Klasa, Łukasz Müldner-Nieckowski, Edyta Dembińska Bogna Smiatek-Mazgaj, Paweł Rodziński. Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych krótkoterminową kompleksową psychoterapią psychodynamiczną. Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST. DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/40020>

W ramach prowadzonego projektu badawczego dokonano także pogłębionej analizy danych w oparciu o podskale skal klinicznych, skale zrestrukturyzowane oraz skale dodatkowe. Uzyskane, interesujące wyniki, będą przedmiotem kolejnych publikacji.

Wyniki uzyskane przy użyciu kwestionariusza MMPI-2 potwierdziły i poszerzyły wnioski płynące z prowadzonych badań z wykorzystaniem Kwestionariuszy KON-2006 oraz KO „O”. Analiza danych 122 pacjentów leczonych w Zakładzie Psychoterapii SU w latach 2009-2011,

z wykorzystaniem Kwestionariusza Objawowego KO „O”, wykazała istotną poprawę objawową u 84% leczonych (84 kobiet, 38 mężczyzn). Wartości OWK charakterystyczne dla populacji osób zdrowych obserwowano w pomiarach: a) na początku terapii u 16 osób (3 mężczyzn i 13 kobiet; 11% wszystkich obserwacji), b) w pomiarach na końcu terapii u 102 osób (32 mężczyzn i 70 kobiet; 70,3% wszystkich badanych; wzrost z 11% do 70,3%). 28 kobiet i 15 mężczyzn (43 osoby; 29,7% badanych) mimo ukończenia psychoterapii, prezentowało nasilenie objawów nerwicowych charakterystyczne dla populacji osób chorych. Istotne pogorszenie w zakresie nasilenia objawów stwierdzono u 6% leczonych (9 osób: 6 kobiet i 3 mężczyzn). Analizując zmiany nasilenia objawów względem płci, odnotowano istotną poprawę u 85,7% kobiet i 80,8% mężczyzn.

Istotną poprawę w zakresie cech osobowości nerwicowej zaobserwowano u 76% leczonych, przy czym zmniejszenie nasilenia cech osobowości nerwicowej do poziomu typowo obserwowanego w populacji osób zdrowych zaobserwowano u 33% pacjentów. Istotny wzrost globalnego nasilenia cech osobowości nerwicowej stwierdzono u 10% leczonych (15 osób: 11 kobiet i 4 mężczyzn).

Wyniki analiz uzyskanych z zastosowaniem kwestionariusza MMPI-2 korespondują z uzyskanymi przy zastosowaniu kwestionariuszy KON-2006 i KO „O”, stanowiąc cenne ich poszerzenie o pogłębioną analizę zmian w funkcjonowaniu osobowości towarzyszących zmniejszeniu nasilenia objawów. Ma to szczególne znaczenie w ocenie użyteczności kwestionariusza MMPI-2 w procesie diagnozy, jak i w monitorowaniu zmian uzyskiwanych w psychoterapii.

Wyniki badania opisano w artykule:

Michał Mielimka, Krzysztof Rutkowski, Katarzyna Cyranka, Jerzy A. Sobański, Łukasz Müldner-Nieckowski, Edyta Dembińska, Bogna Smiatek-Mazgaj, Katarzyna Klasa. Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 29–48. DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/26093>

Istotna z punktu widzenia wyników uzyskanych przy użyciu kwestionariusza MMPI-2 stała się także retrospektywna analiza danych zebranych od pacjentów leczonych w latach 2004-2009. Wykazała ona

znaczne i istotne statystycznie różnice między wartościami XKON przed i po terapii oraz w 23 spośród 24 skal KON-2006 (wyjątek stanowiła zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn skala 18 – Postawa narcystyczna). Po leczeniu średnie wartości tych współczynników zbliżyły się do ich przeciętnych wartości opisanych w podręczniku testu jako specyficzne dla grupy porównawczej – osób nieleczonych, niezgłaszających dolegliwości, pochodzących z populacji nieklinicznej, prawdopodobnie w znacznej większości niezaburzonych psychicznie. Przeciętne wartości XKON (mediana i kwartyle) przed leczeniem wynosiły ponad 18 pkt (wyniki typowe dla osób cierpiących na zaburzenia nerwicowe), po terapii wartości przeciętne XKON były bliższe wynikom typowym dla osób zdrowych (poniżej 8 pkt). Zdecydowana większość – prawie 3/4 pacjentów – uzyskała poprawę (73%), w tym prawie połowa (49%) znaczną poprawę, jedynie 16% nie uzyskało żadnej zmiany, a co dziesiąty pogorszenie w zakresie dezintegracji osobowości. Ponadto poprawom według zmiany XKON przeważnie towarzyszyła poprawa objawowa w Kwestionariuszu KO „O”.

Wyleczenie dysfunkcji osobowości, w rozumieniu norm kwestionariusza, uzyskała 1/3 pacjentów, około połowa nie uzyskała tego efektu, ponadto wyników co czwartej osoby - tych, u których wielkość wskaźnika XKON po leczeniu pozostawała w obszarze między 8 a 18pkt („obszar niepewności”) – nie można było jednoznacznie zinterpretować. Warto zauważyć, że znaczna grupa pacjentów nie uzyskujących wyleczenia wg XKON sprawozdała ulgę w zakresie objawów odpowiadającą wyleczeniu. Współczynnik wielkości efektu dla kwestionariusza KON-2006 był według interpretacji proponowanej przez Cohena znaczny – wyniósł w badanej grupie 690 pacjentów $ES = 1,01$ (przy oznaczaniu metodą korelacji dwuseryjnej wyników badania kwestionariuszem przed i po leczeniu) lub $ES = 0,92$ (przy oznaczaniu metodą porównania zmiany w grupie leczonych z grupą „uznanych za oczekujących” dwukrotnie zbadanych kwestionariuszem KON-2006 pacjentów niepodających jednakże leczenia).

Wyniki badania przedstawia artykuł:

Jerzy A. Sobański, Katarzyna Klasa, Katarzyna Cyranka, Michał Mielimąka, Edyta Dembińska, Łukasz Müldner-Nieckowski, Bogna Smiatek-

Mazgaj, Krzysztof Rutkowski. Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006. Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST. DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/6

Przeprowadzona analiza zarówno danych z badań retrospektywnych (Sobański i wsp.), badań z zastosowaniem kwestionariuszy KON-2006 i KO „O” (Mielimąka i wsp.) jak i danych uzyskanych z zastosowaniem kwestionariusza MMP-2 stanowi wkład w badania nad skutecznością psychoterapii. Jednocześnie pozwala na potwierdzenie zasadności wprowadzenia polskiej adaptacji kwestionariusza MMPI-2 do diagnostyki i monitorowania procesu psychoterapii, co wydaje się być szczególnie istotne z punktu widzenia planowania badań międzyośrodkowych.

Zastosowanie kwestionariusza MMPI-2 pozwoliło na uzupełnienie obserwacji mówiących o poprawie objawowej i w zakresie dysfunkcji osobowości, ujawnianych pomiarami KO „O” i KON-2006, informacjami o istotnych pozytywnych zmianach w zakresie poczucia własnej wartości, bogatszym repertuarze mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach stresowych, lepszej zdolnością adaptacji do nowych sytuacji i ról życiowych.

U znaczącej liczby pacjentów zmiana w funkcjonowaniu osobowości przejawia się także mniejszym zaabsorbowaniem problemami zdrowotnymi, większą dojrzałością, bardziej adekwatną oceną własnych możliwości, mniejszą nadwrażliwością, podejrzliwością i labilnością emocjonalną, zmniejszoną tendencją do rozpamiętywania i przeżywania nadmiernego poczucia winy, a także znacząco mniejszym poziomem napięcia i lęku oraz depresyjności. Korzystne zmiany w funkcjonowaniu osobowości mogą przekładać się także na większą zdolność do przeżywania bliskości, nawiązywania relacji interpersonalnych, poczucia wpływu na swoją sytuację życiową oraz czerpania z niej satysfakcji. Otrzymane wyniki skłaniają do dalszych pytań, np. o trwałość uzyskiwanych zmian. Istotna byłaby także analiza czynników wpływających na uzyskiwaną poprawę/wyleczenie oraz eksploracja sytuacji związanych z brakiem poprawy/pogorszeniem. Jednocześnie wartym podkreślenia jest fakt, iż potwierdziły się obserwacje wcześniejszych badaczy, iż psychoterapia jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia zaburzeń nerwicowych i osobowości.

5. WNIOSKI

W wyniku przeprowadzonych analiz w większości potwierdzone zostały weryfikowane hipotezy badawcze.

U większości pacjentów zakwalifikowanych do terapii z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości uzyskane w pomiarze na początku terapii wyniki w zakresie objawów nerwicowych i zaburzeń funkcjonowania osobowości są istotnie wyższe od wyników uzyskiwanych w populacji osób zdrowych.

W wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u większości pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości obserwuje się zarówno zmniejszenie poziomu objawów nerwicowych i cech osobowości nerwicowej, jak i głęboką, korzystną zmianę w funkcjonowaniu osobowości.

W wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej, prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego, u większości pacjentów obserwuje się wzrost siły ego, co wskazuje, że w wyniku leczenia pacjenci uzyskują znacznie lepszą zdolność ogólnego przystosowania psychologicznego oraz zwiększony repertuar mechanizmów umożliwiających skuteczne radzenie sobie.

Częstość uzyskania wyleczenia w zakresie objawów zaburzeń nerwicowych oraz funkcjonowania osobowości nie różni się istotnie w grupach mężczyzn i kobiet.

Pacjentki częściej funkcjonują w tradycyjnych rolach kobiecych, a pacjenci – w opozycji do tradycyjnych ról męskich (choć wciąż w obszarze wyników nie podlegających zdecydowanej interpretacji) zarówno przed, jak i po leczeniu.

Polska wersja MMPI-2 jest użytecznym narzędziem w diagnostyce i monitorowaniu procesu psychoterapii pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości.

Intensywna krótkoterminowa psychoterapia grupowa jest skuteczną, godną zalecenia metodą leczenia zaburzeń nerwicowych i wybranych zaburzeń osobowości zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, prowadzącą u większości pacjentów do wieloobszarowej, głębokiej, korzystnej zmiany w funkcjonowaniu osobowości.

6. PIŚMIENNICTWO CYTOWANE W ROZDZIAŁACH „WPROWADZENIE” i „METODYKA”

1. Lambert MJ. Psychotherapy research and its achievements. W: Norcross JC, VandenBos GR, Freedheim DK. red. History of psychotherapy. Second edition. Washington, DC: American Psychological Association; 2011.
2. Goldfried MR. What should we expect from psychotherapy? Clin. Psychol. Rev. 2013; 33(7): 862–869.
3. Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. W: Lambert MJ. red. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. New York: Wiley; 2004. s. 139–193.
4. Aleksandrowicz JW, Czabała JC. Skuteczność psychoterapii – metody i badania. Psychiatr. Pol. 1979; 13(4): 391–396.
5. 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.
6. Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. Br. J. Psychiatry 2000; 177: 138–143.
7. Gabbard GO. Psychotherapy of personality disorders. J. Psychother. Pract. Res. 2000; 9: 1–6. Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and meta-analysis of clinical trials. Psychother. Psychosom. 2006; 78: 265–274.
8. Kusters M, Burlingame GM, Nachtigall C, Strauss B. A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. Group Dyn. Theory Res. Pract. 2006; 10: 146–163.
9. Ritvo RR, Papilsky SB. Effectiveness of psychotherapy. Curr. Opin. Pediatr. 1999; 11(4): 323–327.
10. Seligman MEP. The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. Am. Psychol. 1995; 50(12): 965–974.
11. Sobański JA, Klasa K. Pretherapy symptom level changes. Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 2006; 8(3): 23–36.
12. Perry JC, Banon E, Lanni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. Am J Psychiatry. 1999; 156: 1312–1321.

13. Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 1223-1232.
14. Aleksandrowicz JW, Kowalczyk E. Ocena skuteczności terapii nerwic. *Psychoterapia*. 1984; 51: 15-27.
15. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak J, Trzcieniecka A, Zgud J. Skuteczność niektórych form i metod psychoterapii nerwic. *Psychoterapia*. 1986; 58: 6-16.
16. Aleksandrowicz JW. Znaczenie milczenia w psychoterapii – Zagadnienia psychoterapii – *Psych. Pol.* 1969; 3, 2: 187-192.
17. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. Zastosowanie testu 16 PF R.B. Cattella w ocenie leczenia nerwic. *Psychoterapia*. 1985; 52: 47-60.
18. Sobański JA. Krótka refleksja nad badaniami w dziedzinie psychoterapii. Tendencje i perspektywy dalszego rozwoju. *Psychoterapia*. 1998; 105(2): 13-27.
19. Aleksandrowicz JW, Czabała JC. Podstawy psychoterapii. Rozdział 1.3.1. tom. III podręcznika: *Psychiatria* red. Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. Wyd. Elsevier Urban & Partner. 2012. S. 256-268.
20. Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-response relationship in psychotherapy. *American Psychologist*. 1986; 41: 159-164.
21. Mahoney MJ. Discussion: behavior therapy. Some critical comments. *Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc*. 1976; 64: 127-31.
22. Tingey R, Lambert M, Burlingame G, Hansen N. Clinically significant change: practical indicators for psychotherapeutic outcome: measuring reliable clinical change. *Psychother Res*. 1996; 6(2): 144-53.
23. Dormaar M, Dijkman CI, deVries MW. Psychotherapeutic outcome: measuring reliable clinical change. *Psychother Psychosom*. 1988; 50(2): 95-101.
24. Smith ML, Glass GV, Miller TI. The benefits of psychotherapy. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1980.
25. Shedler J. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*. 2010; 65(2): 98-109.
26. Eysenck HJ., The effects of psychotherapy: An evaluation. *J Consult Psychology* 1952; 319-324.

27. Lipsey MW, Wilson DB. The efficacy of psychological educational, and behavioral treatment: Confirmation from metaanalysis. *American Psychologist*. 1993; 48, 1181–1209.
28. Robinson LA, Berman JS, Neimeyer RA. Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*. 1990; 108: 30–49.
29. Messer SB, Abbass AA. Evidence-based psychodynamic therapy with personality disorders. In J. J. Magnavita (Red.), *Evidence-based treatment of personality dysfunction: Principles, methods and processes* (s. 79-111). Washington, DC: American Psychological Association Press; 2010.
30. Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials. *Psychother Psychosom* 2009; 78: 265–274.
31. de Maat S, Dekker J, Schoevers R, de Jonghe, F. Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*. 2006; 16: 562–572.
32. Abbass AA, Hancock, JT, Henderson J, Kisely, S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; 4, CD004687.
33. Thomson A, Page L. Psychotherapies for hypochondriasis. Editorial Group: Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group Published Online: 17 OCT 2007 Assessed as up-to-date: 30 JUL 2007.
34. Stoffers JM, A Völlm B, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder Editorial Group: Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group. Published Online: 15 AUG 2012 Assessed as up-to-date: 10 APR 2011.
35. Turner EH, Matthews AM., Linardatos E, Tell RA, Rosenthal, R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*. 2008; 358: 252–260.
36. Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Active placebos versus antidepressants for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004; 1, CD003012.

37. Luborsky L. The symptom-context method. Symptoms as opportunities in psychotherapy. Washington, DC: American Psychological Association; 1996.
38. Leder S. Psychoterapia, psychiatria społeczna. Wybrane zagadnienia. Kraków: Biblioteka KRW, 2000.
39. Mielimąka M, Cyranka K. The use of medical tools in the assessment of changes in the process of therapy. *Dynamische Psychiatrie*, in press.
40. Mielimąka M. Wsparcie społeczne osób leczonych psychoterapią grupową z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości. Wydział Lekarski UJ CM, Kraków 2012, praca doktorska, promotor: dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski.
41. Murzyn A. Doświadczenie wczesnodziecięcej traumy jako predyktor wyniku leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości. Wydział Lekarski UJ CM, Kraków 2013, praca doktorska, promotor: dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski.
42. Citkowska-Kisielevska A.: Struktura zespołu objawowego w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym i w zaburzeniach lękowych. Wydział Lekarski UJ CM, Kraków 2006, praca doktorska, promotor: prof. dr hab. n. med. Jerzy W. Aleksandrowicz.
43. Aleksandrowicz J. Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10) – psychopatologia, diagnostyka, leczenie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1997, s. 121–134.
44. Pervin LA, John OP. Osobowość – teoria i badania. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002, s. 10–36.
45. Jakubik A. Zaburzenia osobowości. Warszawa: PZWL; 2003.
46. Cierpiątkowska L. Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i psychologicznych. W: Cierpiątkowska L, red. Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2004, s. 11–32.
47. Grabski B, Gierowski J, K. Zaburzenia osobowości – różne spojrzenia i próby ich integracji. *Psych. Pol.* 2012, 46(5): 829–844.
48. Brzezińska U, Koć-Januchta M. Normalizacja: Stańczak J. Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości®-2 – MMPI®-2. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2012.

49. Chisholm SM, Crowther JH, Ben-Porath YS. Selected MMPI-2 scales' ability to predict premature termination and outcome from psychotherapy. *J Pers Assess.* 1997; 69(1): 127-144.
50. Koss M. A multivariate analysis of long-term stay in private practice psychotherapy. *Journ. of Clin. Psych.* 1980, 36(4): 991-994.
51. Płużek Z. Wartość testu WISKAD-MMPI dla diagnozy różnicowej w zakresie nozologii psychiatrycznej, Lublin, KUL.; 1971.
52. Paluchowski J. (red). Stosowanie i interpretacja Kwestionariusza MMPI. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Laboratorium Technik Diagnostycznych; 1985.
53. Matkowski, M. MMPI: badanie - opracowanie - interpretacja. Poznań: Pracownia Terapii i Rozwoju Osobowości; 1992.
54. Kucharski T, Gomuła J. Wprowadzenie do kwestionariusza MMPI-2. Toruń : Prac. Psychologii Klinicznej i Rozwoju Osobowości; 1998.
55. Kucharski T. Sposoby przeprowadzania interpretacji wyników w kwestionariuszu MMPI. Toruń :Tomasz Kucharski; 1999.
56. Kucharski T. Nowe metody analizy danych kwestionariuszowych wykorzystywanych w psychologii klinicznej: zastosowanie Wielowymiarowego Kwestionariusza Osobowości MMPI-WISKAD i podejścia aktuaryjno-regułowego do klasyfikacji wybranych zaburzeń psychicznych. Toruń : Adam Marszałek; 2000.
57. Kucharski T. Wybrane zagadnienia związane z wykorzystywaniem kwestionariuszy MMPI-2 i MMPI-A oraz wspomagania komputerowego. Toruń : Tomasz Kucharski, 2002.
58. Kucharski T. Materiały źródłowe do kwestionariusza MMPI-2. Centrum Psychologii Klinicznej i Rozwoju Osobowości Zawodowej w Toruniu. Toruń: Tomasz Kucharski; 2003.
59. Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius". IPIŃ; 2000.
60. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic. *PiP.* 2011; 7(4): 20-34.

61. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. *Psychiatr Pol.* 1994; 6: 667-676.
62. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. Kwestionariusz osobowości nerwicowej. KON-2006. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41(6): 759–778.
63. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Dorota Stolarska D. KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire. *Arch. Psychiatrii Psychother.* 2009; 11(1): 21–29.
64. Ježková V, Matulová P. Pilot study of KON-2006 in the Czech Republic. *Arch. Psychiatr. Psychother.* 2010; 12(3): 57–61.
65. Styła R. Concept of reliable change in the usage of the KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire. *Arch. Psychiatrii Psychother.* 2011; 13(3): 21–24.
66. 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.
67. Mazgaj D, Stolarska D. Model terapii nerwic na oddziale dziennym. *Psych. Pol.* 1994; 28(4): 421-430.
68. Rutkowski K. Następstwa urazów psychicznych doznanych w dzieciństwie. PAN: Kraków; 2006.
69. Walczewska J, Rutkowski K, Cwynar M, Wizner B, Grodzicki T. Comprehensive geriatric evaluation in former Siberian deportees with post-traumatic stress disorder (PTSD). *Am. J. Geriatr. Psychiatr.* 2014; 22 (8): 820-828.
70. Stackert RA, Bursik K. Ego development and the therapeutic goal-setting capacities of mentally ill adults. *Am J Psychother.* 2006;60(4):357-374.

7. STRESZCZENIE

Zmiany w funkcjonowaniu osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości.

Przegląd badań nad efektywnością psychoterapii pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości potwierdza, iż jej zastosowanie związane jest z uzyskiwaną przez pacjentów znaczną redukcją objawów i korzystną zmianą w funkcjonowaniu, a więc z realizacją podstawowych celów psychoterapii. Jednakże, ze względu na ograniczenia metodologiczne (m. in. trudności w zebraniu wystarczająco licznej grupy badawczej, specyfika grupowej terapii), do tej pory przeprowadzono niewiele badań empirycznie weryfikujących całościowe zmiany w zakresie objawów nerwicowych i funkcjonowania osobowości w wyniku intensywnej krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej. Możliwość przeprowadzenia tego typu badań pojawiła się wraz z wprowadzeniem odpowiednich narzędzi badawczych – kwestionariusza objawowego KO „O”, Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006 oraz w pełni znormalizowanego kwestionariusza do badania szeroko rozumianego funkcjonowania osobowości – MMPI-2.

Cele badania:

- I. Analiza wpływu psychoterapii grupowej na funkcjonowanie osobowości pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i wybranych zaburzeń osobowości.
- II. Ocena skuteczności psychoterapii grupowej: analiza zmian w profilu osobowości oraz zmian nasilenia objawów u pacjentów leczonych psychoterapią z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości.
- III. Ocena użyteczności kwestionariusza osobowości MMPI-2 w diagnostyce, kwalifikacji do leczenia i w procesie monitorowania efektywności psychoterapii u pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości.

Hipotezy badawcze:

- I. W populacji osób z zaburzeniami nerwicowymi i z zaburzeniami osobowości nasilenie patologicznych wzorców funkcjonowania osobowości jest istotnie większe w porównaniu do populacji osób zdrowych.
- II. W wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej obserwuje się korzystną zmianę funkcjonowania osobowości osób leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych (F40-F48) i zaburzeń osobowości (F60 i F61).
- III. W wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej nasilenie objawów nerwicowych i objawów zaburzeń osobowości ulega zmniejszeniu do poziomu obserwowanego w populacji osób zdrowych.
- IV. MMPI-2 jest użytecznym narzędziem w diagnostyce i monitorowaniu procesu psychoterapii pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości.

Badana grupa:

Do badania włączono 82 pacjentów (61 kobiet i 21 mężczyzn) uczestniczących w psychoterapii w Oddziale Dziennym Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Behawioralnych SU w Krakowie, okresie od września 2013 r. do kwietnia 2014 r. Stanowiło to 72% wszystkich osób leczonych w tym okresie w oddziale. Pozostałe 28% nie zostało włączonych do badania ze względu na niekompletne uzupełnienie testów (21%) lub przedwczesne zakończenie leczenia (drop-out) – 7 %.

Kryteria włączenia do grupy badanej obejmowały rozpoznanie u pacjenta zaburzenia lub zaburzeń z rozdziału F4 lub F6 (F60, F61) zgodnie z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji ICD-10 oraz czas pozostawania w leczeniu w przedziale od 10 do 14 tygodni.

Kryteria wykluczające obejmowały: brak kwalifikacji do leczenia (stwierdzenie podłoża somatycznego zgłaszanych przez pacjenta objawów, stwierdzenie zmian organicznych OUN, stwierdzenie zaburzeń psychotycznych), przerwanie leczenia przed jego planowym zakończeniem, brak zgody na udział w badaniu.

Uzyskane wyniki odniesiono do prowadzonych równolegle badań, także retrospektywnych, w których zastosowano kwestionariusz objawowy KO „O” oraz kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006.

Narzędzia badawcze:

- I. Kwestionariusz MMPI-2 – podstawowe narzędzie badawcze,
- II. Ankieta Życiorysowa,
- III. Kwestionariusz Objawowy KO „O”,
- IV. Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006.

Wnioski:

U większości pacjentów zakwalifikowanych do terapii z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości uzyskane w pomiarze na początku terapii wyniki w zakresie objawów nerwicowych i zaburzeń funkcjonowania osobowości są istotnie wyższe od wyników uzyskiwanych w populacji osób zdrowych.

W wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u większości pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości obserwuje się zarówno zmniejszenie poziomu objawów nerwicowych i cech osobowości nerwicowej, jak i korzystną zmianę w funkcjonowaniu osobowości.

W wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej, prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego, u większości pacjentów obserwuje się wzrost siły ego, co wskazuje, że w wyniku leczenia pacjenci uzyskują znacznie lepszą zdolność ogólnego przystosowania psychologicznego oraz zwiększony repertuar mechanizmów umożliwiających skuteczne radzenie sobie.

Częstość uzyskania wyleczenia w zakresie objawów zaburzeń nerwicowych oraz funkcjonowania osobowości nie różni się istotnie w grupach mężczyzn i kobiet.

Pacjentki częściej funkcjonują w tradycyjnych rolach kobiecych, a pacjenci – w opozycji do tradycyjnych ról męskich (choć wciąż w obszarze wyników nie podlegającym zdecydowanej interpretacji) zarówno przed, jak i po leczeniu.

Polska wersja MMPI-2 jest użytecznym narzędziem w diagnostyce i monitorowaniu procesu psychoterapii pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości.

Intensywna krótkoterminowa psychoterapia grupowa jest skuteczną, godną zalecenia metodą leczenia zaburzeń nerwicowych i wybranych zaburzeń osobowości zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, prowadzącą u większości pacjentów do wieloobszarowej, głębokiej, korzystnej zmiany w funkcjonowaniu osobowości.

8. SUMMARY

Changes in personality functioning as a result of group psychotherapy with elements of individual psychotherapy in persons with neurotic and personality disorders.

The review of research on the efficacy of psychotherapy in patients with neurotic and personality disorders confirms that its use is related to a significant reduction of symptoms and a positive change in patients' functioning, and therefore to the implementation of the basic goals of psychotherapy. However, due to methodological limitations (inter alia difficulties in gathering a large enough research group, the specificity of group therapy) few empirical studies verifying overall changes in the neurotic symptoms and personality functioning as a result of intensive short-term psychodynamic psychotherapy have so far been conducted. The possibility to conduct this type of study appeared with the implementation of the appropriate research tools - Symptom Checklist KO "O", Neurotic Personality Questionnaire KON-2006 and the fully standardized questionnaire to examine a broad spectrum of personality functioning - MMPI-2.

Aim of the study:

- I. Analysis of the impact of group psychotherapy on functioning of personality of patients treated for neurotic disorders, and selected personality disorders.
- II. Evaluation of the effectiveness of group psychotherapy: the analysis of changes in the personality profile and changes in the severity of symptoms in patients treated with psychotherapy for neurotic and personality disorders.
- III. Assessment of personality questionnaire MMPI-2 utility in the diagnosis, qualification for treatment and the process of monitoring the effectiveness of psychotherapy in patients suffering from neurotic and personality disorders.

Research hypotheses:

- I. In the population of patients with neurotic and personality disorders severity of personality dysfunctions is significantly higher compared to the healthy population.
- II. A change in the functioning of the personality of individuals treated for neurotic disorders (F40-F48) and personality disorders (F60 and F61) is observed as a result of group psychotherapy with elements of individual psychotherapy.
- III. As a result of group psychotherapy with elements of individual psychotherapy the severity of symptoms of neurotic disorders and personality disorders is reduced to the level observed in the healthy population.
- IV. MMPI-2 is a useful tool in monitoring and diagnosis of the process of psychotherapy of patients suffering from neurotic disorders and personality disorders.

Studied group:

82 patients (61 females and 21 males) participated in the study. They attended psychotherapy in Day Hospital for Neurotic and Personality Disorders of the University Hospital in Krakow between September 2013 and April 2014. The group constituted 72% of all the patients receiving treatment at the ward at that time. The remaining 28% were not included in the study since they did not fill in the tests completely (21%) or prematurely ended the treatment (drop-out) – 7%.

The inclusion criteria for the studied groups included: diagnosis of disorder or disorders from section F4 or F6 (F60, F61) in accordance with the diagnostic criteria of ICD-10, and the treatment period in the range of 10 to 14 weeks.

Exclusion criteria included: lack of qualifications for the treatment (somatic basis of symptoms reported by the patient, organic changes of CNS, psychotic disorders), discontinuation of treatment before its scheduled completion, lack of consent to participate in the research.

The obtained results were referred to parallel research, also retrospective, carried out with the use of symptom checklist KO "O" and Neurotic Personality Questionnaire KON-2006.

Research tools:

- I. MMPI-2 questionnaire – the main diagnostic tool,
- II. Life Inventory,
- III. Symptom Checklist KO “O”,
- IV. Neurotic Personality Questionnaire KON-2006.

Conclusions:

The results related to symptoms of neurotic disorders and personality functioning disorders obtained by the majority of patients eligible for treatment for neurotic and personality disorders in the measurement at the beginning of therapy were significantly higher than the results obtained in the healthy population.

A significant reduction in symptoms of neurotic disorders and in the severity of neurotic personality traits as well as positive change in personality functioning were observed in the majority of patients treated for neurotic and personality disorders with group psychotherapy with elements of individual psychotherapy.

As a result of applying group psychotherapy with elements of individual psychotherapy the majority of patients were observed to have increased their ego strength. That suggests that the patients obtain a much better general psychological adjustment and a wider range of coping mechanisms as a result of the treatment.

The frequency of obtaining recovery in terms of symptoms of neurotic disorders and personality functioning disorders was not significantly different between men and women.

Female patients function in traditional feminine roles more frequently than male patients who are in the opposition to the traditional masculine roles more frequently (still within the area not subject to interpretation) before and after the treatment.

Polish version of MMPI-2 is a useful tool in diagnosis and monitoring of the psychotherapy process of patients suffering from neurotic and personality disorders.

Intensive short-term group psychotherapy is an effective, worthy of recommendation treatment method of neurotic disorders and selected personality disorders in women as well in men, leading in most patients to favourable, multidimensional, profound changes in personality functioning.

Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2

Changes in personality functioning as a result of group psychotherapy with elements of individual psychotherapy in persons with neurotic and personality disorders – MMPI-2

Katarzyna Cyranka¹, Krzysztof Rutkowski¹, Michał Mielimaka¹,
Jerzy A. Sobański¹, Bogna Smiatek-Mazgaj¹, Katarzyna Klasa²,
Edyta Dembińska¹, Łukasz Müldner-Nieckowski¹, Paweł Rodziński¹

Katedra Psychoterapii CM UJ

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

² Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

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

Summary

Aim. The study of group psychotherapy influence on the personality functioning of patients on treatment for neurotic disorders and selected personality disorders (F4-F6 under ICD-10).

Methods. The study concerned 82 patients (61 women and 21 men) who underwent intensive short-term group psychotherapy in a day ward. A comprehensive assessment of the patients' personality functioning was carried out at the outset and the end of the psychotherapy utilising the MMPI-2 questionnaire.

Results. At the treatment outset the majority of the study patients demonstrated a considerable level of disorders in five MMPI-2 clinical scales (Depression, Hysteria, Psychopathic Deviate, Psychastenia, Schizophrenia) and moderate pathology in Hypochondria. In the Mania scale most patients obtained results comparable to the healthy population when the treatment commenced. Having undergone the psychotherapy treatment, the majority of the examined

Badanie zrealizowano w ramach grantu UJ CM nr K/DSC/002111.

were observed to demonstrate positive changes in those areas of personality functioning which were classified as severe or moderate pathology.

Conclusions. Short-term intensive comprehensive group psychotherapy with elements of individual psychotherapy leads to desirable changes in personality functioning.

Słowa kluczowe: skuteczność psychoterapii, MMPI-2, osobowość

Key words: psychotherapy effectiveness, MMPI-2, personality

Wstęp

Rok 2014 wyznacza stulecie leczenia psychoterapią w Polsce [1]. Jednym z prekursorów badań nad skutecznością psychoterapii był Snyder [2], który – stawiając kluczowe pytanie: „Czy psychoterapia działa?” – otworzył trwającą po dziś dzień merytoryczną i kliniczną dysputę dotyczącą skuteczności psychoterapii [3–8].

Pierwsze systematyczne badania skuteczności psychoterapii, obarczone błędem Eysencka (stwierdzenie nieskuteczności psychoterapii na podstawie błędnych przesłanek), zostały przeprowadzone w latach 60. XX wieku [9]. Kolejny okres badań randomizowanych i kontrolowanych, dotyczących przede wszystkim terapii behawioralnych i poznawczych, spowodował na wiele dekad utrwalenie przekonania o szczególnej i największej skuteczności powyższych podejść, przekonania, jak się okazało, nieuzasadnionego [10–13]. Pierwsza konferencja dotycząca skuteczności oddziaływań psychoterapeutycznych odbyła się w Trier w 1981 roku [14].

Najstarsze polskie badania nad skutecznością psychoterapii prowadzone były w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, a także w Krakowie w Wojewódzkim Ośrodku Leczenia Nerwic, a później w Katedrze Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum oraz Katedrze Psychiatrii UJ CM. Początkowo badacze koncentrowali się głównie na zmianie w zakresie objawów ocenianej z zastosowaniem kwestionariuszy objawowych. Nieco później przeprowadzono pionierskie w Polsce badania zmian uzyskiwanych w toku psychoterapii grupowej w funkcjonowaniu osobowości z wykorzystaniem inwentarza osobowości 16 PF R.B. Cattella [5–7, 15–17].

W tym okresie w USA badania procesu oraz skuteczności psychoterapii prowadzili Howard i Mahoney [18, 19], które kontynuowali potem Lambert, Burlingame, Hansen i wsp. [20] oraz wielu innych badaczy, stosując głównie inwentarze objawowe (np. SCL-90, OQ-45) [20, 21]. W badaniach skuteczności psychoterapii nie zaproponowano dotąd „złotego standardu” pod postacią jednego lub zestawu kilku wybranych narzędzi diagnostycznych. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują jednak jednoznacznie, iż ocena nie może ograniczać się wyłącznie do obszaru objawowego i powinna uwzględniać również badanie funkcjonowania osobowości. Drugi postulat zrealizować można, stosując odpowiednie kwestionariusze badania osobowości, których zastosowanie jest zazwyczaj czasochłonne, pozwalają jednak na bardziej szczegółową ocenę funkcjonowania osobowości człowieka w wielu wymiarach. W chwili obecnej można wymienić właściwie kilka najważniejszych narzędzi, najczęściej stosowanych w badaniach: 16 PF Catella, EPQ, TCI, NEO-FFI i NEO-PI-R oraz MMPI.

Początek procesu badania skuteczności psychoterapii stanowi wybór narzędzi/metod pomiaru, względnie niezależnych od szkoły/podejścia teoretycznego oraz umożliwiających porównanie wyników z rezultatami badaczy z innych krajów (wersje wielojęzyczne). Dotyczy to zarówno badań prowadzonych w warunkach ściśle kontrolowanych (efficacy; randomizowane badania kliniczno-kontrolne – RCT), spełniających wymogi EBM (medycyna oparta na dowodach), umożliwiających metaanalizy i wprowadzenie badania do baz typu Cochrane, jak i badań prowadzonych w warunkach codziennej praktyki klinicznej (effectiveness).

Współcześnie badacze psychoterapii nadal przyjmują różne kryteria i narzędzia analizy skuteczności terapii, a jedną z powszechnie przyjętych miar uzyskiwanej skuteczności jest wielkość efektu (effect size – ES). ES obliczana bywa według różnych metodologii i formuł matematycznych, ale w każdym wariancie służy porównywaniu wyników między ośrodkami, terapiami, nawet tymi używającymi różnych narzędzi pomiaru. Cohen interpretuje wartość ES dla badań medycznych i psychologicznych jako wysoką skuteczność na poziomie 0,8, skuteczność umiarkowaną na poziomie 0,5 i niską na poziomie 0,2 [28].

Pierwsza obszerna metaanaliza badań dotyczących skuteczności psychoterapii została przeprowadzona w 1980 roku i objęła 475 badań zrealizowanych głównie w Europie i Stanach Zjednoczonych. Stwierdzono wielkość efektu skuteczności psychoterapii na poziomie 0,6–1,1 dla pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości w porównaniu z nieleczonymi chorymi z grup kontrolnych [29, 31]. Kolejne rozległe metaanalizy potwierdziły ten wynik, podważając tym samym słynne już stwierdzenie Eysencka, iż nie ma dowodów, że psychoterapia ma pozytywny wpływ na życie pacjentów [9]. Lipsey i Wilson [32] zestawili 18 metaanaliz dotyczących wyników skuteczności psychoterapii, obliczając średnią wielkość efektu na podstawie wszystkich opisanych w metaanalizach badań na poziomie 0,75. Badacze ci dokonali również przeglądu 23 metaanaliz skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej w zakresie zaburzeń osobowości i dla tego zestawienia obliczyli średnią ES = 0,62. Podobne wielkości efektu wykazali w kolejnych metaanalizach Robinson, Berman i Neimeyer (37 badań skuteczności leczenia zaburzeń depresyjnych, ES = 0,73) [33], Abbass i wsp. (12 badań skuteczności psychoterapii psychodynamicznej, ES = 0,97) [34], Messer i Abbass (zestawienie 7 badań skuteczności psychoterapii psychodynamicznej w zakresie korzystnych zmian osobowościowych, ES = 0,96) [35], de Maat i wsp. (10 badań długoterminowej psychoterapii psychodynamicznej, model pre-post, ES = 0,78) [36]. Obszerniejsza metaanaliza Abbassa i wsp., opublikowana w bazie Cochrane, uwzględniająca rygorystyczne kryteria metodologiczne, objęła 23 randomizowane grupy z udziałem 1 431 pacjentów cierpiących na zaburzenia lękowe i osobowości, leczonych krótkoterminową psychoterapią psychodynamiczną (poniżej 40 godzin), oraz osoby z grupy kontrolnej i wykazała ES = 0,97 w zakresie zmniejszenia objawów. Co ciekawsze, wielkość efektu wzrosła do 1,51 w badaniu follow-up (9 miesięcy po terapii) [36]. Podobnych wyników dostarczyły kolejne metaanalizy [31, 37–39].

Dla porównania w obszernych metaanalizach badań skuteczności farmakoterapii uzyskano wielkość efektu leczenia farmakologicznego zaburzeń nerwicowych i oso-

bowości na poziomie 0,17 (przegląd systematyczny Cochrane [40, 41]). Wprawdzie ze względu na liczne różnice między badaniami włączonymi do metaanaliz przedstawione wyniki nie mogą być interpretowane jako rozstrzygający dowód na większą skuteczność psychoterapii, jednak pozwalają ją uznać jako istotną metodę leczenia zaburzeń psychicznych, zwłaszcza nerwicowych i osobowości [42–45].

Aktualnie prowadzone są badania dotyczące skuteczności psychoterapii z wykorzystaniem różnorodnych narzędzi zarówno psychometrycznych, jak i wskaźników fizjologicznych (zapoczątkowanych dawno temu przez Junga [46] (galwanometr)), potem prowadzone np. przez Luborsky'ego [47] czy Ledera [48]. Coraz większą popularność zyskują badania czynnościowe mózgu (f-MRI), markerów neurobiologicznych, endokrynologicznych, komórkowych, przyszłość stanowią także badania epigenetyczne [49].

Choć użyteczność MMPI w szeroko rozumianym zastosowaniu klinicznym i naukowym jest powszechnie znana [52–55], wciąż brakuje wystarczającej liczby doniesień poświęconych badaniu zmian w funkcjonowaniu osobowości uzyskiwanych w wyniku psychoterapii, a w Polsce nie ma ich w ogóle w odniesieniu do badania skuteczności psychoterapii (w szczególności psychoterapii grupowej) na dużych grupach pacjentów.

Cele badania

1. Analiza wpływu psychoterapii grupowej na funkcjonowanie osobowości pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i wybranych zaburzeń osobowości.
2. Ocena skuteczności psychoterapii grupowej: analiza zmian w profilu osobowości oraz zmian nasilenia objawów u pacjentów leczonych psychoterapią z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości.

Hipotezy badawcze

1. W wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej obserwuje się zmianę struktury osobowości osób leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych (F40–F48) i zaburzeń osobowości (F60 i F61).
2. W populacji osób z zaburzeniami nerwicowymi i z zaburzeniami osobowości nasilenie wybranych cech osobowości ze zbioru wszystkich mierzonych jest istotnie większe w porównaniu z populacją osób zdrowych.
3. Nasilenie analizowanych cech osobowości u pacjentów po ukończeniu psychoterapii obniża się do poziomu charakterystycznego dla populacji osób zdrowych.

Materiał i metoda

Grupa badana

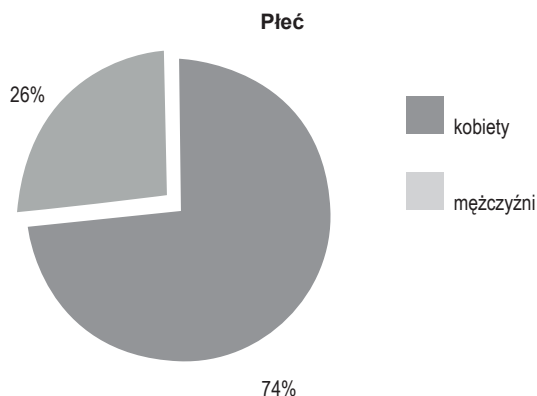
Do badania włączono 82 pacjentów (61 kobiet i 21 mężczyzn) uczestniczących w psychoterapii w oddziale dziennym leczenia zaburzeń nerwicowych i behawioral-

nych w okresie od września 2013 r. do kwietnia 2014 r. Stanowiło to 72% wszystkich osób leczonych w tym okresie w oddziale. Pozostałe 28% nie zostało włączonych do badania ze względu na niekompletne uzupełnienie testów (21%) lub przedwczesne zakończenie leczenia (drop-out; 7%).

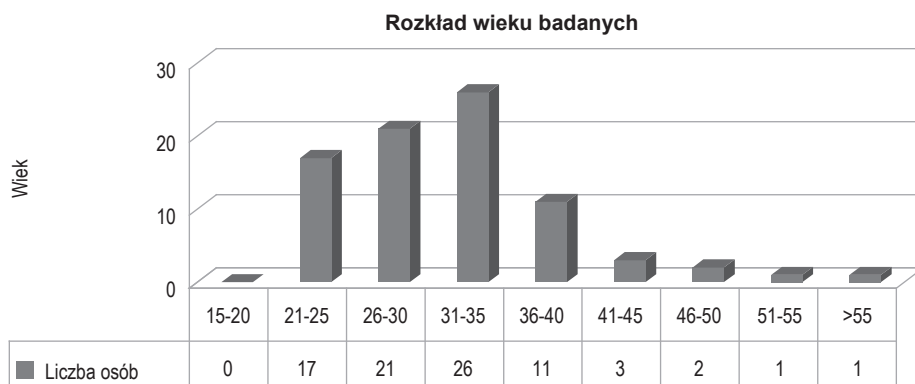
Kryteria włączenia do grupy badanej obejmowały rozpoznanie u pacjenta zaburzenia lub zaburzeń z rozdziałów F4 lub F6 (F60, F61) zgodnie z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji ICD-10 [56] oraz czas pozostawania w leczeniu w przedziale od 10 do 14 tygodni.

Kryteria wykluczające obejmowały: brak kwalifikacji do leczenia (stwierdzenie podłoża somatycznego zgłaszanych przez pacjenta objawów, stwierdzenie zmian organicznych OUN, stwierdzenie zaburzeń psychiatrycznych), przerwanie leczenia przed jego planowym zakończeniem, brak zgody na udział w badaniu.

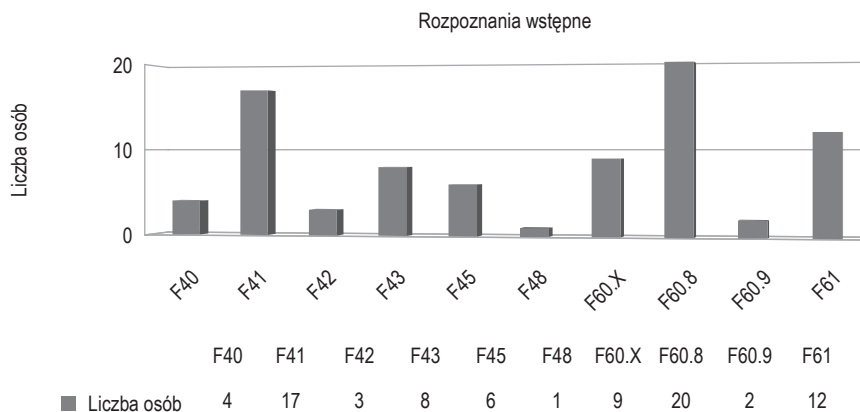
Na etapie kwalifikacji pacjentów do terapii z każdym badanym przeprowadzono dwie konsultacje z lekarzem psychiatrą oraz jedną z psychologiem [57]. Na podstawie



Rycina 1. Rozkład płci w badanej grupie



Rycina 2. Wiek pacjentów w badanej grupie



Rycina 3. Rozpoznania wstępne pacjentów w badanej grupie

danych uzyskanych w trakcie konsultacji, poszerzonych o wyniki testów diagnostycznych (Kwestionariusza Objawowego „O” [58], Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006 [24], kwestionariusza MMPI-2 [52]) rozpoznano zaburzenia zgodnie z kryteriami ICD-10 [56].

Siedemdziesiąt cztery procent grupy badanej stanowiły kobiety (61 osób), 26% mężczyźni (21 osób). Średnia wieku w grupie badanej wynosiła 31,5 roku (min. 21; maks. 56; odch. stand. 6,9). Siedemdziesiąt osiem procent badanych w momencie diagnozowania znajdowało się w przedziale wiekowym 21–35 lat, 11 osób (14,4%) w przedziale 36–40 lat, trzy osoby w wieku 41–45 lat, dwie w wieku 46–50 lat i dwie powyżej 50 r.ż. (ryc. 1 i 2).

U 48% pacjentów w grupie badanej zdiagnozowano w trakcie postępowania kwalifikacyjnego do leczenia zaburzenia nerwicowe (F40–F48) jako rozpoznanie podstawowe: z grupy F41 (inne zaburzenia lękowe) – 17 osób, F43 (reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne) – 8 osób, F45 (zaburzenia występujące pod postacią somatyczną) – 6 osób, F40 (zaburzenia lękowe pod postacią fobii) – 4 osoby, F42 (zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne) – 3 osoby, F48 (inne zaburzenia nerwicowe) – 1 osoba. Zaburzenia osobowości rozpoznano u 52% badanych – u 20 osób rozpoznano inne zaburzenia osobowości (F60.8), u 12 – zaburzenia osobowości mieszane (F61), u 9 – specyficzne zaburzenia osobowości (F60.0–F60.7), u 2 osób zaburzenia osobowości BNO (F60.9), co przedstawia rycina 3.

Opis stosowanej psychoterapii

Każda osoba włączona do grupy badanej uczestniczyła w intensywnej psychoterapii grupowej. Program terapeutyczny obejmował w każdym tygodniu leczenia:

- dla grup dopołudniowych (gr. 1, 2, 3): 15 sesji psychoterapii grupowej (3x45 minut dziennie; 675 minut tygodniowo), jedną sesję psychoterapii indywidualnej (45 minut) i 5 sesji zajęć relaksacyjnych (1x15 minut dziennie) oraz jedno spot-

kanie społeczności oddziału (zazwyczaj do 60 minut); łącznie ok. 171 godzin zegarowych;

- dla grup popołudniowych (gr. 4, 5, 6): 6 sesji psychoterapii grupowej (2x60 minut trzy razy w tygodniu; 360 minut tygodniowo), jedną sesję psychoterapii indywidualnej (45 minut) oraz 2 fakultatywne sesje psychoterapii (2x120 minut) przy użyciu różnych technik (psychodrama, pantomima, muzykoterapia, techniki wizualizacyjne, np. sterowane wyobrażenia, rysunek, kolaż itd.); łącznie ok. 129 godzin zegarowych.

Sześćdziesiąt procent pacjentów włączonych do badania stanowiły osoby leczone w trybie dopołudniowym, czterdzieści procent w trybie popołudniowym. Przydział do grup (dopołudniowa, popołudniowa) dokonywany był na podstawie danych z postępowania kwalifikacyjnego, w porozumieniu z pacjentem, z uwzględnieniem jego sytuacji życiowej. Przydział do poszczególnych grup w ramach wyznaczonego trybu leczenia dokonywany był zgodnie z kolejką osób oczekujących na leczenie (brak selekcji pod względem rozpoznania).

Każda z sześciu pracujących równolegle grup terapeutycznych liczyła przez większość czasu leczenia 8–10 pacjentów (grupy półotwarte). Okresowo liczebność grup była większa (do 11 osób). Czas leczenia pacjentów wynosił najczęściej 12 tygodni. W uzasadnianych względami merytorycznymi przypadkach terapia była przedłużana do 14 tygodni (5 osób włączonych do badania) lub skracana (np. w sytuacjach zdarzeń losowych uniemożliwiających pozostanie pacjenta w leczeniu przez pełnych 12 tygodni; 1 osoba włączona do badania).

Do elementów wspólnych pracy każdego z terapeutów leczących osoby włączone do badania zaliczyć można wzbudzanie procesów przeniesieniowych przez unikanie transparencji, interpretację przeniesienia, pracę z oporem, w tym jego interpretowanie, stosowanie innych interwencji terapeutycznych, tj. pobudzenie do eksploracji, klaryfikacji, konfrontacji, interpretacji, również analiza znaczenia symbolicznego i funkcji zgłaszanych objawów. Bardziej szczegółowy opis prowadzonej na oddziale psychoterapii znaleźć można w pracach Mazgaj i Stolarskiej oraz Mielimaki [59, 60].

Psychoterapia (zarówno grupowa, jak i indywidualna) prowadzona była zatem w nurcie integrującym elementy teorii psychodynamicznej oraz poznawczej i behawioralnej. Uwzględniała ona przestrzeganie settingu (obecność na wszystkich spotkaniach, punktualność), a także zachowanie tajemnicy i innych zasad wynikających z regulaminu oddziału.

Wszyscy pacjenci leczeni w oddziale poddani byli na bieżąco analizie efektów terapii: co tydzień wykonywano pomiar nasilenia objawów z wykorzystaniem kwestionariusza KO„O”, a także, w ramach sesji psychoterapii grupowej, przeprowadzano dwa tzw. spotkania kontrolne (w połowie oraz na końcu pobytu) poświęcone m.in. omówieniu wyników leczenia.

Funkcjonowanie osobowości oceniano przy użyciu kwestionariusza MMPI-2. Jest to narzędzie skonstruowane na przełomie lat 30. i 40. XX wieku i na przestrzeni dziesięcioleci konsekwentnie rozwijane i uzupełniane o nowe wymiary oceny funkcjonowania osobowości (skale: MMPI – 1939 r., MMPI-2 – 1989 r., MMPI-A – 2003 r.,

MMPI-2-RF – 2008 r.). Polska adaptacja została przygotowana przez Pracownię Testów Psychologicznych w 2012 r. [52].

Skale kliniczne w polskiej wersji MMPI-2 są tożsame ze skalami oryginalnymi. Poziomy interpretacyjny przedstawione dla różnych skal klinicznych oparte są na syntezie wniosków pochodzących z wielu różnych badań i przedstawione jako ogólne wytyczne. Najwyższe poziomy wyników w skalach klinicznych wiążą się z najbardziej poważnymi i patologicznymi objawami oraz zachowaniami. Mniej skrajnie podwyższone wyniki wskazują na ogół na mniej poważne symptomy i problemy, a także na określone cechy osobowości. Kilka badań wykazało [52], że niskie wyniki w skalach klinicznych sugerują lepsze ogólne przystosowanie, ale raczej nie mają związku z cechami specyficznymi dla tego, co w zamyśle każda ze skal klinicznych ma mierzyć. Wyjątek stanowią skale 0 (Introwersja Społeczna) i 5 (Męskość-Kobiecość) – osoby uzyskujące niskie wyniki w tych skalach mają cechy stanowiące przeciwieństwo cech osób uzyskujących wyniki wysokie.

Uzyskane w polskiej próbie normalizacyjnej wskaźniki rzetelności, zarówno szacowanej metodą test-retest, jak i za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, w porównaniu z danymi opublikowanymi w podręczniku amerykańskim przyjmują podobne, a dla wielu skal wyższe wartości (0,7–0,9). Polskie badania walidacyjne prowadzono na osobach pochodzących z różnych grup klinicznych [52].

W ramach niniejszego badania dokonano porównania wyników leczenia uzyskanych od pacjentów w pomiarach na początku i na końcu leczenia, z uwzględnieniem analiz skal kontrolnych (wszystkie uzyskane profile były trafne, w związku z czym zostały poddane interpretacji), dziesięciu skal klinicznych i ich podskal (31), skali Siły Ego, dziewięciu skal klinicznych zrestrukturyzowanych oraz jedenastu wybranych skal treściowych i dodatkowych. Wyniki uzyskane od pacjentów z grupy badanej porównano z normami ustalonymi w badaniach normalizacyjnych przeprowadzonych w okresie od czerwca do listopada 2009 roku na grupie 1 174 osób w wieku 18–69 lat (588 kobiet, 586 mężczyzn) przez Pracownię Testów Psychologicznych [52].

Ze względu na szeroki zakres analiz i uzyskanych danych, dla potrzeb tej publikacji przedstawiono wyniki uzyskane dla skal klinicznych: Hipochondria (Hs), Depresja (D), Histeria (Hy), Odchylenie Psychopatyczne (PD), Męskość/Kobiecość (Mf), Paranoja (Pa), Psychastenia (Pt), Schizofrenia (Sc), Hipomania (Ma), Introwersja Społeczna (Si). Wyniki pozostałych analiz będą przedmiotem kolejnych publikacji.

Interpretacje poziomu wyników tenowych dla skal klinicznych dla pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychicznych przedstawia tabela 1 (z wyjątkiem skali 5 – Męskość/Kobiecość, które interpretuje się w nieco inny sposób – patrz tab. 2 i 3) [52].

Tabela 1. Zakresy wartości do interpretacji wyników uzyskiwanych w skalach klinicznych

(> 75)	Bardzo wysokie
(65–74)	Wysokie
(55–64)	Umiarkowane
(45–54)	Średnie (nie interpretuje się)
(< 45)	Niskie (nie interpretuje się)

Tabela 2. Zakresy wartości do interpretacji wyników uzyskiwanych w skali MF (Męskość/Kobiecość)

Wysokie (> 65)	Brak tradycyjnych męskich/kobiecych zachowań; możliwy konflikt dotyczący seksualności
Średnie (45–64)	Nie interpretuje się
Niskie (< 45)	Tradycyjne męskie/kobiece zachowania

Analiz dokonano z zastosowaniem licencjonowanego pakietu STATISTICA 11. Rozkłady wyników porównano przy użyciu Testu Kołmogorowa-Smirnowa oraz χ^2 . Istotność różnic sprawdzono z zastosowaniem testu t-Studenta dla grup zależnych oraz (dla rozkładów niezgodnych z normalnym) nieparametrycznego odpowiednika – testu Wilcozona. W analizach statystycznych i wnioskowaniu przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$. Wielkość efektu obliczono z zastosowaniem współczynnika d-Cohena.

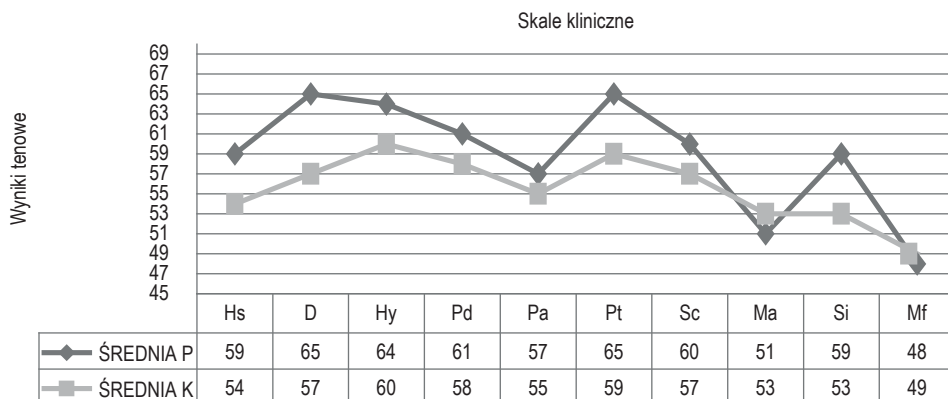
Wyniki

Wyniki dla skal klinicznych uzyskane dla całej badanej grupy przedstawiają tabele 3, 4 i 8 oraz ryciną. 4. Wyniki z uwzględnieniem podziału na grupy przedstawiają tabele 5 i 6.

Tabela 3. Analiza skal klinicznych przed i po terapii dla całej badanej grupy

SKALE KLINICZNE	ŚREDNIA P	ŚREDNIA K	SD P	SD K	RÓŻNICA	t/z	p
Hs	59	54	9,8	9,7	5	4,47	< 0,01
D	65	57	10,4	11,9	8	5,35	< 0,01
Hy	64	60	10,5	10,1	4	3,55	< 0,01
Pd	61	58	9,7	9,7	3	2,01	< 0,05
Pa	57	55	8,4	8,2	2	2,74	< 0,01
Pt	65	59	8,6	9,6	6	5,81	< 0,01
Sc	60	57	9,3	10,8	3	3,52	< 0,01
Ma	51	53	10,2	10,7	2	-2,95	< 0,01
Si	59	53	11,2	11,9	6	5,49	< 0,01
MF	48	49	13,3	12,2	1	-0,47	0,63

Poziom istotności $p < 0,05$; P/K – wyniki z pomiarów na początku (P) i po ukończeniu (K) leczenia



Rycina 4. Wartości średnie wyników pomiarów przeprowadzonych na początku terapii (ŚREDNIA P) i po ukończeniu leczenia (ŚREDNIA K) w skalach klinicznych MMPI-2

Tabela 4. Procent osób w badanej grupie mieszczący się w poszczególnych zakresach skal klinicznych na początku terapii

Nazwa skali klinicznej	Wysokie (≥ 65)	Umiarkowane (55–64)	W+U*	Średnie i niskie (≤ 54)	Łącznie
Hipochondria (Hs)	30,4%	41,4%	71,8%	28,2%	100%
Depresja (D)	52,4%	32,9%	85,3%	14,7%	100%
Histeria (Hy)	51,2%	30,4%	81,6%	18,4%	100%
Odchylenie Psychopat. (Pd)	45,1%	29,2%	74,3%	25,7%	100%
Paranoja (Pa)	20,7%	35,3%	56,0%	44,0%	100%
Psychastenia (Pt)	53,6%	36,5%	90,1%	9,9%	100%
Schizofrenia (Sc)	36,5%	35,3%	71,8%	28,2%	100%
Hipomania (Ma)	10,9%	20,7%	31,6%	68,4%	100%
Introwersja Społeczna (Si)	31,7%	29,2%	60,9%	39,1%	100%

* W+U (Wysokie + Umiarkowane): procent osób w grupie badanej, u których zmierzony na początku leczenia poziom wartości skal klinicznych mieścił się w zakresie wskazującym na zaburzenia funkcjonowania osobowości.

Analiza wyników uzyskanych przez pacjentów rozpoczynających psychoterapię (tab. 4) w zakresie skal klinicznych wykazała, iż istotnie wyższe od wartości charakterystycznych dla populacji osób zdrowych (zgodnie w zakresie norm Pracowni Testów Psychologicznych [54]) wyniki tenowe uzyskało: w skali Hipochondrii 71,8% pacjentów (z czego 41,4% na poziomie umiarkowanym, 30,4% na poziomie wysokim), w skali Depresji 85,3% pacjentów (odpowiednio 32,9% i 52,4%), w skali Histerii 81,6% pacjentów (30,4% i 51,2%), w skali Odchyleń Psychopatycznych 74,3% pacjentów (29,2% i 45,1%) w skali Paranoi 56% pacjentów (35,3% i 20,7%), w skali Psychastenii 90,1% pacjentów (36,5% i 53,6%), w skali Schizofrenii 71,8%

pacjentów (35,3% i 36,5%), w skali Hipomanii 31,6% pacjentów (20,7% i 10,9%) oraz w skali Introwersji Społecznej 60,9% pacjentów (29,2% i 31,7%). W aż pięciu analizowanych skalach klinicznych (Depresja, Histeria, Odchylenia Psychopatyczne, Psychastenia, Schizofrenia) wyniki większości pacjentów w trakcie kwalifikacji do leczenia mieściły się w zakresie wyników wysokich, wskazujących na głęboki poziom psychopatologii, zaś w skali Hipochondrii wyniki większości pacjentów mieściły się na poziomie wskazującym na umiarkowany poziom patologii. Jedynie w skali Manii większość pacjentów (68%) uzyskała wyniki podobne do populacji osób zdrowych. Wyniki w skali Męskość/Kobiecość znajdowały się na poziomie niepodlegającym interpretacji.

Uzyskane przez większość pacjentów w badanej grupie wyższe niż w populacji osób zdrowych wyniki w skali Hipochondrii odnoszą się do istotnie częstszych w grupie pacjentów niż w grupie osób zdrowych skarg somatycznych, niezadowolenia, cynizmu w ocenie siebie i świata, pesymizmu, nadmiernych wymagań, tendencji do egzaltacji, a także postawy charakteryzującej się niedojrzałością. Wyniki tenowe na poziomie wysokim wskazującym na znaczną psychopatologię w skali Depresji u pacjentów rozpoczynających leczenie mogą przejawiać się niezadowoleniem z sytuacji życiowej, tendencją do zamykania się w sobie, ograniczonym zakresem zainteresowań, dysforycznością. Znacząco podwyższone wyniki tenowe w skali Histerii sugerują, iż pacjenci na początku leczenia w porównaniu z populacją osób zdrowych wykazują się częstszą tendencją do zaprzeczania rzeczywistości, egocentryzmu, a także większą podatnością na wpływy i „przylepnością” [52]. Podwyższone wyniki w skali Odchyłeń Psychopatycznych wskazują na większe trudności badanych pacjentów w funkcjonowaniu w relacjach interpersonalnych, zarówno rodzinnych, jak i zawodowych, a także na skłonność do mniej konwencjonalnych zachowań i na większą impulsywność w porównaniu z osobami zdrowymi. Analiza wyników w skali Paranoi każe uwzględnić w procesie diagnostyki i leczenia większą nieufność i tendencję do chowania urazy oraz nadmierną, nieadekwatną ostrożność i przewrażliwienie pacjentów, zaś wysokie wyniki w skali Psychastenii przemawiają za znacząco większym w grupie pacjentów rozpoczynających leczenie poziomem lęku, napięcia, zmęczenia, wyczerpania, a także tendencją do bezsensowności czy poczucia winy. Biorąc pod uwagę wyniki w skali Schizofrenii, można wnioskować o ograniczeniu zainteresowania innymi osobami oraz towarzyszącym w sytuacjach społecznych poczuciu nieprzystosowania i niepewności u większości pacjentów w badanej grupie, zaś wyniki w skali Introwersji Społecznej przemawiają za tendencją do nieśmiałości, bojaźliwości oraz introwertywnych zachowań pacjentów w porównaniu z osobami zdrowymi [52].

Wyniki w skali Manii większości pacjentów rozpoczynających leczenie odpowiadały wynikom typowym dla osób zdrowych, w związku z czym nie podlegają interpretacji. Również średni wynik tenowy w skali Męskość/Kobiecość w badanej grupie okazał się podobny do wyniku typowego dla populacji osób zdrowych (nie wskazuje ani na tendencje do funkcjonowania w ramach tradycyjnych zachowań męskich/kobiecych, ani na istotny konflikt w zakresie seksualności). Interpretację tej skali zmieniła nieco analiza z podziałem grupy ze względu na płeć (tab. 5 i 6).

Przeprowadzona analiza statystyczna wyników uzyskanych przez pacjentów na początku leczenia w porównaniu z wynikami uzyskanymi przez tych pacjentów na końcu leczenia wykazała istotne różnice statystyczne we wszystkich ośmiu analizowanych skalach klinicznych, które na początku znajdowały się na poziomie patologii (umiarkowanej lub znacznej). W przypadku dwóch skal, w których na początku leczenia wartość średnia wyników tenowych znajdowała się w obszarze wyników wysokich (wskazujących na poziom znacznej patologii), a mianowicie Depresji i Psychastenii, wartość średnia z pomiarów przeprowadzonych na końcu leczenia obniżyła się do poziomu umiarkowanego, co przemawia za istotną zmianą nie tylko statystyczną (kolejno: $t = 5,35$, $p < 0,01$; $t = 5,82$, $p < 0,01$), ale także kliniczną (tab. 3). Istotna klinicznie zmiana odnotowana została także w skali Hipochondrii i Introwersji Społecznej, gdzie wartości średnie wyników z poziomu umiarkowanego na początku leczenia obniżyły się do poziomu typowego dla populacji osób zdrowych (kolejno $t = 3,5$, $p < 0,01$; $t = 5,49$, $p < 0,01$). W pozostałych czterech skalach (Histeria, Odchylenia Psychopatyczne, Paranoja, Schizofrenia) istotna statystycznie różnica ($t = 4,47$, $p < 0,01$; $t = 2,01$, $p < 0,05$; $t = 2,74$, $p < 0,01$; $t = 3,52$, $p < 0,01$) pomiędzy wartościami średnimi wyników pacjentów na początku i na końcu leczenia zmanifestowała się zmniejszeniem poziomu wyników tenowych w zakresie wyników umiarkowanych, wskazując jednoznacznie na zbliżanie się profilu osób leczonych do profilu osób z populacji ogólnej i korzystne zmiany w funkcjonowaniu osobowości we wszystkich analizowanych wymiarach.

Istotna statystycznie różnica w skali Manii ($t = -2,95$, $p < 0,01$) nie przełożyła się na zmianę w kontekście klinicznym – niewielki wzrost wartości średnich wyników tenowych po leczeniu związany mógł być ze wzrostem poziomu aktywności i większego pobudzenia do działania pacjentów, nie przesunął się jednak do poziomu patologii i pozostał na korzystnym, niskim poziomie, charakterystycznym dla populacji osób zdrowych. Istotnej zmiany nie uległ także wynik w skali Męskość/Kobiecość, co wskazuje, że w grupie badanych osób nie zmienił się znacząco w wyniku psychoterapii sposób przeżywania siebie w kontekście męskości/kobiecości.

Analiza wyników z podziałem na płeć (tab. 5 i 6) potwierdziła w większości wyniki uzyskane dla całej grupy: najwyższe średnie wyniki przed terapią zarówno w grupie kobiet, jak i w grupie mężczyzn dotyczyły skali Depresji i Psychastenii, a najniższe skali Manii (poziom przed i po leczeniu podobny do poziomu w populacji osób zdrowych). Nie odnotowano także istotnej różnicy pomiędzy grupami w zakresie zmian zachodzących w wyniku leczenia w siedmiu analizowanych skalach – wyjątek stanowią skala Odchyień Psychopatycznych (brak istotności statystycznej dotyczącej różnic pomiędzy wynikiem początkowym i końcowym w grupie kobiet i mężczyzn) oraz skala Manii (brak istotności statystycznej w grupie mężczyzn), mimo zmiany w zakresie wyników tenowych analogicznej do zmiany zaobserwowanej w całej grupie. Brak istotności statystycznej związany może być z mniejszą liczebnością analizowanych grup, przy istotności statystycznej w odniesieniu do całej grupy. Z tego też powodu, jak i ze względu na dużą różnicę w liczebności pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn (typową dla populacji pacjentów leczonych na dziennych ośrodkach psychoterapii zaburzeń nerwicowych i osobowości), ograniczono się jedynie do powyższego porównania

uzyskanych wyników, rezygnując z porównań statystycznych pomiędzy różnicami w uzyskanych wartościach średnich wyników w pomiarach przed/po z zastosowaniem testu ANOVA.

Na uwagę zasługuje natomiast fakt, iż pojawiła się różnica w skali Męskość/Kobiecość w grupie mężczyzn i kobiet w porównaniu z wynikiem uzyskanym dla całej grupy. Podział na grupy pod względem płci wskazuje na niskie wyniki w skali Męskość/Kobiecość w grupie kobiet, sugerujące częstsze funkcjonowanie pacjentek w tradycyjnych rolach kobiecych, zaś pacjentów – zaznaczające się funkcjonowanie w opozycji do tradycyjnych ról męskich, z częstszym odrzuceniem stereotypowych męskich zachowań (choć wciąż w obszarze niepodlegającym interpretacji). Tendencja ta utrzymała się w obu grupach po zakończeniu leczenia.

Tabela 5. Wyniki uzyskane w skalach klinicznych – grupa mężczyzn

SKALA KLINICZNA	ŚREDNIA P	ŚREDNIA K	SD P	SD K	RÓŻNICA	t/z	p
Hs	60	55	10,3	10,1	5	1,70	< 0,01
D	65	56	13,1	11,7	9	2,37	< 0,05
Hy	64	60	10,4	10,1	4	3,18	< 0,01
Pd	62	59	8,8	9,2	3	1,85	0,06*
Pa	59	55	9,4	8,9	4	1,83	< 0,05
Pt	68	58	9,2	10,4	10	4,04	< 0,01
Sc	62	58	9,6	9,8	4	2,15	< 0,05
Ma	51	54	11,4	10,2	5	-1,80	0,08
Si	59	53	11,9	11,4	6	2,93	< 0,01
MF	61	59	13,1	12,5	2	0,83	0,41

Poziom istotności $p < 0,05$; P/K – wyniki z pomiarów przeprowadzonych na początku (P) i po ukończeniu (K) leczenia; * test nieparametryczny Wilcozona

Tabela 6. Wyniki uzyskane w skalach klinicznych – grupa kobiet

SKALA KLINICZNA	ŚREDNIA P	ŚREDNIA K	SD P	SD K	RÓŻNICA	t/z	p
Hs	59	54	9,6	9,6	5	4,40	< 0,01
D	64	58	9,3	11,9	6	5,27	< 0,01
Hy	64	59	10,5	9,8	5	3,48	< 0,01
Pd	60	58	10,0	9,9	2	1,39	0,16
Pa	57	54	8,0	8,0	3	2,07	< 0,05
Pt	64	59	8,0	9,4	5	4,45	< 0,01
Sc	60	56	9,1	11,1	4	2,80	< 0,01
Ma	50	53	9,7	10,8	3	-2,38	< 0,05

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Si	58	52	11,0	12,1	6	4,61	< 0,01
MF	44	45	9,7	9,7	1	-1,18	0,24

Poziom istotności $p < 0,05$; P/K – wyniki z pomiarów na początku (P) i po ukończeniu (K) leczenia

Analiza wielkości efektu zmian uzyskanych w wyniku psychoterapii w badanej grupie pacjentów (w odniesieniu do opisanych powyżej norm określonych przez Cohena) wskazuje na znaczną skuteczność zastosowanych oddziaływań terapeutycznych dla skal: Hipochondria, Depresja, Histeria, Psychastenia, Schizofrenia oraz Introwersja Społeczna, zaś skuteczność na poziomie umiarkowanym dla skali Odchylenia Psychopatyczne. Wielkości efektu dla skal klinicznych przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Wielkości efektu dla skal klinicznych

SKALA KLINICZNA	EFFECT SIZE – d Cohena
Hs	0,99
D	1,18
Hy	0,78
Pd	0,44
Pa	0,60
Pt	1,29
Sc	0,78
Ma	0,65
Si	1,22
Mf	0,10

Tabela 8. Liczba pacjentów osiągających wyniki w poszczególnych zakresach skal klinicznych – procentowe porównanie przed i po terapii

Nazwa skali klinicznej	P/K**	Wysokie (≥ 65)	Umiarkowane (55–64)	W+U*	Średnie i niskie (≤ 54)	P/K**	Łącznie
Hipochondria (Hs)	P	30,4%	41,4%	71,8%	28,2%	P	100%
	K	15,8%	29,4%	45,2%	54,8%	K	100%
Depresja (D)	P	52,4%	32,9%	85,3%	14,7%	P	100%
	K	36,0%	27,5%	63,5%	36,5%	K	100%
Histeria (Hy)	P	51,2%	30,4%	81,6%	18,4%	P	100%
	K	32,9%	34,2%	67,1%	32,9%	K	100%
Odchylenie Psychopat. (Pd)	P	45,1%	29,2%	74,3%	25,7%	P	100%
	K	29,2%	37,9%	67,1%	32,9%	K	100%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Paranoja (Pa)	P	20,7%	35,3%	56,0%	44,0%	P	100%
	K	11,0%	30,5%	41,5%	58,5%	K	100%
Psychastenia (Pt)	P	53,6%	36,5%	90,1%	9,9%	P	100%
	K	28,0%	42,8%	70,8%	29,2%	K	100%
Schizofrenia (Sc)	P	36,5%	35,3%	71,8%	28,2%	P	100%
	K	23,2%	32,9%	56,1%	43,9%	K	100%
Hipomania (Ma)	P	10,9%	20,7%	31,6%	68,4%	P	100%
	K	14,6%	25,6%	40,2%	59,8%	K	100%
Introwersja Społeczna (Si)	P	31,7%	29,2%	60,9%	39,1%	P	100%
	K	19,5%	23,5%	43,0%	57,0%	K	100%

* Wyniki wysokie i umiarkowane: procent osób w grupie badanej, u których zmierzony na początku leczenia poziom wartości skal klinicznych mieścił się w zakresie wskazującym na zaburzenia funkcjonowania osobowości. ** Wartości procentowe charakteryzujące dane z pomiarów przeprowadzonych na początku terapii (P) oraz na końcu leczenia (K).

Analiza istotności klinicznej uzyskanych zmian wskazuje (tab. 8), że w badanej grupie po zakończeniu leczenia większość pacjentów uzyskała wyniki charakterystyczne dla wyników osób zdrowych w zakresie Hipochondrii (wzrost do 54,8% pacjentów uzyskujących wyniki analogiczne do wyników zdrowych z 28,2% pacjentów na początku leczenia), Paranoi (do 58,5% z 44%) oraz w zakresie Introwersji Społecznej (do 57% z 39,1%). Znacząca liczba pacjentów przesunęła się także z obszaru wyników wskazujących na patologię do obszaru zdrowia w skalach: Depresji (36,5% pacjentów w obszarze zdrowia na końcu leczenia z 14,7% na początku leczenia), Histerii (32,9% z początkowych 18,4%), Odchyłeń Psychopatycznych (32,9% z 25,7%) i Psychastenii (29,2% pacjentów kończących leczenie w obszarze zdrowia z 9,9% pacjentów na początku leczenia). Jednocześnie odnotowano zmniejszenie liczby pacjentów osiągających wyniki na poziomie wysokim w 8 analizowanych skalach klinicznych: Hipochondria: z 30,4% do 15,8%, Depresja: z 52,4% do 36%, Histeria: z 51,2% do 32,9%, Odchylenia Psychopatyczne: z 45,1% do 29,2%, Paranoja: z 20,7% do 11%, Psychastenia: z 53,6% do 28%; Schizofrenia: z 36,5% do 23,2%, Introwersja Społeczna: z 31,7% do 19,5%. Obliczone poziomy wielkości efektu mieszczą się w zakresie wyników wysokich i pozwalają wysunąć hipotezę o dużej skuteczności zastosowanej terapii [28].

Dyskusja

Wyniki niniejszego badania potwierdzają wnioski płynące z nielicznych w literaturze światowej doniesień dotyczących zmian zachodzących w funkcjonowaniu osobowości u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych intensywną, krótkoterminową psychoterapią kompleksową (grupową z elementami indywidualnej). Wnoszą nowatorski wkład w badania skuteczności

psychoterapii, podejmując wyzwanie, w obliczu którego stają współcześni badacze procesu psychoterapii, a mianowicie odniesienia się nie tylko do istotności statystycznej uzyskiwanych w procesie leczenia zmian, lecz także istotności klinicznej wyników, porównując je do norm charakterystycznych dla populacji osób zdrowych. Ma to znaczenie zarówno z perspektywy naukowej, jak i klinicznej, w której pojawia się pytanie o jakość i kierunek zachodzących zmian.

W badaniu, które przeprowadzili Berghout i Zelvalkink [61] w grupie 231 pacjentów, z których 73% stanowiły kobiety, leczonych w kilku ośrodkach długoterminową psychoterapią psychoanalityczną głównie z powodu zaburzeń osobowości, zaburzeń nerwicowych i depresyjnych, wykazano – w pomiarach przed i po terapii – istotną zmianę w zakresie skal MMPI: Depresji, Histerii, Odchyleń Psychopatycznych i Introwersji Społecznej. Uzyskane efekty wskazywały na istotną poprawę kliniczną i przybliżenie funkcjonowania pacjentów do charakterystycznego dla populacji osób zdrowych. Ich wyniki [61] są zbliżone do uzyskanych w niniejszym badaniu, jednocześnie pozwalają na porównanie, z którego wynika, iż zakres zmian obserwowanych u analizowanych przez nas pacjentów dotyczy szerszego zakresu skal oraz możliwy jest do osiągnięcia również w wyniku zastosowania intensywniej, krótkoterminowej terapii. W badaniu tym [61] nie uwzględniono wyników skali Męskość/Kobiecość w związku z doniesieniami z wcześniejszych badań, z których wynikało, iż nie jest to skala diagnostyczna dla psychopatologii oraz że w jej zakresie nie obserwuje się większych zmian w wyniku oddziaływań psychoterapeutycznych, co potwierdziły również wyniki niniejszego badania. Istotny z punktu widzenia klinicznego jest także fakt, że zmiany w zakresie wymienionych skal MMPI-2, które wykazali Berghout i Zelvalkink, okazały się stabilne w czasie, co potwierdziło badanie follow-up wykonane po dwóch latach od zakończenia terapii. Obserwacja ta stanowi ważną przesłankę uzasadniającą przeprowadzenie planowanych przez nas badań katamnesticznych w odmiennej klinicznie grupie pacjentów.

Z kolei badanie Vlastelica i wsp. [62] wykazało, że istotne statystycznie i klinicznie zmiany w zakresie osobowości mierzone przy użyciu kwestionariusza MMPI-2 u pacjentów z zaburzeniami lękowymi i zaburzeniami osobowości wystąpiły w wyniku leczenia długoterminową psychoterapią psychoanalityczną dopiero po czterech latach leczenia – po dwóch latach zmiany te zaznaczały się w pozytywnym kierunku, lecz z niewielką siłą (nieistotną statystycznie), zwłaszcza w zakresie Depresji, Histerii, Odchyleń Psychopatycznych i Paranoi. Wyniki naszego badania pokazują, iż zastosowanie intensywniej psychodynamicznej psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej może przyczyniać się do intensywniejszej i szybszej poprawy w zakresie funkcjonowania osobowości w porównaniu z wynikami badań pacjentów leczonych długoterminową, indywidualną psychoterapią psychoanalityczną (zwłaszcza w settingu obejmującym jedno spotkanie tygodniowo).

Uzyskane w naszym badaniu wyniki uzupełniają wcześniejsze obserwacje badaczy skuteczności intensywniej psychoterapii psychodynamicznej, m.in. Sobańskiego i wsp. [63], Mielimaki i wsp. [60] oraz Styły i wsp. [4], którzy wykazali, że u znaczącej większości pacjentów występuje poprawa nie tylko w zakresie poziomu objawów nerwicowych, ale także znacząco zmniejsza się nasilenie cech osobowości nerwicowej.

W badaniu uwzględniono bowiem dotychczas w Polsce niebadane obszary osobowości w związku z zastosowaniem nowego w badaniach skuteczności psychoterapii narzędzia – MMPI-2.

Najważniejszym wnioskiem z niniejszej pracy jest potwierdzenie uzyskiwania korzystnych zmian w funkcjonowaniu osobowości w wyniku oddziaływania krótkoterminową, intensywną psychoterapią psychodynamiczną u pacjentów, u których początkowe wyniki znajdują się w obszarze objętym psychopatologią na poziomie umiarkowanym, a nawet wysokim w zakresie większości skal klinicznych MMPI-2. Korzystne zmiany uwidocznione zostały zarówno z perspektywy istotności statystycznej, jak i klinicznej, co znajduje także potwierdzenie w obliczonych dla skal klinicznych wartościach wielkości efektu (0,44–1,29; z wyjątkiem skali Męskość/Kobiecość). Jest to szczególnie ważne, uwzględniając fakt, iż badania test/re-test wykonywane zarówno w populacji osób zdrowych [54], jak i nieleczonych chorych [64] pozostają stabilne w czasie. Uzyskane korzystne zmiany dotyczą wszystkich analizowanych obszarów osobowości, z wyjątkiem skali Manii, w której jednak wyjściowo wyniki większości pacjentów rozpoczynających leczenie znajdowały się w zakresie charakterystycznym dla osób zdrowych. Istotnej zmiany nie stwierdzono również w skali Męskość/Kobiecość, co jest zgodne z wynikami wcześniejszych obserwacji [62] i stanowi przesłankę pozwalającą sądzić, iż zastosowana wobec pacjentów w badanej grupie psychoterapia nie wpływa istotnie na funkcjonowanie w roli związanej z płcią. Ciekawą i wymagającą dalszej uwagi badawczej jest obserwacja, że – uwzględniając podział ze względu na płeć – kobiety funkcjonowały w sposób znacznie bliższy tradycyjnej roli kobiecej niż mężczyźni – tradycyjnej roli męskiej.

Niniejsze badanie stanowi wstęp do dalszych dociekań dotyczących zmian zachodzących w funkcjonowaniu osobowości pacjentów. Wyniki w zakresie analizowanych skal MMPI-2 zostały odniesione do wartości charakterystycznych dla populacji osób zdrowych, która stanowiła grupę porównawczą, zgodnie z wynikami badań Pracowni Testów Psychologicznych [52]. Jednocześnie, dokonując interpretacji uzyskanych zmian, odniesiono się do danych z literatury potwierdzających stabilność wyników MMPI-2 w czasie w pomiarach test/re-test [65]. Jednakże niewątpliwie korzystna byłaby możliwość porównania uzyskanych rezultatów z wynikami osób z grupy kontrolnej lub wynikami pacjentów leczonych w innym rodzaju/formie terapii. Takie próby planowane są w przyszłości, w dalszej fazie niniejszych badań. Dokonując uogólnienia uzyskanych wyników na szerszą populację pacjentów, warto również pamiętać, że większość osób w badanej grupie stanowiły kobiety w wieku poniżej czterdziestego roku życia. Należy również wziąć pod uwagę fakt, iż w badanej grupie znajdowała się znaczna liczba osób, u których na etapie kwalifikacji rozpoznano zaburzenia lękowe F43 (17 osób) oraz mieszane zaburzenia osobowości F61 (12 osób), co stanowiło aż 35% wszystkich rozpoznań. Niewielka liczba osób z rozpoznaniem specyficznych zaburzeń osobowości (60.1–F60.7) znacznie ogranicza możliwość odniesienia uzyskanych wyników do populacji z tej grupy. Niewątpliwie także zasadne jest pytanie o trwałość w czasie obserwowanych w toku terapii zmian – stąd planowane jest przeprowadzenie badania follow-up.

Mimo wspomnianych ograniczeń wyniki niniejszego badania wskazują, że w toku intensywnej, krótkoterminowej psychoterapii grupowej z elementami terapii indywidualnej dochodzi u większości leczonych pacjentów do istotnych korzystnych zmian w funkcjonowaniu osobowości. W dalszych badaniach, oprócz wspomnianego już włączenia grupy kontrolnej, przeprowadzenia badań follow-up i poszerzenia analiz o kolejne skale kwestionariusza, warto dokonać także porównania wyników uzyskanych przy użyciu MMPI-2 z wynikami uzyskanymi w innych narzędziach badawczych (KO„O”, KON-2006, STAI), porównania z wynikami badań uzyskanymi w innych ośrodkach oraz analizy niekorzystnych przebiegów procesu leczenia.

Wnioski

1. U większości pacjentów zakwalifikowanych do terapii z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości uzyskane w pomiarze na początku terapii wyniki w pięciu skalach klinicznych MMPI-2 (Depresja, Histeria, Odchylenia Psychopatyczne, Psychastenia, Schizofrenia) wskazują na znaczną patologię, a w zakresie Hipochondrii na patologię umiarkowaną zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet.
2. W skali Manii większość pacjentów rozpoczynających leczenie uzyskała wyniki podobne do uzyskiwanych w populacji osób zdrowych.
3. W wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u większości pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości obserwuje się korzystną zmianę w funkcjonowaniu osobowości.
4. Średnie nasilenie zaburzeń osobowości ulega zmniejszeniu we wszystkich skalach wskazujących na patologię na początku leczenia, a w niektórych średni poziom obserwowany w pomiarze na końcu leczenia obniża się do poziomu typowego dla populacji osób zdrowych.
5. Wyniki w skali Męskość/Kobiecość obliczone dla całej grupy badanej znajdowały się na etapie kwalifikacji do leczenia na poziomie niepodlegającym interpretacji; wyniki uzyskane w podgrupach wyodrębnionych ze względu na płeć stanowią przesłankę do przyjęcia hipotezy, że pacjentki częściej funkcjonują w tradycyjnych rolach kobiecych, a pacjenci – w opozycji do tradycyjnych ról męskich (choć wciąż w obszarze wyników niepodlegającym zdecydowanej interpretacji) zarówno przed, jak i po leczeniu.

Zgodę na udział w badaniu wyrazili wszyscy uczestnicy. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej UJ CM nr KBET/26/B/2013. Badanie zrealizowano w ramach grantu UJ CM nr K/DSC/002111.

Piśmiennictwo

1. Rutkowski K, Dembińska E. *Badania i leczenie nerwic wojennych w Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie przed II wojną światową na tle psychiatrii europejskiej*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(2): 383–393.
2. Snyder WU. *Clinical methods: Psychotherapy*. Ann. Rev. Psychol. 1950; 1: 221–234.
3. Sobański JA. *Krótką refleksja nad badaniami w dziedzinie psychoterapii. Tendencje i perspektywy dalszego rozwoju*. Psychoterapia 1998; 105(2): 13–27.
4. 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.
5. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak J, Trzcieniecka A, Zgud J. *Skuteczność niektórych form i metod psychoterapii nerwic*. Psychoterapia 1986; 58: 6–16.
6. Aleksandrowicz JW, Czabała JC. *Skuteczność psychoterapii – metody i badania*. Psychiatr. Pol. 1979; 13(4): 391–396.
7. Aleksandrowicz JW, Kowalczyk E. *Ocena skuteczności terapii nerwic*. Psychoterapia 1984; 51 :15–27.
8. Wampold BE. *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001.
9. Eysenck HJ. *The effects of psychotherapy: An evaluation*. J. Consult. Psychology 1952; 16: 319–324.
10. Perry JC, Banon E, Lanni F. *Effectiveness of psychotherapy for personality disorders*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 1312–1321.
11. Leichsenring F, Leibing E. *The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis*. Am. J. Psychiatry 2003; 160: 1223–1232.
12. Kusters M, Burlingame GM, Nachtigall C, Strauss B. *A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy*. Group Dynamics 2006; 10: 146–163.
13. Goldfried MR, Davila J. *The role of relationship and technique in therapeutic change*. Psychother. Theory Res. Pract. Train. 2005; 42: 421–430.
14. Research on Psychotherapeutic Approaches: Proceedings of the 1st European Conference on Psychotherapy Research, Trier 1981, Vol. II
15. Aleksandrowicz JW. *Znaczenie milczenia w psychoterapii – Zagadnienia psychoterapii*. Psychiatr. Pol. 1969; 3(2): 187–192.
16. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak J, Trzcieniecka A, Zgud J. *Skuteczność niektórych form i metod psychoterapii nerwic*. Psychoterapia 1986; 58: 5–15.
17. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. *Zastosowanie testu 16 PF R.B. Cattella w ocenie leczenia nerwic*. Psychoterapia 1985; 52: 47–60.
18. Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. *The dose-response relationship in psychotherapy*. Am. Psychol. 1986; 41: 159–164.
19. Mahoney MJ. *Discussion: behavior therapy. Some critical comments*. Proc. Annu. Meet. Am. Psychopathol. Assoc. 1976; 64: 127–131.
20. Tingey R, Lambert M, Burlingame G, Hansen N. *Clinically significant change: practical indicators for psychotherapeutic outcome: measuring reliable clinical change*. Psychother. Res. 1996; 6(2): 144–153.

21. Dornaar M, Dijkman CI, deVries MW. *Psychotherapeutic outcome: measuring reliable clinical change*. Psychother. Psychosom. 1988; 50(2): 95–101.
22. Clark A, Friedman MJ. *Nine standardized scales for evaluating treatment outcome in a mental health clinic*. J. Clin. Psychol. 1983; 39(6): 939–950.
23. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. *CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2005.
24. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicznej KON-2006*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006.
25. Ježková V, Matulová P. *Pilot study of KON-2006 in the Czech Republic*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2010; 12(3): 57–61.
26. Aleksandrowicz JW, Rutkowski K, Sobański JA, Trąbczyński P. *Personality traits in neurotic disorders*. Eur. Psychiatry 2012; 27(supl. 1): 1.
27. Jacobson NS, Truax P. *Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research*. J. Consult. Clin. Psychol. 1991; 59(1): 12–19.
28. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Second edition. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
29. Smith ML, Glass GV, Miller TI. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1980.
30. Sobański JA, Klasa K. *Pretherapy symptom level changes*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2006; 8(3): 23–36.
31. Shedler J. *The efficacy of psychodynamic psychotherapy*. Am. Psychol. 2010; 65(2): 98–109.
32. Lipsey MW, Wilson DB. *The efficacy of psychological educational, and behavioral treatment: Confirmation from metaanalysis*. Am. Psychol. 1993; 48: 1181–1209.
33. Robinson LA, Berman JS, Neimeyer RA. *Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research*. Psychol. Bull. 1990; 108: 30–49.
34. Abbass A, Kisely S, Kroenke K. *Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials*. Psychother. Psychosom. 2009; 78: 265–274.
35. Messer SB, Abbass AA. *Evidence-based psychodynamic therapy with personality disorders*. W: Magnavita JJ. red. *Evidence-based treatment of personality dysfunction: Principles, methods and processes*. Washington, DC: American Psychological Association Press; 2010. s. 79–111.
36. de Maat S, Dekker J, Schoevers R, de Jonghe, F. *Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis*. Psychother. Res. 2006; 16: 562–572.
37. Abbass AA, Hancock, JT, Henderson J, Kisely S. *Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006; 4: CD004687.
38. Thomson A, Page L. *Psychotherapies for hypochondriasis*. Editorial Group: Cochrane Depression, 2009; 3: CD006520.
39. Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. *Psychological therapies for people with borderline personality disorder*. Editorial Group: Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group 2013; 2: CD005652.
40. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. *Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy*. N. Engl. J. Med. 2008; 358: 252–260.
41. Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. *Active placebos versus antidepressants for depression*. Cochrane Database Syst. Rev. 2004; 1: CD003012.
42. Lambert MJ. *Psychotherapy research and its achievements*. W: Norcross JC, VandenBos GR, Freedheim DK. red. *History of psychotherapy*. Second edition. Washington, DC: American Psychological Association; 2011.

43. Cyranka K, Mielimąka M. *The use of psychometric tools in the assessment of changes in the process of therapy*. Dynamische Psychiatrie (w druku).
44. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997.
45. Aleksandrowicz J, Rutkowski K, Cyranka K. *Some methodological problems of the reliable assessment of the changes in the therapy*. Dynamische Psychiatrie (w druku).
46. Bair D. *Jung. Biografia*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009.
47. Luborsky L. *The symptom-context method. Symptoms as opportunities in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association; 1996.
48. Leder S. *Psychoterapia, psychiatria społeczna. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Biblioteka KRW; 2000.
49. Mielimąka M, Cyranka K. *The use of medical tools in the assessment of changes in the process of therapy*. Dynamische Psychiatrie (w druku).
50. Zevalkink J, Berghout C. *Mental health characteristics of patients assigned to long-term ambulatory psychoanalytic psychotherapy and psychoanalysis in the Netherlands*. Psychother. Res. 2008; 18(3): 316–325.
51. Siuta J. *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja polska. Podrecznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2006.
52. Butcher JN, Graham JR, Ben-Porath YS, Tellegen A, Dahlstrom WG. Wersja Polska: Brzezińska U, Koć-Januchta M, Stańczak J. *Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości®-2 – MMPI®-2*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2012.
53. Chisholm SM, Crowther JH, Ben-Porath YS. *Selected MMPI-2 scales' ability to predict premature termination and outcome from psychotherapy*. J. Pers. Assess. 1997; 69(1): 127–144.
54. Koss M. *A multivariate analysis of long-term stay in private practice psychotherapy*. J. Clin. Psychol. 1980; 36(4): 991–994.
55. Baer RA, Miller J. *Underreporting of psychopathology on the MMPI-2: a meta-analytic review*. Psychol. Assess. 2002; 14(1): 16–26.
56. Puzyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN; 2000.
57. 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.
58. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; (28)6: 667–676.
59. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(4): 421–430.
60. 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.
61. Berghout CC, Zevalkink J. *Clinical significance of long-term psychoanalytic treatment*. Bull. Menninger Clin. 2009; (7)1: 7–33.
62. Vlastelica M, Jurcevi S, Zemuni T. *Changes of defense mechanisms and personality profile during group analytic treatment*. Coll. Antropol. 2005; 2: 551–558.
63. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Mielimąka M, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestiona-*

- riusza Osobowości Nerwicowej KON-2006*. Psychiatr. Pol. 2014 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/6].
64. Gordon RM. *MMPI/MMPI-2 changes in long-term psychoanalytic psychotherapy*. Issues Psychoanal. Psychol. 2001; 23(1–2): 59–79.

Adres: Katarzyna Cyranka
Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 17.10.2014
Zrecenzowano: 29.12.2014
Otrzymano po poprawie: 31.12.2014
Przyjęto do druku: 12.02.2015:

Projekt współfinansowany ze środków
Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego
2012-2017

Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych krótkoterminową kompleksową psychoterapią psychodynamiczną

Changes in ego strength in patients with neurotic and personality disorders treated with a short-term comprehensive psychodynamic psychotherapy

Katarzyna Cyranka¹, Krzysztof Rutkowski¹, Michał Mielimaka¹,
Jerzy A. Sobański¹, Katarzyna Klasa², Łukasz Müldner-Nieckowski¹,
Edyta Dembińska¹, Bogna Smiatek-Mazgaj¹, Paweł Rodziński¹

¹ Katedra Psychoterapii CM UJ
p.o. Kierownika: dr hab. n. med. K. Rutkowski, prof. UJ
² Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
Kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski, prof. UJ

Summary

Aim. Analysis of changes in ego strength in the course of group psychotherapy in patients treated with neurotic and selected personality disorders (F40-F61, ICD-10).

Methods. 82 patients (61 women and 21 men) participated in the study. They underwent intensive short-term group psychotherapy treatment in a day hospital for neurotic and behavioural disorders. The assessment of the patients' personality functioning was carried out at the onset and the end of the psychotherapy. The assessment was reported as a value on the ego strength scale by means of the MMPI-2 questionnaire.

Results. The comparative analysis with the use of the t-Student test for related measurements, which was carried out for the measurement of ego strength values at the onset and the end of the therapy, demonstrated a statistically significant positive change both for the entire examined group and the groups which considered the gender and diagnosis distribution.

Zgodę na udział w badaniu wyrazili wszyscy uczestnicy. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej UJ CM nr KBET/26/B/2013. Badanie zrealizowano w ramach grantu UJ CM nr K/DSC/002111.

Conclusions. Short-term intensive comprehensive group psychotherapy with elements of individual psychotherapy results in obtaining the desired changes in the personality functioning manifested through the increase in ego strength.

Słowa kluczowe: psychoterapia, MMPI-2, siła ego

Key words: psychotherapy, MMPI-2, ego strength

Wstęp

Siła ego jest kluczowa dla poczucia tożsamości, przeżywania własnej sprawczości, spójności doświadczeń i poglądów, rozumienia otaczającej rzeczywistości i zajmowanego w niej miejsca. W znacznym stopniu kształtuje sposób funkcjonowania jednostki w różnych rolach społecznych [1].

W psychoterapii pojęcie siły ego jest definiowane jako zdolność do utrzymywania własnej stabilności psychicznej i tożsamości, niezależnie od doświadczanego dyskomfortu, cierpienia, konfliktów między wewnętrznymi potrzebami a wymaganiami z zewnątrz [2]. Owa zdolność do podtrzymania stałości ego, oparta o względnie stały zestaw cech osobowości, przekłada się na zdrowie psychiczne [3]. Do cech tych zaliczyć można umiejętność radzenia sobie z codziennymi stresorami, rozczarowaniami, poczuciem winy i zawstydzeniem, zdolność do przechodzenia przez proces żałoby po stracie, umiejętność reagowania współczuciem i empatią, adekwatne radzenie sobie ze złością, nienawiścią, agresywnością, zdolność do przyjmowania gratyfikacji, ale również odraczania otrzymania nagrody i znoszenia frustracji, możliwość uczenia się, elastycznego przystosowywania się do nowych ról życiowych i warunków społecznych, witalność i zdolność do realizowania różnorodnych zadań życiowych, możliwość czerpania satysfakcji, umiejętność współpracy, wyciągania wniosków, łączenia faktów, przewidywania konsekwencji działań, otwartość na doświadczenia, zdolność do budowania trwałych i satysfakcjonujących relacji [4].

Początki poszukiwania istoty ego (w szerokim rozumieniu: własnej tożsamości) odnajduje się już w starożytności [5]. Sokrates, stawiając szereg pytań, zmierzał w stronę uświadomienia rozmówcy złożoności jego własnej natury. Również Platon w swej koncepcji konfrontował się z pytaniami o naturę „ja”. W toku rozwoju poglądów dotyczących istoty „ja” ważną rolę odgrywa natywizm i empiryzm [6]. Niezaprzeczalny jest wkład Freuda w rozwój pojęcia ego. Choć w zestawieniu z id (das Es, „to”) i superego (das Über-Ich, „nad-ja”), termin „ja” (das Ich) został szerzej opisany przez niego dopiero w latach 20. XX wieku, był stosowany już w pierwszych publikacjach psychoanalitycznych. Warto podkreślić, że samego sformułowania „ego” Freud używał niezwykle rzadko. Jego własnym terminem było „Ich”, psychoanaliza zaś kształtowała się w wyniku reakcji na XIX-wieczną psychologię ego, w której równorzędnie używano takich terminów jak „I”, „me” oraz „self” [6].

W pracy zatytułowanej „Projekt naukowej psychologii” (1895) pojęcie „ja” zostało opisane przez Freuda jako grupa neuronów będących w stanie stałego pobudzenia przez następujące po sobie przyjemność i ból. Kluczowe dwie funkcje „ja” to łagodzenie impulsów prowadzących do bezpośredniego działania oraz tych prowadzących do rozwinięcia się skrajnego lęku. Te zadania mogą być jednym słowem określone jako

hamowanie procesu pierwotnego [7]. Znaczący jest fakt, iż w 1923 r. Freud uznał, że ego organizuje procesy poznawcze na poziomie świadomym oraz reguluje całokształt wewnętrznych i zewnętrznych oddziaływań na osobowość. Niedługo potem, w roku 1931, Nunberg odniósł się do syntetycznej funkcji ego [8].

Ego w modelu psychoanalitycznym to podstawowa struktura, obok Superego oraz Id. Konstytuuje się, ponieważ zaspokojenie potrzeb organizmu wymaga działań w świecie rzeczywistym (obiektywnym) poprzez przekształcanie wyobrażeń w spostrzeżenia. Jest podporządkowane zasadzie rzeczywistości, działa za pośrednictwem procesu wtórnego, sprawuje kontrolę nad funkcjami poznawczymi i intelektualnymi [9]. W powojennych tłumaczeniach dzieł Freuda przyjęta została terminologia zaczerpnięta z przekładu angielskiego. Wynikało to między innymi z faktu, że po II wojnie światowej psychoanaliza została ponownie wprowadzona do krajów europejskich przez emigrantów przebywających na terenie Stanów Zjednoczonych. Nie bez znaczenia był również fakt, że do USA i Anglii wyemigrowała większość niemieckojęzycznych psychoanalityków pochodzenia żydowskiego. Stąd także w kilku przetłumaczonych wówczas na język polski pracach oryginalny termin „das Ich” był tłumaczony zgodnie z konwencją angielską jako „ego” [9].

Melanie Klein [10] uważała, że ego istnieje od momentu narodzin człowieka i już od samego początku jest zdolne do działania. Przykładem tego jest poszukiwanie pierwotnego obiektu – piersi. Jacques Lacan [11] umieszczał moment rozwoju „ja” w fazie lustra – etapie rozwoju, w którym następuje utożsamienie pierwotnie niezintegrowanego zespołu części z idealnym obrazem, jakie dziecko widzi w lustrze. Stąd w koncepcji Lacana wszelkie przekonania osoby na własny temat są tylko złudzeniem. Faza lustra jest momentem fundacji rejestru wyobrazeniowego. W analizie transakcyjnej natomiast odpowiednikiem ego jest komponent dorosłego [12].

Jane Loevinger sugeruje, że istnieją cztery sposoby rozumienia rozwoju ego. Pierwszy z nich „sytytuje rozwój na etapie, w którym ego wchodzi w egzystencję” [13]. W takim rozumieniu nie można ściśle rozgraniczyć rozwoju ego od rozwoju psychoseksualnego lub intelektualnego. Znaczenie drugie odnosi rozwój ego do całego rozwoju wewnątrz sfery wolnej od konfliktu [14]. Trzecie pojawia się wraz z koncepcją ego jako siedliska wielu funkcji [15]. Czwarty model, zastosowany przez Erika Eriksona, odnosi rozwój ego do rozwoju psychospołecznego [16].

W teorii Loevinger [17] do charakterologicznych własności rozwoju ego należą m.in. złożoność poznawcza, moralność, ingerencja, typ identyfikacji ja. Rozwój ego przebiega w poszczególnych etapach (stadiach rozwoju):

- a) stadium pierwsze – faza przedspołeczna i symbiotyczna (ja lub nie-ja),
- b) stadium drugie – impulsywne (strach przed karą, czucie cielesne, szczególnie seksualne i agresywne),
- c) stadium trzecie – samoochroniania (lęk przed ujawnieniem nagannych zachowań, kontrola),
- d) okres przejściowy (podległość i konformizm wobec norm społecznych, prostota pojęć, stereotypowość),
- e) stadium czwarte – konformistyczne (poszukiwanie akceptacji społecznej, poczucie winy wskutek złamania norm społecznych),

- f) okres przejściowy (świadomość związku z grupą, różnicowanie norm i celów, wielość pojęć),
- g) stadium piąte – sumienne (zróżnicowane uczucia, cele i motyw, szacunek do siebie, samokrytycyzm, własne standardy),
- h) okres przejścia (szacunek dla indywidualności, odróżnienie życia wewnętrznego od zewnętrznego, satysfakcja z relacji międzyludzkich),
- i) stadium szóste – autonomiczne (radzenie sobie z konfliktami wewnętrznymi, wysoka złożoność poznawcza, tolerancja wieloznaczności),
- j) stadium siódme – zintegrowane (satysfakcja i indywidualność, tożsamość, pojęcie własnej roli, samospełnienia, pogodzenie się z niemożliwością, ja w kontekście społecznym) [17].

W poprawnej konceptualizacji ego ważne jest rozróżnienie zarówno sfery rozwoju fizycznego, intelektualnego, jak i psychoseksualnego. Zdaniem Jeana Piageta [18] ego to przede wszystkim proces płynnego równoważenia się rozwoju poszczególnych sfer widzianych jako całość (holizm) i skierowanych na podtrzymanie celu i sensu działania jednostki (teleologizm). Spośród następców i współpracowników Freuda niewątpliwie na uwagę zasługuje Alfred Adler, który w rozwoju ego podkreślał znaczenie jedności i koherencji osobowości [19].

Wysoki poziom siły ego związany jest z poczuciem koherencji, a więc globalnej orientacji człowieka, wyrażającej stopień względnie trwałego poczucia pewności dotyczącego zrozumiałości, sensowności i zaradności. W diagnostyce psychiatrycznej wartość siły ego traktowana jest jako prognostyk skuteczności leczenia. Niska siła ego współwystępuje z nieadekwatnymi mechanizmami obronnymi, brakiem zdolności do radzenia sobie z frustracją, niskim poziomem pobudzenia. Siła ego znajdująca się na poziomie umiarkowanym dobrze rokuje w leczeniu psychoterapią, z drugiej jednak strony, jednym z kluczowych objawów przekładających się na funkcjonowanie pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości jest obniżony poziom siły ego i związane z tym nieprawidłowe, nieadaptacyjne mechanizmy obronne [20]. Pacjenci o bardzo słabej sile ego to często osoby o psychotycznej organizacji osobowości, nieradzące sobie z wysokim poziomem frustracji pojawiającym się w terapii wglądowej i mające trudności z nawiązaniem więzi terapeutycznej. W związku z tym w toku psychoterapii tych osób niezmiernie istotna jest ponadprzeciętna troska o utrzymanie sojuszu terapeutycznego oraz szczególna uważność na zjawiska w relacji terapeutycznej mogące doprowadzić do jego osłabienia.

Narzędziem umożliwiającym pomiar siły ego jest kwestionariusz MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), jeden z najczęściej używanych na świecie psychologicznych testów osobowości, zawierający skalę siły ego (SE). Została ona opracowana przez Barrona w 1953 roku [21] w celu przewidywania reakcji pacjentów neurotycznych na psychoterapię indywidualną. Skalę SE można traktować jako wskaźnik ogólnego przystosowania psychicznego (im wyższe wyniki tenowe w tej skali, tym lepsze przystosowanie psychologiczne i korzystniejsze rokowanie dla terapii). Trudno jednak oczekiwać, iż pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi czy osobowości będą mieli wyjściowo dużą siłę ego – u tych pacjentów występują deficyty związane z niewystarczająco rozwiniętym ego. Dlatego w procesie leczenia pacjentów z tymi zaburzeniami

konieczna jest zarówno odpowiednia diagnostyka uwzględniająca zwrócenie uwagi na wyjściową wartość siły ego pacjentów, jak i oddziaływanie terapeutyczne mające zwiększyć tę ich siłę [21].

Cel

Celami badania były określenie początkowego poziomu siły ego pacjentów rozpoczynających leczenie i określenie wpływu psychoterapii grupowej na poziom tej siły pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i wybranych zaburzeń osobowości (F40–F48, F60, F61 wg ICD-10).

Hipoteza badawcza

W wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej obserwuje się wzrost siły ego osób leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych (F40-F48) i zaburzeń osobowości (F60 i F61).

Materiał i metoda

Grupa badana

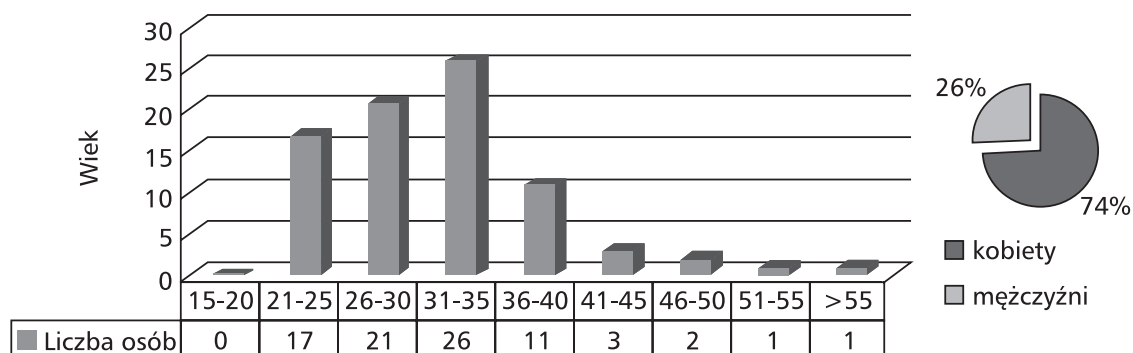
W badaniu uczestniczyło 82 pacjentów leczonych na oddziale dziennym intensywną psychoterapią grupową w okresie od września 2013 r. do kwietnia 2014 r. Stanowili oni 72% wszystkich osób zakwalifikowanych do leczenia w tym okresie na oddziale. Pozostałe 28% nie zostało włączonych do badania ze względu na niekompletne uzupełnienie kwestionariuszy (21%) oraz przedwczesne zakończenie leczenia (7%) [22].

Kryteria włączenia do grupy badanej obejmowały rozpoznanie u pacjentów zaburzeń z rozdziału F4x, F60 lub F61 zgodnie z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji ICD-10 [23] oraz czas leczenia od 10 do 14 tygodni.

Kryteria wykluczające obejmowały stwierdzenie podłoża somatycznego zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości, zmian organicznych OUN, zaburzeń psychotycznych, przerwanie leczenia przed jego planowym zakończeniem, brak zgody na udział w badaniu.

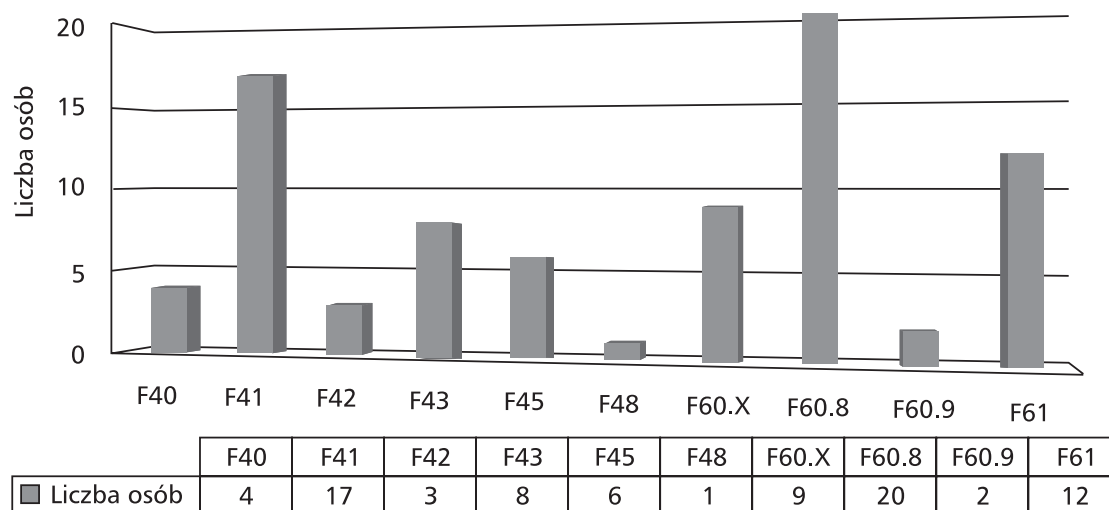
Na etapie kwalifikacji pacjentów do terapii z każdym badanym przeprowadzono konsultacje z lekarzem psychiatrą oraz z psychologiem [24–26]. Na podstawie danych uzyskanych w trakcie konsultacji, poszerzonych o wyniki testów diagnostycznych (Kwestionariusza Objawowego „O” [27], Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006 [28–31], kwestionariusza MMPI-2 [22]), rozpoznano zaburzenia zgodnie z kryteriami klasyfikacji ICD-10 [23].

Znacząca większość, tj. 74% grupy badanej stanowiły kobiety (61 osób), 26% mężczyźni (21 osób). Średnia wieku w tej grupie wynosiła 31,5 roku (min. 21, maks. 56; odch. stand. 6,9), 64 osoby badane w momencie diagnozowania znajdowało się w przedziale wiekowym 21–35 lat, 11 osób w przedziale 36–40 lat, trzy osoby w wieku 41–45, dwie w wieku 46–50 i dwie powyżej 50 r.ż. (ryc. 1).

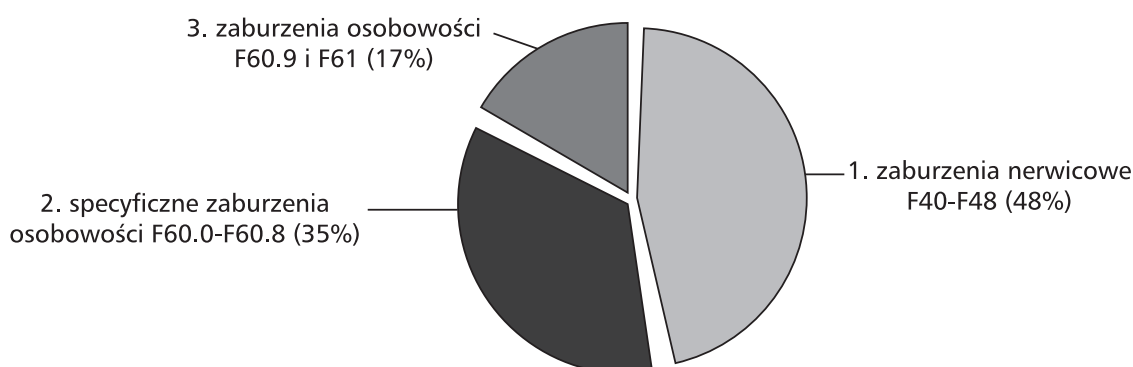


Rycina 1. Rozkład wieku i płci pacjentów w badanej grupie

U 48% pacjentów w grupie badanej zdiagnozowano w trakcie postępowania kwalifikacyjnego do leczenia zaburzenia nerwicowe (F40–F48) jako rozpoznanie podstawowe: z grupy F41 (inne zaburzenia lękowe) u 17 osób, F43 (reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne) – 8 osób, F45 (zaburzenia występujące pod postacią somatyczną) – 6 osób, F40 (zaburzenia lękowe w postaci fobii) – 4 osób, F42 (zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne) – 3 osób, F48 (inne zaburzenia nerwicowe) u 1 osoby. Zaburzenia osobowości rozpoznano u 52% badanych – u 20 osób rozpoznano inne zaburzenia osobowości (F60.8), u 12 osób – zaburzenia osobowości mieszane (F61), u 9 osób – specyficzne zaburzenia osobowości (F60.0–F60.7), u 2 osób zaburzenia osobowości BNO (F60.9), co przedstawiają ryciny 2 i 3.



Rycina 2. Rozpoznanie wstępne pacjentów w badanej grupie



Rycina 3. Rozpoznanie wstępne pacjentów w badanej grupie – rozkład procentowy zaburzeń nerwicowych, specyficznych zaburzeń osobowości oraz zaburzeń osobowości mieszanych i bliżej nieokreślonych

Większość, tj. 60% pacjentów włączonych do badania stanowiły osoby leczone w trybie dopołudniowym, 40% w trybie popołudniowym; przydział do grup (dopółdniowa, popołudniowa) dokonywany był na podstawie danych z postępowania kwalifikacyjnego, w porozumieniu z pacjentem, z uwzględnieniem jego sytuacji życiowej [22]. Przydział do poszczególnych grup w ramach wyznaczonego trybu leczenia dokonywany był zgodnie z kolejką osób oczekujących na leczenie (brak selekcji pod względem rozpoznań) [22].

Każda z sześciu pracujących równolegle grup terapeutycznych liczyła przez większość czasu leczenia 8–10 pacjentów (grupy półotwarte). Czas leczenia pacjentów wynosił najczęściej 12 tygodni. W uzasadnionych względami merytorycznymi przypadkach terapia była przedłużana do 14 tygodni (5 osób włączonych do badania) lub skracana (np. w sytuacjach zdarzeń losowych uniemożliwiających pozostanie pacjenta w leczeniu przez pełnych 12 tygodni; 1 osoba włączona do badania).

Szczegółowy opis psychoterapii prowadzonej na oddziale znaleźć można w pracach Mazgaj i Stolarskiej [24], Mielimaki i wsp. [32] oraz Cyranki i wsp. [22].

Pomiaru siły ego dokonano dwukrotnie: na początku leczenia (w czasie kwalifikacji do terapii) oraz na końcu pobytu na oddziale. We wszystkich kwestionariuszach MMPI-2 zwróconych przez pacjentów dokonano oceny wyników w skalach kontrolnych przed włączeniem rezultatów do dalszych analiz. Punktem odniesienia dla interpretacji wyników pomiaru siły ego były wytyczne dotyczące interpretacji skali SE podane przez Pracownię Testów Psychologicznych (tab. 1) [21].

Tabela 1. Możliwości interpretacyjne dla skali siły ego

Wysokie ($T > 64$)	Średnie ($T = 40-64$)	Niskie ($T < 40$)
Dobre ogólne przystosowanie psychologiczne, korzystne prognozy dla terapii, dobre relacje z innymi, efektywne mechanizmy radzenia sobie ze stresem	Nie interpretuje się	Słabe ogólne przystosowanie psychologiczne, zła prognoza dla terapii, ograniczone zasoby psychologiczne do radzenia sobie z problemami

Analiz zmian w zakresie siły ego dokonano z zastosowaniem licencjonowanego pakietu STATISTICA 10. Rozkłady wyników porównano przy użyciu Testu Kołmogorowa-Smirnowa oraz χ^2 . Istotność różnic sprawdzono z zastosowaniem testu t-Studenta dla grup zależnych. W analizach statystycznych i wnioskowaniu przyjęto poziom istotności alfa równy 0,05. Wielkość efektu obliczono z zastosowaniem współczynnika d Cohena.

Wyniki

Dokonano porównania siły ego na początku i na końcu intensywnej psychoterapii psychodynamicznej dla całej grupy, z podziałem na płeć oraz z rozróżnieniem ze względu na diagnozę wstępną, dzieląc grupę na 3 podkategorie: zaburzenia nerwicowe, specyficzne zaburzenia osobowości (F60.0–F60.8) oraz zaburzenia osobowości bliżej nieokreślone/mieszane (F60.9 oraz F61), co przedstawiają tabele 2 i 3.

Tabela. 2 Skala siły ego – wyniki dla całej grupy i z podziałem na płeć

	ŚREDNIA P	ŚREDNIA K	SD P	SD K	RÓŻNICA	t	p
CAŁA GRUPA (N = 82)	46	51	8,1	10,1	5	-5,66	< 0,01
KOBIETY (N = 61)	46	51	7,7	10,3	5	-4,38	< 0,01
MĘŻCZYŹNI (N = 21)	44	51	9,0	9,8	7	-3,72	< 0,01

P/K – wyniki z pomiarów przeprowadzonych na początku (P) i na końcu (K) leczenia
t-wynik testu t-Studenta

Tabela 3. Skala siły ego – wyniki z podziałem na rozpoznania

ROZPOZNANIA	ŚREDNIA P	ŚREDNIA K	SD P	SD K	RÓŻNICA	t	p
F60.0–F60.8 (N = 29)	45	51	7,1	9,1	6	-3,98	< 0,01
F40.0–F48.0 (N = 39)	46	51	9,0	11,0	5	-3,71	< 0,01
F60.9, F61 (N = 14)	44	49	7,4	9,7	5	*	*

P/K – wyniki z pomiarów przeprowadzonych na początku (P) i na końcu (K) leczenia
t-wynik testu t-Studenta, * – ze względu na zbyt małą liczebność grupy nie wykonano testu t-Studenta

Analiza porównawcza z zastosowaniem testu t-Studenta dla grup powiązanych wykonana dla pomiarów wartości siły ego na początku i na końcu terapii wykazała istotny statystycznie wzrost siły ego zarówno dla całej grupy badanej, jak i z uwzględnieniem podziału na płeć oraz na rozpoznanie. Wykonano oddzielne analizy dla zaburzeń nerwicowych F40.0–F48.0 oraz dla zaburzeń osobowości F60.0–F60.8; grupa osób z rozpoznaniem F60.9 i F61 nie pozwoliła na oddzielne wykonanie testu t-Studenta ze względu na zbyt małą liczebność (14 osób). Wyniki analizy wskazują, że w wyniku oddziaływania psychoterapeutycznego znacząco wzrasta siła ego leczonych pacjentów.

Procentowa analiza wyników na początku i na końcu leczenia wskazuje, iż w wyniku oddziaływań psychoterapeutycznych wzrosła liczba osób znajdujących się

w zakresie wartości wysokich (z 2,5% na początku leczenia do 7% na końcu terapii) oraz zmalała liczba osób uzyskujących wyniki niskie (z 18% do 13%). Procentowe porównanie rozkładu wyników w populacji leczonej na końcu terapii zbliża się do rozkładu wyników uzyskiwanych w populacji ogólnej nieleczonej. Analiza wyników poszczególnych osób biorących udział w badaniu wykazała, że spadek siły ego wystąpił jedynie u 7 osób (8,5%), zaś u 72 pacjentów (87,8%) nastąpił wzrost jej wartości (w większości pozostając w zakresie wartości umiarkowanych, jednak przesuwając się z wartości bliższych dolnej wartości granicznej tego przedziału do wartości bliższych górnej wartości granicznej). U 3 osób (3,7%) wynik pomiaru siły ego pozostał bez zmian. U większości pacjentów, u których na początku i na końcu leczenia wyniki znajdowały się w obszarze umiarkowanym, nastąpił wzrost wartości siły ego.

Analiza wielkości efektu (Effect Size – ES) zmian uzyskanych w wyniku psychoterapii w badanej grupie pacjentów (w odniesieniu do norm określonych przez Cohena [33]) wskazuje na znaczną skuteczność zastosowanych oddziaływań terapeutycznych (ES = 1,24).

Dyskusja

W całej grupie badanej, niezależnie od podziału na płeć oraz podziału ze względu na rozpoznanie początkowe, odnotowano istotną statystycznie zmianę w zakresie wyników tenowych, wskazującą na korzystne zwiększenie siły ego pacjentów. Przed leczeniem wartość średnia pomiaru siły ego osób zakwalifikowanych znajdowała się na poziomie tenowym przemawiającym za pomyślnym rokowaniem dla przebiegu terapii.

Z punktu widzenia klinicznego zaobserwowana w grupie pacjentów korzystna zmiana w zakresie siły ego wskazuje na to, że w wyniku leczenia pacjenci uzyskują zdolność do znacznie lepszego ogólnego przystosowania psychologicznego oraz szerszy zakres mechanizmów umożliwiających skuteczne radzenie sobie zarówno w sytuacjach stresogennych, jak i z codziennymi trudnościami. Jest to zgodne z obserwacjami Gordona [34], który podkreślał odwrotnie proporcjonalny związek wyników skal klinicznych z poziomem siły ego. Nowością wynikającą z niniejszego badania jest fakt, iż uzyskana zmiana nastąpiła w wyniku oddziaływań psychoterapeutycznych w przeciągu 3 miesięcy, a nie w czasie postulowanych przez Gordona niezbędnych do uzyskania poprawy 2–3 lat leczenia (przy założeniu jednego spotkania terapeutycznego tygodniowo). Wyniki badania stanowią zatem cenne uzupełnienie wiedzy na temat zakresu zmian w funkcjonowaniu osobowości możliwych do uzyskania w toku intensywnej psychoterapii grupowej prowadzonej w warunkach oddziału dziennego [25, 31, 35, 36]. Stanowią one przesłankę do uznania tezy, iż u leczonych pacjentów, poza ustąpieniem objawów nerwicowych, dochodzi do zwiększenia zasobów osobowości przez zmianę mechanizmów funkcjonowania ego na bardziej dojrzałe [37–41].

Zaobserwowano, że znaczący przyrost w zakresie siły ego dotyczy zarówno grupy kobiet, jak i mężczyzn. Nie odnotowano także różnic pomiędzy pacjentami z rozpoznaniem specyficznych zaburzeń osobowości i zaburzeń nerwicowych, zarówno jeśli chodzi o wyniki początkowe, jak i końcowe. W obu grupach zaobserwowano istotny wzrost wartości skali siły ego, co świadczy o korzystnych zmianach w zakresie umie-

jętności radzenia sobie z codziennymi stresorami, lepszym ogólnym przystosowaniu, urealnionym poczuciu własnej wartości oraz szerszym zakresie kompetencji interpersonalnych. Należy jednak zwrócić uwagę, iż rozróżnienia na podgrupy dokonano na podstawie rozpoznania głównego postawionego na początku procesu terapeutycznego. Obserwacje kliniczne wskazują, że w toku psychoterapii ujawniają się często cechy pacjenta przemawiające za koniecznością zmiany lub uzupełnienia rozpoznania. Ponadto często zaburzenia nerwicowe współwystępują z zaburzeniami osobowości, zarówno specyficznymi, jak i hipotetyczną osobowością nerwicową, jakiej istnienie postulują Aleksandrowicz i wsp. [28–31]. Zatem wyniki niniejszego badania w tym zakresie należy ograniczyć do stwierdzenia, iż postawienie rozpoznania wstępnego w procesie kwalifikacji do leczenia z grupy zaburzeń nerwicowych (F4x) nie prowadzi do wyodrębnienia grupy pacjentów cechującej się większą siłą ego w porównaniu z grupą wyodrębnioną na podstawie zdiagnozowania w procesie kwalifikacji do leczenia specyficznych zaburzeń osobowości (F60.0–F60.8).

Analiza uzyskanych danych wykazała, że aż u 72 pacjentów z 82 badanych nastąpiła poprawa w zakresie funkcjonowania związana ze zwiększeniem siły ego. Jednocześnie można zastanowić się, dlaczego większa liczba pacjentów nie uzyskała w pomiarach na końcu terapii wyników w zakresie interpretowanym jako wysoka siła ego, świadcząca o bardzo dobrym przystosowaniu psychologicznym. Częściowym wyjaśnieniem są obserwacje Pipera i wsp. [42], z których wynika, że znaczący wzrost zasobów następuje w wyniku konfrontacji rezultatów uzyskanych w procesie psychoterapii z zadaniami życiowymi, które ugruntowują uzyskane zmiany. Obserwacja ta przemawia za przeprowadzeniem w przyszłości badań katamnesticznych (follow-up). Niewątpliwie wartościowe byłoby także odniesienie uzyskanych wyników do rezultatów pomiarów przeprowadzonych w grupie kontrolnej, a nie tylko do wytycznych referencyjnych dla populacji ogólnej opracowanych przez Pracownię Testów Psychologicznych [21]. Zasadne jest także przeprowadzenie dalszych badań zestawiających zmiany uzyskane w zakresie siły ego ze zmianami objawowymi i zmianami w funkcjonowaniu osobowości, zmierzonymi przy użyciu narzędzi badawczych stosowanych w diagnostyce pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości (np. KO„O” [27], KON-2006 [28–31], STAI, MMPI-2 [22]). Badania takie planowane są w najbliższej przyszłości.

Większość pacjentów w badanej grupie na początku leczenia znajdowała się w obszarze umiarkowanych wyników w skali siły ego, wskazującym na korzystne rokowania dla terapii. Warto jednak zwrócić uwagę na istotny dla procesu kwalifikacji fakt, że z przeprowadzonego badania wynika, że u pacjentów, którzy rozpoczynają leczenie z wartościami siły ego w zakresie niskim także dochodzi do korzystnych i istotnych klinicznie zmian.

Wyniki badania wskazują również, iż do niekorzystnych zmian w zakresie funkcjonowania osobowości mierzonych skalą siły ego kwestionariusza MMPI-2 dochodzi w toku intensywnej psychoterapii prowadzonej w warunkach oddziału dziennego stosunkowo rzadko. Jedynie u 7 osób z grupy badanej (8,5%) zaobserwowano zmniejszenie siły ego w toku psychoterapii, a u 3 osób (3,7%) pozostała ona bez zmian. Wyniki te są zbieżne z rezultatami innych badań nad skutecznością intensywnej psychoterapii

prowadzonej w warunkach oddziału dziennego [24–26] i stanowią jednocześnie ich cenne uzupełnienie o wnioski dotyczące zmian w zakresie siły ego. Rezultaty badania stanowią ponadto kolejną przesłankę w kierunku uznania intensywniej psychoterapii prowadzonej w modelu oddziału dziennego za bezpieczną i skuteczną metodę leczenia zaburzeń nerwicowych i wybranych zaburzeń osobowości.

Wniosek

W wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego u większości pacjentów obserwuje się wzrost siły ego, co wskazuje, że w wyniku leczenia pacjenci uzyskują znacznie lepszą zdolność ogólnego przystosowania psychologicznego oraz zwiększony repertuar mechanizmów umożliwiających skuteczne radzenie sobie.

Piśmiennictwo

1. Frederick C. *The center core in ego state therapy and other hypnotically facilitated psychotherapies*. Am. J. Clin. Hypn. 2013; 56(1): 39–53.
2. Bjorklund P. *Assessing ego strength: spinning straw into gold*. Perspect. Psychiatr. Care 2000; 36(1): 14–23.
3. Stackert RA, Bursik K. *Ego development and the therapeutic goal-setting capacities of mentally ill adults*. Am. J. Psychother. 2006; 60(4): 357–374.
4. Sprock J, Bienek J. *Barron's Ego Strength Scale and Welsh's Anxiety and Repression Scales: a comparison of the MMPI and MMPI-2*. J. Pers. Assess. 1998; 70(3): 506–513.
5. Szaluta J. *Sigmund Freud's literary ego ideals*. J. Psychohist. 2014; 41(4): 283–300.
6. Chodorow NJ. *The psychoanalytic vision of Hans Loewald*. Int. J. Psychoanal. 2003; 84(4): 897–913.
7. Leśniak K. *Platon*. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1993.
8. Nunberg H. *The synthetic function of the ego*. Int. J. Psychoanal. 1931; 12: 123–140.
9. Kästner I, Schröde C. *Zygmunt Freud (1856–1939). Badacz umysłu, neurolog, psychoterapeuta. Teksty wybrane*. Warszawa: Wydawnictwo Arboretum; 1997.
10. Slipp S. *Freudovská mystika (Freud a ženy)*. Triton: Praga; 2007.
11. Roudinesco E. *Jacques Lacan. Jego życie i myśl*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2005.
12. Dehner R, Dehner U. *W co oni grają. Manipulacje w codziennym życiu*. Warszawa: Wydawnictwo Helion; 2009.
13. Spitz R. *The genetic field theory of ego formation*. New York: International University Press; 1959.
14. Hartmann H. *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press; 1958.
15. Bellak L, Hurvich M, Gediman H. *Ego functions on schizophrenia, neurotic and normals*. New York: Wiley; 1973.
16. Erikson E. *Identity and the life cycle*. Psychol. Issues 1959; 1: 50–100.

17. Socha P. *Duchowy rozwój człowieka. fazy życia, osobowość, wiara, religijność*. W: Skoczek E. red. *Koncepcja rozwoju ego Jane Loevinger*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000. s. 85–100.
18. Harris PL. *Piaget on causality: The Whig interpretation of cognitive development*. J. Psychol. 2009; 100(1A): 229–232.
19. Hoffmann SO. *Alfred Adler (1870-1937). Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis*. Nervenarzt. 2004; 75(7): 717.
20. Hagger MS, Wood C, Stiff C, Chatzisarantis NL. *Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis*. Psychol. Bull. 2010; 136(4): 495–525.
21. Brzezińska U, Koć-Januchta M, Stańczak J. *Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości®-2 – MMPI®-2*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2012.
22. Cyranka K, Rutkowski K, Mielimąka M, Sobański J, Smiatek-Mazgaj B, Klasa K. i wsp. *Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2*. Psychiatr. Pol. 2015 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/38438].
23. Pużyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN; 2000.
24. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(4): 421–430.
25. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004.
26. 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.
27. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 6: 667–676.
28. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006.
29. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański J, 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. Psychiatrii Psychother. 2011; 13(3): 21–24.
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. 2014; 49(1): 29–48.
33. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Second edition. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
34. Gordon RM. *MMPI/MMPI-2 changes in long-term psychoanalytic psychotherapy*. Issues Psychoanal. Psychol. 2001; 23(1/2): 59–79.
35. 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.

36. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Mielimaka 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].
37. Bakker M, van Dijk A, Wicherts JM. *The rules of the game called psychological science*. Perspect. Psychol. Sci. 2012; 7: 543–554.
38. Bihlar B, Carlsson AM. *Planned and actual goals in psychodynamic psychotherapies: Do patients' personality characteristics relate to agreement?* Psych. Res. 2001; 11: 383–400.
39. Hilsenroth MJ, Handler L, Toman KM, Padawer JR. *Rorschach and MMPI-2 indices of early psychotherapy termination*. J. Consult. Clin. Psychol. 1995; 63: 956–965.
40. McWilliams N. *Psychoanalytic diagnosis. Understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford; 1994.
41. Nygren M. *Rorschach comprehensive system variables in relation to assessing dynamic capacity and ego strength for psychodynamic psychotherapy*. J. Pers. Assess. 2004; 83(3): 277–292.
42. Piper WE, Azim HF, McCallum M, Joyce AS, Ogrodniczuk JS. *Follow-up findings for interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables*. J. Consult. Clin. Psychol. 1999; 67: 267–273.

Adres: Katarzyna Cyranka
Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 1.03.2015
Zrecenzowano: 11.03.2015
Przyjęto do druku: 18.03.2015

Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości

Effectiveness of intensive group psychotherapy in treatment of neurotic and personality disorders

Michał Mielimąka¹, Krzysztof Rutkowski¹, Katarzyna Cyranka¹,
Jerzy A. Sobański¹, Łukasz Müldner-Nieckowski¹, Edyta Dembińska¹,
Bogna Smiatek-Mazgaj¹, Katarzyna Klasa²

¹Katedra Psychoterapii CM UJ

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

²Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

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

Summary

Aim. The aim of this study was to analyze the effectiveness of intensive (150 – 210 sessions), short-term (10 – 14 weeks) group psychotherapy in the treatment of neurotic disorders, and selected personality disorders.

Methods. The study involved 145 patients treated in day hospital due to neurotic disorders and selected personality disorders. The measurements were performed twice – at the beginning and at the end of hospitalization. The effectiveness of psychotherapy in the reduction of symptoms of neurotic disorders was measured with symptom checklist “0”. The change in the severity of personality traits characteristic for neurotic disorders was examined using Neurotic Personality Questionnaire KON-2006.

Results. A significant reduction in symptoms of neurotic disorders was found in 84% of patients (85,7% women and 80,8% men). 70,3% of the examined patients obtained in the measurement at the end of treatment results indicating the level of severity of neurotic disorders symptoms below the cutoff point separating population of healthy individuals from patients. A significant reduction in the severity of personality traits characteristically occurring in patients suffering from neurotic disorders was found in 76% of patients (74.5% women and 78.7% men). 42.8% of the examined patients obtained in the measurement at the end of the treatment the value of neurotic personality traits index (X-KON) typical for healthy population.

Conclusions. Intensive, short-term group psychotherapy with elements of individual therapy is an effective treatment for neurotic disorders. The majority of treated persons

obtains a significant symptomatic improvement and a reduction in the severity of neurotic personality traits.

Słowa kluczowe: psychoterapia, zaburzenia nerwicowe, skuteczność leczenia

Key words: psychotherapy, neurotic disorders, treatment outcome

Wstęp

Psychoterapia pozostaje najbardziej adekwatną metodą leczenia zaburzeń nerwicowych – zwłaszcza terapia grupowa, której użyteczność związana jest także z relatywnie niskimi kosztami i szybkością uzyskiwania pożądanych efektów wyleczenia [1]. Psychoterapia oparta jest na przymierzach terapeutycznym zawartym pomiędzy pacjentem a terapeutą, uwzględniającym cele i zadania terapeutyczne i stanowiącym podstawę do stworzenia więzi terapeutycznej [2–4]. Podstawowe cele psychoterapii indywidualnej, grupowej, pary czy systemowej zakładają uzyskanie ulgi w zakresie objawów (usunięcie objawów), korzystną zmianę w strukturze osobowości umożliwiającą tworzenie satysfakcjonujących relacji interpersonalnych, podejmowanie i realizowanie adekwatnych do własnych zasobów zadań życiowych, zawodowych, społecznych, poprawę jakości życia pacjenta, zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia objawów zaburzeń w przyszłości oraz inne, indywidualne korzystne zmiany wynikające z udanej relacji terapeutycznej [2–6].

Przegląd badań nad efektywnością psychoterapii pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości potwierdza, iż jej zastosowanie związane jest z uzyskiwaną przez pacjentów znaczną redukcją objawów i korzystną zmianą w funkcjonowaniu, a więc z realizacją podstawowych celów psychoterapii [7–32]. Zdaniem m.in. Gabbarda i wsp. [33] oraz Koerner i wsp. [34] efekty psychoterapii nie są tylko chwilową ulgą, ale trwałą zmianą utrzymującą się u wielu pacjentów także po zakończeniu leczenia [35].

Podstawowe pytanie metodologiczne wciąż dotyczy sposobu prowadzenia badań nad skutecznością psychoterapii tak, by przyjęty model badawczy był zarówno poprawny statystycznie, jak i umożliwiający poszukiwanie odpowiedzi na pytania dotyczące aplikacji wyników w codziennej praktyce klinicznej [36–40].

Na osi pomiędzy stwierdzeniem Eysencka, iż nie ma dowodów, że psychoterapia ma pozytywny wpływ na życie pacjentów [41], i ujawnianym w środowisku naukowo-medycznym – a zauważonym w rozważaniach Margison i wsp. [42] micie, iż psychoterapia jest „niemierzalna”, a śmiałymi deklaracjami Tilletta [43] i Howarda [44], iż jest ona jednym z najlepiej udokumentowanych i potwierdzonych oddziaływań leczniczych w historii medycyny, rozciągają się dziesięciolecia różnorodnych podejść i założeń teoretycznych w zakresie badań nad skutecznością psychoterapii [45]. Wśród nich pojawiały się odniesienia do, między innymi, teorii przywiązania [46, 47], teorii języka [48], teorii umysłu wywodzących się z psychologii rozwojowej [49], modeli zmian w psychoterapii [48] i rozwijanych na przestrzeni lat różnych koncepcji osobowości [50].

Pionierem badań nad zrozumieniem mechanizmów zmian zachodzących w procesie psychoterapii, która ograniczała się wówczas do ujęcia psychoanalitycznego, był Snyder. Podjął się on pierwszych prób odpowiedzi na pytanie, czy psychoterapia działa [51]. Pytanie to stało się podstawą do rozwoju prowadzonych w latach 60. XX

wieku badań osadzonych w ówczesnych nurtach filozoficznych, promujących podejście behawioralne i poznawcze. Badania te stanowiły próbę opisanie zróżnicowanych oddziaływań terapeutycznych w zależności od przyjętej szkoły psychoterapii [11, 12, 52], koncentrując się, jak zauważa Roth [53], na próbie odpowiedzi na pytania dotyczące tego, jakie specyficzne interwencje terapeutyczne mają skuteczniejsze działanie w konkretnych typach zaburzeń psychicznych.

W latach 80. XX wieku prym w medycynie zaczęły wieść badania randomizacyjne (typu efficacy). Najważniejszym celem badania klinicznego stało się uzyskanie nieobciążonej i rzetelnej oceny reakcji (odpowiedzi) badanych osób na określony rodzaj interwencji, z wykluczeniem wpływu znanych i nieznanymi czynników prognostycznych. Zastosowanie nauk statystycznych przyczyniło się do proliferacji badań nad skutecznością psychoterapii, przesuwając cel badań na analizę wpływu ściśle określonych interwencji terapeutycznych na konkretną zmianę zachowania [54].

Takie ujęcie badawcze stało się bliższe poprawności metodologicznej, lecz oddaliło od rozumienia tego, jakie zmiany jakościowe, zwłaszcza w przeżywaniu, zachodzą w życiu konkretnego pacjenta w wyniku leczenia [55–59].

Za komplementarny do badań nad skutecznością psychoterapii w nurcie medycyny opartej na faktach uznać można paradygmat Margisona i wsp. [60], którzy koncentrują się na odpowiedniej selekcji danych z codziennej praktyki klinicznej (practice-based evidence).

Próbą uporządkowania podziału badań nad skutecznością psychoterapii w odniesieniu do jej celów stały się wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, które zakładają uwzględnienie trzech perspektyw: feasibility (wykonalności), generalizability (możliwości uogólnienia), costs (kosztów) [61].

Badania prowadzone w Polsce, głównie w ośrodku krakowskim, warszawskim i szczecińskim, dotyczyły przede wszystkim metod oceny wyników pracy oddziału dziennego łączącego terapię grupową i indywidualną (tzw. terapia kompleksowa) [13–15] oraz poszukiwania mediatorów tej efektywności [16–27, 62–66].

Suszek i Grzesiuk [12] oraz Rakowska [66] dokonali próby szerszego opisu efektywności psychoterapii, bazując także na doświadczeniach badaczy z ośrodka warszawskiego (m.in. Czabała, Siwiak-Kobayashi, Dakowska, Sarol-Kotelnicka, Gulczyńska, i in.). Czabała [67], komentując wyniki badań, stwierdza, że niejednoznaczność niektórych z nich wynika raczej z ich nieodpowiedniej jakości niż z małej skuteczności terapii.

Jednym z prekursorów badań nad skutecznością psychoterapii jest Aleksandrowicz, współtwórca Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006 [19], narzędzia służącego nie tylko do diagnostyki, ale też dającego możliwość zaobserwowania zmian zachodzących u pacjentów w zakresie występowania i nasilenia cech osobowości (współwystępujących/odpowiadających za występowanie zaburzeń nerwicowych), oraz główny twórca Kwestionariusza Objawowego „O” i SI-SIII, służących do badania nasilenia objawów zaburzeń czynnościowych (z zakresu przeżywania, zachowania oraz somatyzacji [68–71]. Kwestionariusze KON i KO „O” wykorzystane zostały także w niniejszym badaniu.

Cel

Celem niniejszego badania była ocena efektywności psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej prowadzonej w nurcie integracyjnym (głównie psychodynamicznym wzbogaconym o elementy teorii poznawczych i behawioralnych) w leczeniu zaburzeń nerwicowych i wybranych zaburzeń osobowości. Skuteczność psychoterapii oceniano w obszarach: zmian nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych oraz zmian nasilenia neurotycznych cech osobowości.

Material i metoda

Grupa badana

Do badania włączono 145 pacjentów (98 kobiet i 47 mężczyzn) uczestniczących w psychoterapii na oddziale dziennym leczenia zaburzeń nerwicowych i behawioralnych. Szczegółowy opis rodzaju stosowanej terapii zamieszczono w dalszej części artykułu. Wszyscy pacjenci uczestniczący w badaniu wyrazili zgodę na udział w nim.

Kryteria włączenia do grupy badanej obejmowały:

1. Rozpoznanie u pacjenta zaburzenia lub zaburzeń z rozdziału F4 lub F6 (F60, F61) zgodnie z kryteriami diagnostycznymi określonymi w klasyfikacji ICD-10 [72];
2. Czas pozostawania w leczeniu w przedziale od 10 do 14 tygodni (150–210 godzin psychoterapii grupowej i 10 do 14 godzin psychoterapii indywidualnej);
3. Brak leczenia psychiatrycznego i psychoterapii w przeszłości, w tym pierwszorazowe przyjęcie do leczenia na oddziale.

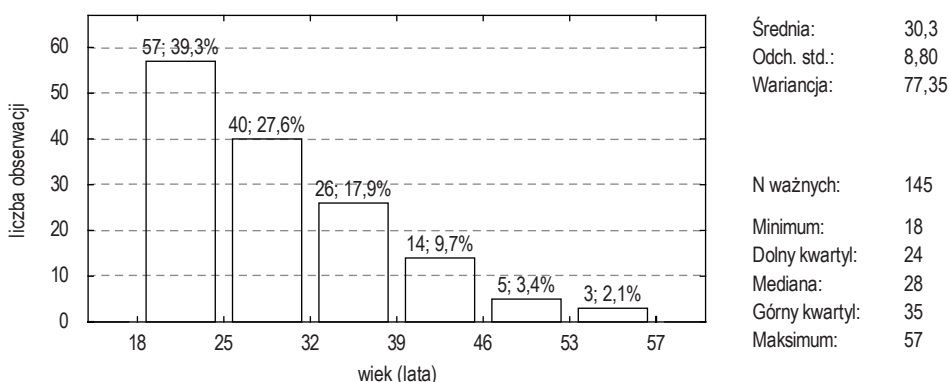
Z grupy uczestników badania wykluczono osoby spełniające następujące kryteria:

1. Przerwanie leczenia przed jego planowym zakończeniem;
2. Rozpoznanie ostrej reakcji na stres (F43.0 wg ICD-10);
3. Rozpoznanie zaburzenia stresowego pourazowego (F43.1 wg ICD-10);
4. Stwierdzenie podłoża somatycznego zgłaszanych przez pacjenta objawów;
5. Stwierdzenie zmian organicznych OUN;
6. Stwierdzenie zaburzeń psychotycznych.

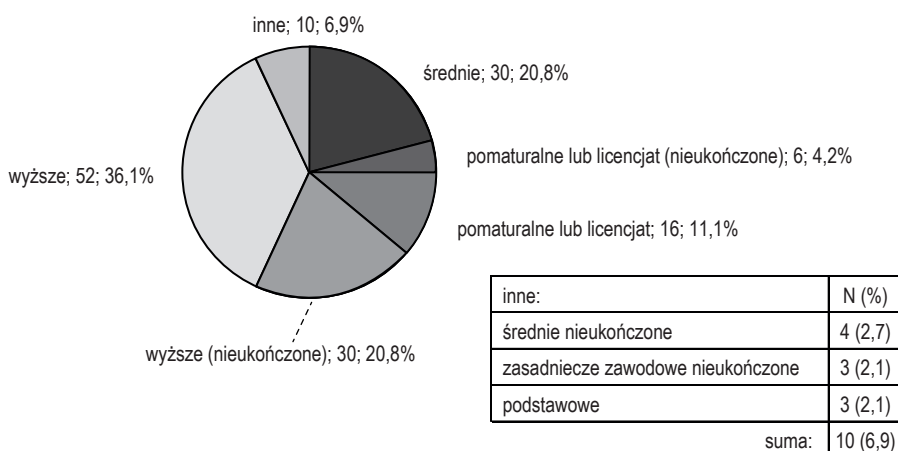
Rozkład wieku i wykształcenia w grupie badanej przedstawiają zbiorczo ryciny 1 i 2. Warto zwrócić uwagę, iż osoby przed ukończeniem 39 roku życia stanowiły 84,8% wszystkich uczestników badania (w tym osoby w wieku od 18 do 25 lat: 39,3%). Ponadto znaczną część grupy badanej stanowiły osoby posiadające wykształcenie wyższe (36,1%) lub będące w trakcie studiów wyższych (20,8%). Bardzo nieliczną grupę stanowiły natomiast osoby z wykształceniem podstawowym (2,1%).

Na etapie kwalifikacji pacjentów do terapii z każdym badanym przeprowadzono dwie konsultacje z lekarzem psychiatrą oraz jedną konsultację z psychologiem. Na podstawie danych uzyskanych w trakcie konsultacji poszerzonych o wyniki testów diagnostycznych (Kwestionariusza Objawowego „O”, Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006) postawiono rozpoznania zaburzeń zgodnie z kryteriami klasyfikacji ICD-10, których to rozkład diagnoz w grupie badanej przedstawia zbiorczo rycina 3.

Na uwagę zasługuje fakt, iż 49% pacjentów w grupie badanej cierpiało z powodu zaburzeń lękowych. Z powodu innych niż lękowe zaburzeń nerwicowych



Rycina 1. Wiek osób w grupie badanej

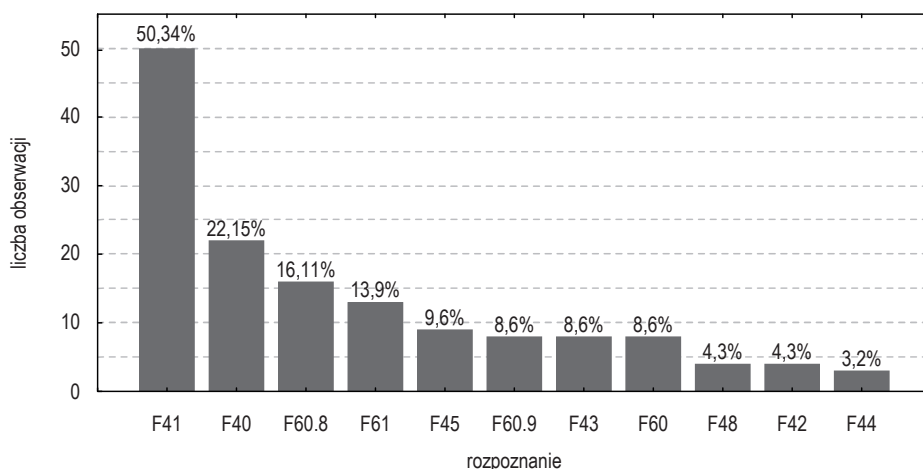


Rycina 2. Wykształcenie osób w grupie badanej

(zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, konwersyjnych i dysocjacyjnych, zaburzeń somatyzacyjnych oraz innych zaburzeń nerwicowych) łącznie cierpiało jedynie 15% badanych. Zaburzenia osobowości rozpoznano u 32% badanych (w tym specyficzne zaburzenia osobowości u 17%).

Opis stosowanej psychoterapii

Każda osoba włączona do grupy badanej uczestniczyła w intensywnej psychoterapii grupowej. Program terapeutyczny obejmował w każdym tygodniu leczenia: 15 sesji psychoterapii grupowej (3x45 minut dziennie), jedną sesję psychoterapii indywidualnej, 5 sesji zajęć relaksacyjnych (1x15 minut dziennie), jedno spotkanie społeczności oddziału (zazwyczaj do 60 minut).



Rycina 3. Zaburzenia rozpoznane w grupie badanej wg grup klasyfikacji ICD-10 (N = 145)

Objaśnienia: F41 – Inne zaburzenia lękowe; F40 – Zaburzenia lękowe pod postacią fobii; F60.8 – Inne określone zaburzenia osobowości; F61 – Zaburzenia osobowości mieszane i inne; F45 – Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną; F60.9 – Zaburzenia osobowości bliżej nieokreślone; F43 – Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne; F60 (F60.1 – F60.7) – Specyficzne zaburzenia osobowości; F48 – Inne zaburzenia nerwicowe; F42 – Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw); F44 – Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne).

Każda z trzech pracujących równolegle grup terapeutycznych liczyła przez większość czasu leczenia 8 pacjentów. Okresowo liczebność grup była większa (do 11 osób) lub mniejsza (nie mniej niż 5 osób). Czas leczenia pacjentów wynosił najczęściej 12 tygodni (180 godzin psychoterapii grupowej, 12 godzin psychoterapii indywidualnej). W uzasadnianych względami merytorycznymi przypadkach terapia była przedłużana do 14 tygodni lub skracana (np. w sytuacjach zdarzeń losowych uniemożliwiających pozostanie pacjenta na leczeniu przez pełnych 12 tygodni). Do grupy badanej włączono wszystkich pacjentów, którzy uczestniczyli co najmniej w 10 tygodniach leczenia (150 godzin psychoterapii grupowej, 10 godzin psychoterapii indywidualnej) i zakończyli terapię w porozumieniu z zespołem terapeutycznym.

Leczenie w każdej z grup terapeutycznych prowadzone było przez zespół, w którego skład wchodziło dwóch uprawnionych do stosowania psychoterapii stałych członków zespołu (kobieta i mężczyzna; psycholog i lekarz) oraz osoby odbywające staż w ośrodku w ramach szkolenia przygotowującego do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty. Sesje terapii grupowej były prowadzone przez stałych terapeutów (naprzemiennie, najczęściej po 5 dni każdy) oraz okresowo przez stażystów (uprawnionych do stosowania psychoterapii pod superwizją). Sesje psychoterapii grupowej były prowadzone z udziałem obserwatorów (drugi terapeuta i/lub stażysty, okresowo także studenci IV lub V roku medycyny). Każda z grup podlegała regularnej (cotygodniowej) superwizji prowadzonej przez certyfikowanego superwizora. Ponadto prace grup nadzorował ordynator oddziału – certyfikowany psychoterapeuta i superwizor. Sesje psychoterapii indywidualnej były prowadzone przez stałych członków zespołu

oraz okresowo przez osoby stażujące uprawnione do stosowanie psychoterapii pod superwizją. Większość pacjentów w grupie badanej przez cały okres leczenia miała stałego terapeutę indywidualnego.

Do elementów wspólnych pracy każdego z terapeutów leczących osoby włączone do badania zaliczyć można [62]:

- a) wzbudzanie procesów przeniesieniowych przez unikanie transparencji,
- b) interpretacja przeniesienia,
- c) praca z oporem, w tym jego interpretowanie,
- d) stosowanie innych interwencji terapeutycznych: pobudzeń, klaryfikacji, konfrontacji, interpretacji, również interpretacji genetycznych,
- e) analiza znaczenia symbolicznego i funkcji zgłaszanych objawów,
- f) uświadomienie pacjentom stosowanych mechanizmów obronnych związanych z prezentowanymi objawami,
- g) wzmacnianie siły ego, budowanie niezależności i autonomii pacjenta,
- h) interpretacja procesów interpersonalnych zachodzących w grupie,
- i) korygowanie dysfunkcyjnych schematów poznawczych,
- j) korygowanie zaburzeń w obszarze poczucia własnej wartości/obrazu siebie,
- k) tworzenie okoliczności do przeżycia doświadczeń korektywnych w obrębie grupy terapeutycznej,
- l) unikanie dawania bezpośrednich rad, wskazówek,
- m) pobudzanie członków grupy do wzajemnej, otwartej wymiany informacji na swój temat ze szczególnym uwzględnieniem tego, co odnosi się do zaburzeń i ich objawów, oraz tego, co wydarza się tu i teraz w grupie,
- n) ograniczenie własnej (terapeutów) aktywności werbalnej i niewerbalnej do minimum niezbędnego do osiągnięcia celu konkretnej interwencji.

Psychoterapia (zarówno grupowa, jak i indywidualna) prowadzona była zatem w nurcie integrującym elementy teorii psychodynamicznej oraz poznawczej. Uwzględniała ona przestrzeganie settingu (obecność na wszystkich spotkaniach, punktualność), a także zachowanie tajemnicy i innych zasad wynikających z regulaminu oddziału.

Hipotezy badawcze

Przegląd doniesień z literatury stał się podstawą do sformułowania następujących hipotez badawczych, poddanych analizie w niniejszej pracy: a) zastosowanie intensywnej, krótkoterminowej psychoterapii kompleksowej (grupowej z elementami indywidualnej) w grupie osób leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości prowadzi do istotnego zmniejszenia nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych i zmniejszenia nasilenia cech osobowości nerwicowej, b) zastosowanie intensywnej, krótkoterminowej psychoterapii kompleksowej prowadzi do wzrostu odsetka osób, u których nasilenie objawów nerwicowych i nasilenie cech osobowości mieści się w zakresie typowym dla populacji osób zdrowych, c) zmiany nasilenia objawów nerwicowych i cech osobowości nerwicowej, zachodzące w wyniku zastosowania intensywnej, krótkoterminowej psychoterapii kompleksowej, nie różnią się istotnie w grupie kobiet i mężczyzn.

Narzędzia badawcze

Do pomiaru natężenia objawów nerwicowych zastosowano Kwestionariusz Objawowy „0”, który jest szeroko stosowanym narzędziem w badaniach zaburzeń psychicznych opracowanym dla populacji polskiej [64, 68, 73–76]. KO”0” obejmuje bardzo szeroki wachlarz objawów zaburzeń nerwicowych i osobowości, dzięki czemu cechuje się wysoką czułością. Ponadto jest przydatny do oceny zmian nasilenia objawów w przebiegu psychoterapii [69, 70]. Kwestionariusz pozwala szczegółowo ocenić rodzaj i nasilenie objawów odczuwanych przez pacjenta w czasie 7 dni poprzedzających badanie. Zawiera łącznie 138 pozycji (68 odnosi się do objawów z zakresu przeżywania, np. lęk, przygnębienie, poczucie samotności; 23 odnoszą się do zaburzeń zachowania, np. czynności natrętne, zaburzenia aktywności seksualnej; 47 odnosi się do zaburzeń czynności somatycznych, np. biegunki, szum w uszach). Trzy pozycje w całym zbiorze są powtórzone w identycznym lub zbliżonym brzmieniu w celu oceny rzetelności, z jaką pacjent udzielił odpowiedzi. Pacjent ocenia nasilenie w ciągu ostatnich 7 dni każdego z 135 objawów w skali: „0” – objaw nie występował, „a” – dolegliwość występowała, ale była tylko nieznacznie uciążliwa, „b” – ... średnio uciążliwa, „c” – ... znacznie uciążliwa. Przed obliczeniem wartości współczynnika OWK (globalnego nasilenia objawów nerwicowych) odpowiedziom nadaje się odpowiednią wagę: „0” – 0, „a” – 4, „b” – 5, „c” – 7. Teoretyczna maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów wynosi 966 (138x7). Na podstawie przeprowadzonych badań postuluje się, iż populację kobiet chorujących na zaburzenia nerwicowe charakteryzuje wartość OWK > 200 pkt, odpowiednio populację mężczyzn chorujących na zaburzenia nerwicowe wartość OWK > 190 pkt¹ [13, 18, 19, 77].

Do pomiaru natężenia cech osobowości nerwicowej wykorzystano Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006 [19]. Właściwości psychometryczne kwestionariusza są dobrze udokumentowane i wskazują na jego użyteczność zarówno do zastosowań klinicznych, jak również w obszarze badań naukowych [21, 28, 64, 78]. Narzędzie składa się z 243 twierdzeń ocenianych przez badanego jako prawdziwe lub fałszywe. Odpowiednio dobrane zbiory twierdzeń tworzą 24 skale kwestionariusza badające nasilenie poszczególnych cech osobowości nerwicowej. Globalne nasilenie tych cech odzwierciedla wskaźnik X-KON. Za wartość graniczną dla populacji osób zdrowych, zgodnie z wynikami badań autorów narzędzia, przyjmuje się 8 punktów. Populację osób chorych cechuje wartość wskaźnika X-KON powyżej 18 punktów. Wyniki pomiędzy 8 a 18 uznawane są za niepewne diagnostycznie [19].

Pomiary przeprowadzono dwukrotnie: przed rozpoczęciem leczenia oraz w ostatnim tygodniu terapii. Uzyskane dane analizowano statystycznie przy użyciu metod statystycznych odpowiednio dobranych do charakterystyki uzyskanych zbiorów (rozkładów) wartości – testu rangowanych znaków Wilcozona dla pomiarów powiązanych oraz testu U Manna–Whitneya dla prób niezależnych. Punktem odniesienia we wnioskowaniu dotyczącym skuteczności psychoterapii były wartości

¹ Norma przyjęta na podstawie najnowszych badań przeprowadzonych na populacji leczonej w latach 1999-2005 [20, s. 7]; w publikacjach inni autorzy powołują się też na wcześniejsze normy: 165 pkt dla mężczyzn, 200 pkt dla kobiet.

mierzonych zmiennych końcowych stwierdzone w populacji osób nieleczonych włączonych do badań normalizacji i standaryzacji stosowanych narzędzi badawczych.

Wyniki

Nasilenie objawów zaburzeń nerwicowych zmierzone na początku i na końcu terapii przedstawiają ryciny 4 i 5. Tabela 1 zestawia podstawowe wartości statystyczne charakteryzujące zbiory danych uzyskane w pomiarach na początku i na końcu terapii.

Tabela 1. Statystyki opisowe zmierzonych na początku i na końcu terapii wartości wskaźnika OWK (N = 145)

Zmienna	Min.	Maks.	R	Mediana	Q1	Q3	Rq
OWK_P	40	757	717	355	273	462	189
OWK_K	8	587	579	140	82	231	149
Kobiety (N = 98):							
OWK_P	40	757	717	346	246	438	174
OWK_K	8	428	420	129,5	78	227	149
Mężczyźni (N = 47):							
OWK_P	82	628	546	390	289	497	208
OWK_K	20	587	567	152	105	256	151

OWK_P-wartość wskaźnika globalnego nasilenia objawów nerwicowych zmierzona na początku psychoterapii

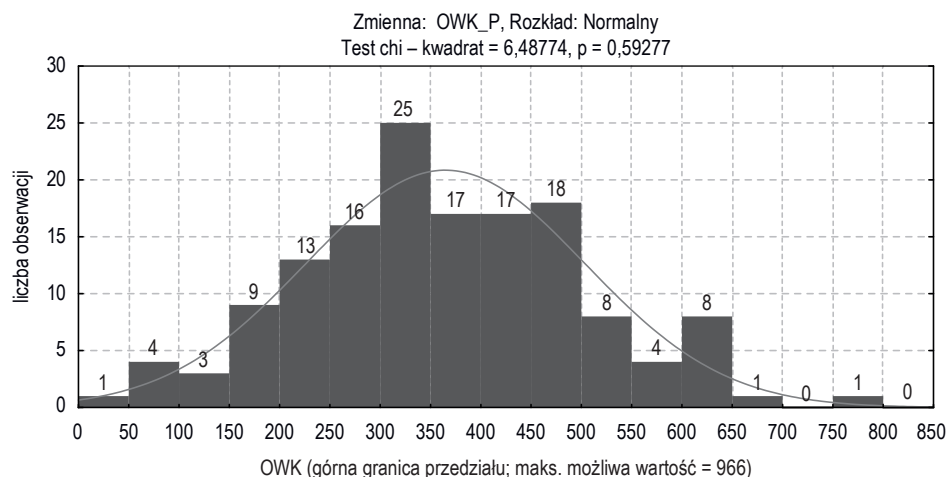
OWK_K-wartość wskaźnika globalnego nasilenia objawów nerwicowych zmierzona na końcu psychoterapii

Min.-wartość minimalna, Maks.-wartość maksymalna, R-rozstęp, Q1-pierwszy kwartył, Q3-trzeci kwartył, Rq-rozstęp kwartyłowy

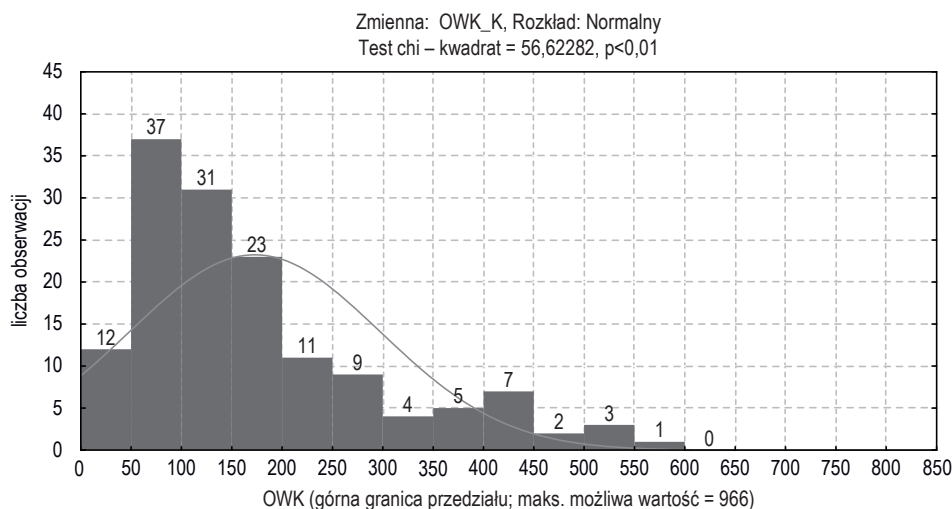
Kryterium istotności obserwowanych zmian przyjęto za Aleksandrowiczem i wsp. [18, 19, 69]. Obserwowane nasilenie objawów nerwicowych w grupie badanej mierzone za pomocą wskaźnika globalnego nasilenia objawów na początku i na końcu terapii mieściło się w granicach odpowiednio: OWK_P: 40–757 pkt, OWK_K: 8–687 pkt. Istotną poprawę objawową [18, 19, 68] zaobserwowano u 84% leczonych (u 122 osób: 84 kobiet, 38 mężczyzn). Wartości OWK charakterystyczne dla populacji osób zdrowych (OWK < 190 pkt dla mężczyzn oraz OWK < 200 pkt dla kobiet) obserwowano w pomiarach: a) na początku terapii u 16 osób (3 mężczyzn i 13 kobiet; 11% wszystkich obserwacji), b) w pomiarach na końcu terapii u 102 osób (32 mężczyzn i 70 kobiet; 70,3% wszystkich badanych; wzrost z 11% do 70,3%). 28 kobiet i 15 mężczyzn (43 osoby; 29,7% badanych) mimo ukończenia psychoterapii prezentowało nasilenie objawów nerwicowych charakterystyczne dla populacji osób chorych.

Istotne pogorszenie w zakresie nasilenia objawów stwierdzono u 6% leczonych (9 osób: 6 kobiet i 3 mężczyzn).

Analizując zmiany nasilenia objawów względem płci, odnotowano: a) istotną poprawę u 85,7% kobiet i 80,8% mężczyzn, b) wzrost odsetka osób ze zmierzonymi wartościami OWK znajdującymi się poniżej punktu oddzielającego populację osób



Rycina 4. Nasilenie objawów nerwicowych mierzone na początku terapii (N = 145)

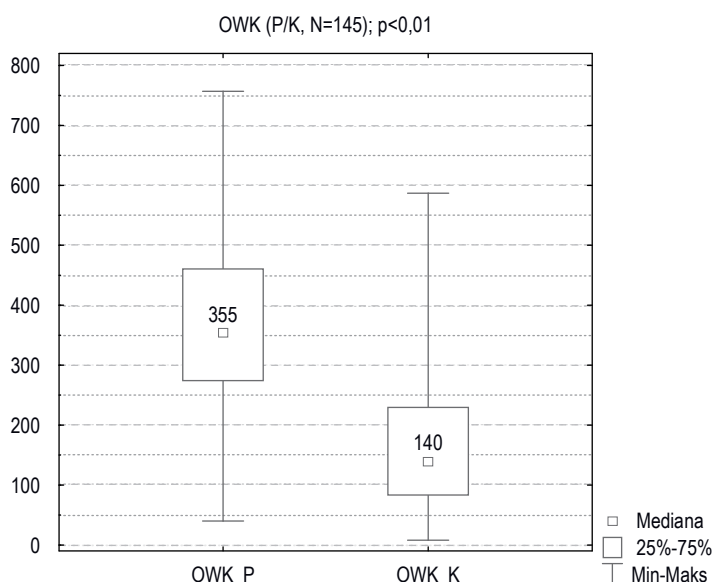


Rycina 5. Nasilenie objawów nerwicowych mierzone na końcu terapii (N = 145)

zdrowych od chorych: w grupie mężczyzn – z 6,4% (pomiar przed rozpoczęciem leczenia) do 68,1% (na końcu terapii; wzrost o 61,7%; OWK < 190), w grupie kobiet – z 13,3% do 71,3% (wzrost o 58,1%; OWK < 200). Niewielkie liczebności nie pozwalają na rzetelne porównanie częstości wzrostu nasilenia objawów nerwicowych w grupach wyodrębnionych ze względu na płeć.

Porównanie nasilenia objawów mierzonego przed i po interwencji terapeutycznej przedstawia rycina 6. Obserwowane różnice są istotne statystycznie (test znaków rangowanych Wilcozona dla pomiarów powiązanych, $p < 0,01$).

Globalne nasilenie cech osobowości nerwicowej zmierzone na początku oraz na końcu psychoterapii i wyrażone za pomocą wskaźnika X-KON przedstawiają ryciny 7 i 8. Tabela 2 zestawia podstawowe wartości statystyczne charakteryzujące zbiory danych uzyskanych w pomiarach.



Rycina 6. Nasilenie objawów nerwicowych w pomiarze na początku (P) oraz na końcu (K) psychoterapii

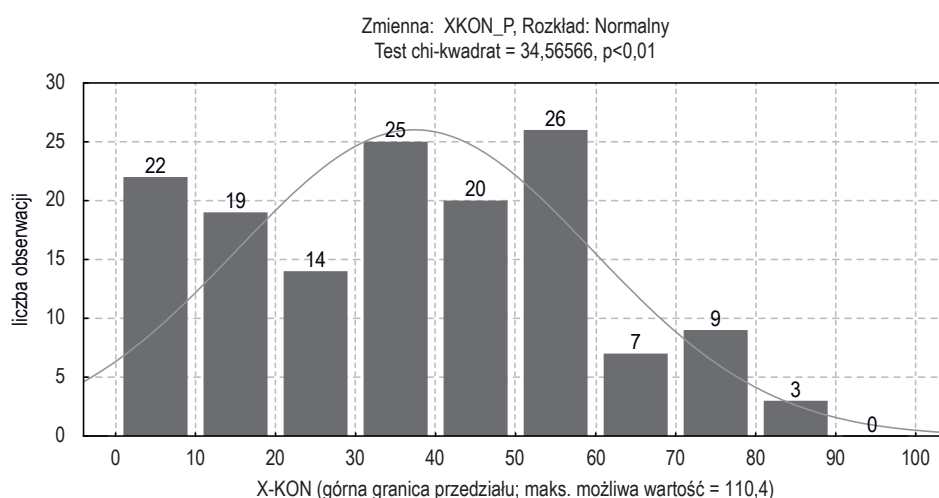
Tabela 2. Statystyka opisowa zmierzonych na początku i na końcu terapii wartości wskaźnika X-KON (N = 145)

Zmienna	Min.	Maks.	R	Mediana	Q1	Q3	Rq
X-KON_P	0,1	85,1	85	38	15,6	54,0	38,4
X-KON_K	0	89,7	89,7	11	0,9	30,6	29,7
Kobiety (N = 98):							
X-KON_P	0,1	85,1	85	37,4	15,4	54	38,6
X-KON_K	0	81,4	81,4	8,1	0,9	25,5	24,6
Mężczyźni (N = 47):							
X-KON_P	3,6	82,8	79,2	43,7	19,6	55	35,4
X-KON_K	0	89,7	89,7	13,2	1,6	37,8	36,2

X-KON_P-wartość wskaźnika osobowości nerwicowej zmierzona na początku psychoterapii
X-KON_K-wartość wskaźnika osobowości nerwicowej zmierzona na końcu psychoterapii
Min.-wartość minimalna, Maks.-wartość maksymalna, R-rozstęp, Q1-pierwszy kwartył, Q3-trzeci kwartył, Rq-rozstęp kwartyłowy

Obserwowane nasilenie cech osobowości nerwicowej wyrażone za pomocą wskaźnika X-KON mierzone w grupie badanej na początku i na końcu terapii mieściło się w granicach odpowiednio: X-KON_P: 0,1–85,1, X-KON_K: 0–89,7 pkt. Istotną poprawę w zakresie cech osobowości nerwicowej zaobserwowano u 76% leczonych (u 110 osób: 73 kobiet i 37 mężczyzn). Obserwowane typowo w populacji osób zdrowych wartości wskaźnika ($X\text{-KON} < 8$) w grupie badanej obserwowano odpowiednio: a) w pomiarach na początku terapii u 14 osób (3 mężczyzn i 11 kobiet; 9,7% wszystkich badanych), b) w pomiarach na końcu terapii u 62 osób (19 mężczyzn i 43 kobiet; 42,8% wszystkich badanych; wzrost z 9,7% do 42,8%).

Istotny wzrost globalnego nasilenia cech osobowości nerwicowej stwierdzono u 10% leczonych (15 osób: 11 kobiet i 4 mężczyzn).

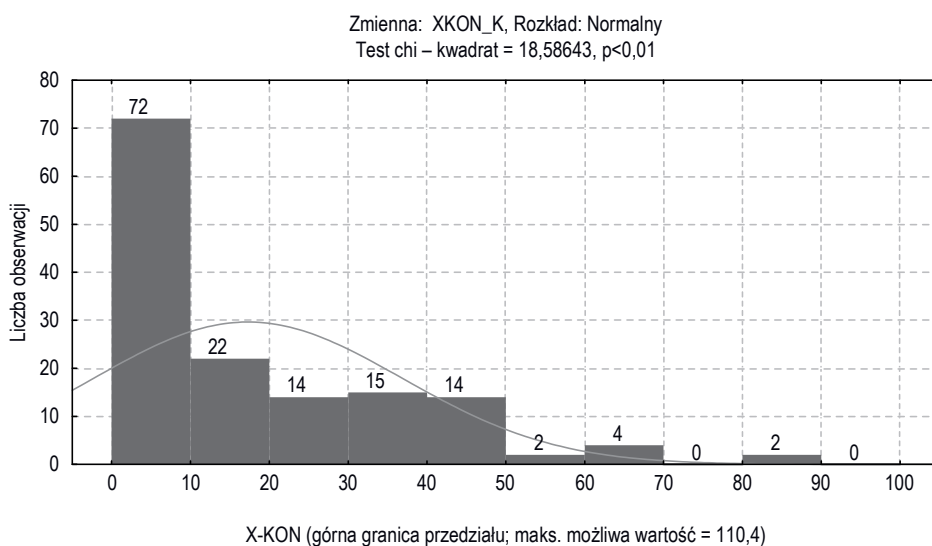


Rycina 7. Nasilenie cech osobowości związanych z zaburzeniami nerwicowymi zmierzone na początku terapii wyrażone za pomocą wskaźnika X-KON (N = 145)

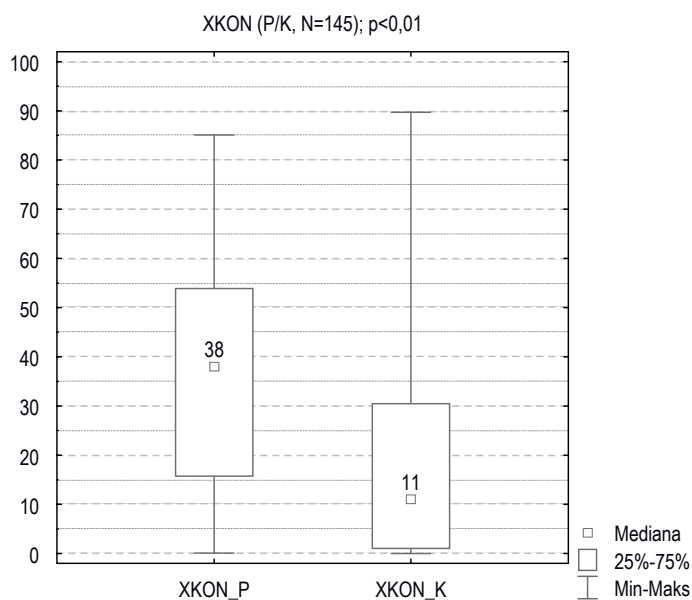
Analizując zmiany nasilenia cech osobowości nerwicowej względem płci, odnotowano: a) istotną poprawę u 74,5% kobiet i 78,7% mężczyzn, b) wzrost odsetka osób z wartościami X-KON typowo obserwowanymi w populacji osób zdrowych: w grupie mężczyzn – z 6,4% (pomiar przed rozpoczęciem leczenia) do 40,4% (na końcu terapii; wzrost o 34%), w grupie kobiet – z 11,2% do 43,9% (wzrost o 32,7%). Niewielkie liczebności nie pozwalają na rzetelne porównanie częstości wzrostu nasilenia cech osobowości nerwicowej w grupach wyodrębnionych ze względu na płeć.

Porównanie wyników pomiarów wskaźnika X-KON wykonanych przed i po pobyty na leczeniu przedstawia rycina 9. Obserwowane różnice są istotne statystycznie (test znaków rangowanych Wilcozona dla pomiarów powiązanych, $p < 0,01$).

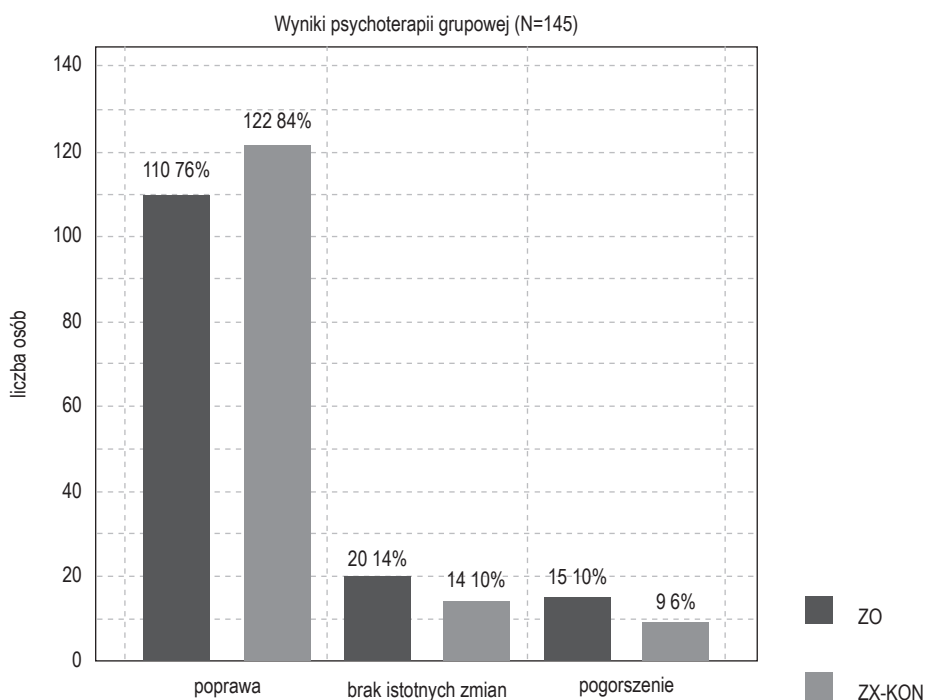
Zestawienie zmian obserwowanych w toku psychoterapii przedstawia rycina 10.



Rycina 8. Nasilenie cech osobowości związanych z zaburzeniami nerwicowymi zmierzone na końcu terapii i wyrażone za pomocą wskaźnika X-KON (N = 145)



Rycina 9. Porównanie wartości współczynnika X-KON zmierzonych przed i po interwencji terapeutycznej



Rycina 10. Wyniki psychoterapii grupowej osób w grupie badanej

ZO – zmiana w zakresie objawów zaburzenia, ZX-KON – zmiana nasilenia cech osobowości związanych z zaburzeniami nerwicowymi.

Dyskusja

Wyniki opisanego badania potwierdzają wnioski bardzo nielicznych wcześniejszych doniesień dotyczących skuteczności intensywnej psychoterapii kompleksowej (grupowej z elementami indywidualnej) w grupie pacjentów leczonych w Polsce z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości. Stanowią nie tylko wartościową replikę badań nad skutecznością psychoterapii, ale również cenne uzupełnienie i pogłębienie wcześniejszych obserwacji. Sobański i wsp. [36] w badaniu przeprowadzonym w grupie 690 pacjentów leczonych psychoterapią grupową w latach 2004–2009 zaobserwowali wyleczenia w zakresie nasilenia cech osobowości nerwicowej ($X-KON < 8$) u 1/3 badanych pacjentów. Uzyskane w niniejszym badaniu wyniki wskazują, iż odsetek kobiet i mężczyzn, których globalne nasilenie cech osobowości nerwicowej na początku terapii (wskaźnik X-KON) mieściło się w obszarze charakterystycznym dla osób chorych, a u których jednocześnie stwierdzono w pomiarze na końcu terapii spadek tego wskaźnika do wartości charakterystycznych dla populacji osób zdrowych, był podobny i wynosił odpowiednio: w grupie kobiet 32,7%, w grupie mężczyzn 34%. Nie wykazano ponadto istotnych statystycznie różnic wielkości osiągniętej zmiany globalnego nasilenia cech osobowości nerwicowej w grupach mężczyzn i kobiet. Podobne wyniki uzyskała Białas w badaniu przeprowadzo-

nym w grupie 100 pacjentów, wskazując jednocześnie, iż mimo braku istotnych różnic w zakresie globalnego nasilenia cech osobowości nerwicowej analiza poszczególnych skal kwestionariusza KON-2006 ujawnia różnice wpływu psychoterapii na poszczególne składowe osobowości nerwicowej w grupach kobiet i mężczyzn [21]. Stylę wykazał mniejszą od stwierdzonej w niniejszym badaniu skuteczność psychoterapii w redukcji nasilenia cech osobowości nerwicowej [29]. Zaobserwował, iż poprawa skutkująca końcowym nasileniem cech osobowości nerwicowej w przedziale charakterystycznym dla osób zdrowych nastąpiła u 23% badanych (21%, 27% i 21% – w zależności od ośrodka, w którym przeprowadzono pomiary). Obserwowane różnice mogą wiązać się z uwzględnieniem przez Stylę w obliczeniach osób, które przerwały terapię przed jej zakończeniem, oraz z faktem, iż długość psychoterapii prowadzonej w dwóch z trzech ośrodków objętych badaniem Stylę była istotnie krótsza (odpowiednio 9 i 6–8 tygodni). Ponadto struktura terapii kompleksowej była odmienna – mniejszy był udział sesji psychoterapii grupowej, znacznie większy psychodramy, arteterapii oraz psychoedukacji.

Wzrost globalnego nasilenia cech osobowości nerwicowej stwierdzono u 10% leczonych, co jest zgodne z obserwacjami innych badaczy [21, 29, 36].

Zdecydowana większość badanych pacjentów (85,7% kobiet i 80,8% mężczyzn) w toku psychoterapii uzyskała istotną redukcję nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych. Rzadziej obserwowano pogorszenia w zakresie nasilenia objawów niż w zakresie nasilenia cech osobowości nerwicowej (6%/10%). Wśród mężczyzn odsetek osób z poziomem objawów typowo obserwowanym w populacji osób zdrowych ($M < 190$; $K < 200$) wzrósł w toku psychoterapii o 61,7; w grupie kobiet o 58,1. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni uzyskali znaczną poprawę w toku terapii w zakresie zmniejszenia nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych. Obserwacje nie potwierdzają odnotowanej wcześniej tendencji do częstszego uzyskiwania w toku psychoterapii wyzdrowienia w zakresie nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych w grupie mężczyzn [21]. Co więcej, wyniki pomiarów przeprowadzonych na końcu terapii wskazują, że grupę kobiet charakteryzuje po odbyciu leczenia istotnie mniejsze nasilenie objawów zaburzeń nerwicowych w porównaniu z nasileniem zmierzonym w grupie mężczyzn. Podobne różnice, choć nieistotne statystycznie, zaobserwowano w nasileniu cech osobowości nerwicowej w pomiarach zarówno na początku, jak i na końcu terapii. Obserwacje Sobańskiego i wsp. dokonane w liczniejszej grupie 690 osób wskazują, iż zdecydowana większość – prawie 3/4 pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości – uzyskała poprawę (73%), w tym prawie połowa (49%) znaczną poprawę, jedynie 16% nie uzyskało żadnej zmiany, a co dziesiąty pogorszenie w zakresie dezintegracji osobowości [36]. Ciekawą hipotezą mogącą tłumaczyć nieco mniejszą skuteczność psychoterapii wykazaną w badaniach Sobańskiego i wsp. [36] jest oddziaływanie efektu dawki – badaniem objęto również mniej intensywne procesy terapeutyczne (10 sesji psychoterapii grupowej w tygodniu).

Analizując wyniki niniejszego badania, warto mieć na uwadze cechy grupy badanej, które powinny zostać uwzględnione przy odnoszeniu poczynionych obserwacji do szerszej populacji pacjentów. Większość grupy badanej stanowiły (typowo dla analizowanego oddziału dziennego) osoby przed ukończeniem 40 roku życia, z wyższym wykształceniem lub w trakcie jego zdobywania. Stosowane oddziaływanie terapeutyczne cechowało się znaczną intensywnością (150–210 sesji psychoterapii grupowej; 15 sesji terapii grupowej w tygodniu). Nieco mniej niż połowa badanych

osób była leczona z powodu zaburzeń lękowych. Jedynie u 17% osób z grupy badanej rozpoznano specyficzne zaburzenia osobowości.

Mimo wskazanych ograniczeń wyniki niniejszego badania potwierdzają znaczną skuteczność intensywniej psychoterapii grupowej w leczeniu zaburzeń nerwicowych (w tym przede wszystkim zaburzeń lękowych – F40 i F41 wg ICD-10). Uzyskane rezultaty są zgodne z wnioskami płynącymi z metaanalizy przeprowadzonej przez Köstersa i wsp., z których wynika, iż zastosowanie psychoterapii w leczeniu zaburzeń lękowych cechuje szczególnie wysoka skuteczność [40].

Bateman i Fonagy wskazują na efektywność psychoterapii także w leczeniu specyficznych zaburzeń osobowości [32]. Wyniki niniejszego badania pozwalają wnioskować, że również osoby cierpiące z powodu wybranych, specyficznych zaburzeń osobowości odnoszą korzyści z intensywniej, krótkoterminowej psychoterapii grupowej (z elementami terapii indywidualnej). Zagadnienie to wymaga jednak dalszych badań przeprowadzanych na liczniejszych grupach pacjentów z rozpoznaniem specyficznych zaburzeń osobowości. Wyniki badań prowadzonych w tym zakresie na opisywanym oddziale dziennym zostaną przedstawione w kolejnych publikacjach.

Podsumowanie wyników i wnioski

1. Zastosowanie intensywniej, krótkoterminowej psychoterapii kompleksowej (grupowej z elementami indywidualnej) w grupie osób leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości prowadzi do istotnego zmniejszenia nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych i zmniejszenia nasilenia cech osobowości nerwicowej u większości pacjentów.
2. Zmniejszenie nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych do poziomu typowo obserwowanego w populacji osób zdrowych zaobserwowano u ponad połowy badanych pacjentów, zaś nasilenia cech osobowości nerwicowej u 33% pacjentów.
3. Istotne pogorszenia w toku psychoterapii obserwuje się: w zakresie nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych – u 6% pacjentów, w zakresie nasilenia cech osobowości nerwicowej – u 10% pacjentów.
4. Częstość uzyskania wyleczenia w zakresie objawów zaburzeń nerwicowych oraz nasilenia cech osobowości nerwicowej nie różni się istotnie w grupach mężczyzn i kobiet.

Intensywna krótkoterminowa psychoterapia grupowa jest godną zalecenia (skuteczną i bezpieczną u większości pacjentów) metodą leczenia zaburzeń nerwicowych i wybranych zaburzeń osobowości zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Korzystne zmiany nie tylko w nasileniu objawów zaburzeń nerwicowych, ale też cech osobowości nerwicowej uzyskiwane są w stosunkowo krótkim czasie, co jest szczególnie istotne, zważywszy na względną stałość cech osobowości postulowaną w licznych badaniach. Analiza przedstawionych wyników wyłania dalsze ważne obszary badań nad skutecznością psychoterapii. Obejmują one: poszukiwanie predyktorów wyników psychoterapii, analizę czynników kształtujących proces psychoterapii oraz wnikliwą ocenę zmian w strukturze osobowości pacjentów uzyskiwaną w toku psychoterapii, zwłaszcza u osób leczonych z powodu specyficznych zaburzeń osobowości. Szczególną

uwagę warto poświęcić grupie pacjentów, którzy nie uzyskują w wyniku zastosowanej psychoterapii poprawy, oraz osobom, u których występuje pogorszenie w zakresie objawów i/lub neurotycznych cech osobowości.

Piśmiennictwo

1. Cahill J, Paley G, Hardy G. *What do patients find helpful in psychotherapy. Implications for the therapeutic relationship in mental health*. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 2013; 20(9): 782–791.
2. Lambert MJ, red. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. New York: Wiley; 2004.
3. Norcross JC, red. *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2011.
4. Shirk SR, Karver A. *Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review*. J. Consult. Clin. Psychol. 2003; 71: 452–464.
5. Wampold BE. *Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment*. Am. Psychol. 2007; 62: 857–873.
6. American Group Psychotherapy Association. *Practice guidelines for group psychotherapy*. New York: American Group Psychotherapy Association; 2007.
7. Lambert MJ, Ogles BM. *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. W: Lambert MJ, red. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: Wiley; 2004. s. 139–193.
8. Wilberg T, Karterud S. *The place of group psychotherapy in the treatment of personality disorders*. Curr. Opin. Psychiatry 2001; 14: 125–129.
9. Lazar SG, Gabbard GO. *The cost-effectiveness of psychotherapy*. J. Psychother. Pract. Res. 1997; 6: 307–314.
10. Goldfried MR. *What should we expect from psychotherapy?* Clin. Psychol. Rev. 2013; 33(7): 862–869.
11. Sobański JA. *Krótką refleksja nad badaniami w dziedzinie psychoterapii. Tendencje i perspektywy dalszego rozwoju*. Psychoterapia 1998; 105(2): 13–27.
12. Grzesiuk L, Suszek K. *Psychoterapia. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo ENETEA; 2010.
13. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak J, Trzcieniecka A, Zgud J. *Skuteczność niektórych form i metod psychoterapii nerwic*. Psychoterapia 1986; 58: 6–16.
14. Aleksandrowicz JW, Czabała JC. *Skuteczność psychoterapii – metody i badania*. Psychiatr. Pol. 1979; 13(4): 391–396.
15. Aleksandrowicz JW, Kowalczyk E. *Ocena skuteczności terapii nerwic*. Psychoterapia 1984; 51: 15–26.
16. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. *Wpływ niektórych cech interakcji między pacjentem a psycho-terapeutą na wyniki indywidualnej psychoterapii nerwic*. Psychoterapia 1992; 83(4): 47–53.
17. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. *Wpływ sposobu interweniowania na efekty psychoterapii*. Psychoterapia 1992; 3: 9–22.
18. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2004.
19. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2006.

20. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2009; 11(1): 21–29.
21. Białas A. *Psychotherapy effectiveness and the possibility of personality traits changes depending on the patients' age*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2009; 2009(1): 11–19.
22. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł, Cyranka K. *Skala Lęku Społecznego (SAD) oraz Skala Obaw Przed Negatywną Oceną (FNE). Ocena rzetelności i wstępna ocena trafności*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(4): 691–703.
23. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł, Cyranka K. *Zapamiętane postawy rodziców pacjenta a obraz zaburzeń nerwicowych. Objawy związane i niezwiązane z seksualnością*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(5): 827–851.
24. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Profil objawów pacjentów, którzy przegrali psychoterapię kompleksową w dziennym oddziale leczenia nerwic. Badanie retrospektywne*. Psychiatr. Psychoter. 2013; 9(4): 14–30.
25. Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Dembińska E, Rutkowski K, Cyranka K. *Traumatic childhood sexual events and secondary sexual health complaints in neurotic disorders*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2013; 15(3): 19–32.
26. Rutkowski K, Dembińska E. *Implicit memories and the structure of the values system after the experience of trauma in childhood or adulthood. Hurting memories and beneficial forgetting. Posttraumatic stress disorders, biographical developments and social conflicts*. Amsterdam, New York: Elsevier; 2013.
27. Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E, Rutkowski K, Cyranka K. *Seksualne wydarzenia urazowe a obraz zaburzeń nerwicowych – objawy związane i nie związane z seksualnością*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 411–431.
28. Styła R. *Concept of reliable change in the usage of the KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2011; 13(3): 21–24.
29. 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.
30. Engel L. *Skuteczność ambulatoryjnej psychoterapii indywidualnej i grupowej w podejściu zintegrowanym*. Praca doktorska. Warszawa: IPIŃ; 2012.
31. Perry JC. *Effectiveness of psychotherapy for personality disorder*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 1312–1321.
32. Bateman AW, Fonagy P. *Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder*. Br. J. Psychiatry 2000; 177: 138–143.
33. Gabbard GO. *Psychotherapy of personality disorders*. J. Psychother. Pract. Res. 2000; 9: 1–6.
34. Koerner K, Linehan MM. *Research on dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder*. Psychiatr. Clin. North Am. 2000; 23: 151–167.
35. Kisely S. *Psychotherapy for severe personality disorder: exploring the limits of evidence based purchasing*. Br. Med. J. 1999; 318: 1410–1412.
36. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Mielimąka M, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł, i wsp. *Skuteczność intensywnego psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006*. Psychiatr. Pol. E-pub ahead of print: Online First 2014 DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/6.
37. Seligman Martin EP. *The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study*. Am. Psychol. 1995; 50(12): 965–974.
38. Hollon S. *The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications*. Am. Psychol. 1996; 51: 1025–1030.

39. Abbass A, Kisely S, Kroenke K. *Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and meta-analysis of clinical trials*. Psychother. Psychosom. 2006; 78: 265–274.
40. Kusters M, Burlingame GM, Nachtigall C, Strauss B. *A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy*. Group Dyn. Theory Res. Pract. 2006; 10: 146–163.
41. Eysenck HJ. *The effects of psychotherapy: An evaluation*. J. Consult. Psychol. 1953; 319–324.
42. Margison FR, McGrath G, Barkham M, Clark M, Audin K, Connell J. i wsp. *Measurement and psychotherapy. Evidence-based practice and practice-based evidence*. Br. J. Psychiatry 2000; 177: 123–130.
43. Tillett R. *Psychotherapy assessment and treatment selection*. Br. J. Psychiatry 1996; 168: 10–15.
44. Howard KI, Orlinsky DE, Lueger RJ. *Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy. New models guide the researcher and clinician*. Br. J. Psychiatry 1994; 165(2): 4–8.
45. Rutkowski K. *Inne podejścia psychoterapeutyczne*. W: Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. red. *Psychiatria*. Tom III. Wyd. 2. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012. s. 290–296.
46. Lambert MJ. *Psychotherapy research and its achievements*. W: Norcross JC, VandenBos GR, Freedheim DK. red. *History of psychotherapy*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2011. s. 299–332.
47. Mace C, Margison F. *Attachment and psychotherapy: an overview*. Br. J. Psychiatry 1997; 70: 209–215.
48. Stiles WB, Elliott R, Llewelyn SP, Firth-Cozens JA, Margison FR, Shapiro DA. i wsp. *Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy*. Psychotherapy 1988; 27: 411–420.
49. Hobson RP. *Autism and the development of mind*. Hove: Erlbaum; 1993.
50. O'Brien TB, DeLongis A. *The interactional context of problem-emotion-and relationship-focused coping: the role of the big five personality factors*. J. Pers. 1996; 64: 775–813.
51. Snyder WU. *Clinical methods: psychotherapy*. Annu. Rev. Psychol. 1950; 1: 221–234.
52. Goldfried MR, Wolfe BE. *Toward a more clinically valid approach to therapy research*. J. Consult. Clin. Psychol. 1998; 66: 143–150.
53. Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. 2nd ed. New York: Guilford; 2004.
54. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
55. Barlow DH. red. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. 4th ed. New York: Guilford; 2007.
56. Goldfried MR, Davila J. *The role of relationship and technique in therapeutic change*. Psychother. Theor. Res. Pract. Train. 2005; 42(4): 421–430.
57. Wampold BE. *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001.
58. Castonguay LG, Boswell JF, Constantino MJ, Goldfried MR, Hill CE. *Training implications of harmful effects of psychological treatments*. Am. Psychol. 2010; 65: 34–49.
59. Castonguay LG, Boswell JF, Zack SE, Baker S, Boutsellis MA, Chiswick NR. i wsp. *Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study*. Psychother. Theor. Res. Pract. Train. 2010; 47: 327–345.
60. Margison FR, Loebl R, McGrath G. *The Manchester experience: audit and psychotherapy services in northwest England*. W: Davenport R, Patrick M. red. *Rethinking clinical audit: The case of psychotherapy services in the NHS*. London: Routledge; 1998. s. 76–110.
61. American Psychological Association. *Recognition of psychotherapy effectiveness*. Psychotherapy (Chic.) 2013; 50(1): 102–109.
62. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym*. 1994; 28(4): 421–430.

63. 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.
64. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 6: 667–676.
65. Siuta J. *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Paula T, Costy Jr i Roberta R McCrae. Adaptacja polska*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2006.
66. Rakowska J M. *Skuteczność psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2005.
67. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997.
68. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Filipiak J, Kowalczyk E, Martyniak J, Mazoń S. i wsp. *Kwestionariusze objawowe „S” i „O” – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych*. Psychoterapia 1981; 37: 11–27.
69. Aleksandrowicz JW, Pawelec B, Sikora D. *Model oceny efektów terapii nerwic – wskaźniki i kryteria zmian*. Psychoterapia. 1989; 1(68): 53–62 .
70. Aleksandrowicz JW. *Kwestionariusz S-II*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 945–959.
71. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Kwestionariusz objawowy S-III. Symptom checklist S-III*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(4): 515–526.
72. Pużyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne “Vesalius”, IPiN; 2000.
73. Gruszczyński B, Florkowski A, Gruszczyński W. *Autodestruktywność pośrednia u żołnierzy*. Suicydologia 2005; 1(1): 55–70.
74. Kokoszka A, Krótkiewicz H, Rosati A, Oziemiński S, Staniszewski K, Sochacki J. *Ogólny zespół nerwicowy – koncepcja i jej zastosowanie w praktyce klinicznej*. Psychiatr. Prakt. Klin. 2005; 5(4): 153–157.
75. Samochowiec J, Kucharska-Mazur J, Hajduk A, Wojciechowski B, Samochowiec A. *Profil osobowości pacjentów z zaburzeniami lękowymi oceniony za pomocą Inwentarza Temperamentu i Charakteru Cloningera oraz Kwestionariusza Osobowościowego RB Cattella*. Psychiatr. Pol. 2005; 39(3): 527–536.
76. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, Śliwińska M. *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1998.
77. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne; 2004.
78. Ježková V, Matulová P. *Pilot study of KON-2006 in the Czech Republic*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2010; 12(3): 57–61.

Adres: Michał Mielimąka
Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 13.02.2014
Zrecenzowano: 24.02.2014
Otrzymano po poprawie: 30.03.2014
Przyjęto do druku: 20.11.2014

Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006

Effectiveness of intensive psychotherapy in a day hospital evaluated with Neurotic Personality Inventory KON-2006

Jerzy A. Sobański¹, Katarzyna Klasa², Katarzyna Cyranka¹,
Michał Mielimaka¹, Edyta Dembińska¹, Łukasz Müldner-Nieckowski¹,
Bogna Smiatek-Mazgaj¹, Krzysztof Rutkowski¹

¹ Katedra Psychoterapii CM UJ
p.o. Kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski

² Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
Kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski

Summary

Aim. The aim of this study was to determine the effectiveness of intensive psychotherapy in the day hospital for neurotic and behavioral disorders as well as the assessment of the usefulness of the Neurotic Personality Inventory KON-2006 for routine evaluation of psychotherapy effectiveness.

Method. The results of the questionnaires KON-2006 completed by 690 patients (women - 69%, men - 31%, mean age 29 years, SD 8 years) were analyzed. All persons have received comprehensive, mainly psychodynamic psychotherapy (group with elements of individual therapy), in the years 2004-2009 in the Day Hospital for Neurotic and Behavioral Disorders in Krakow.

Results. The vast majority of patients achieved after the end of psychotherapy beneficial changes in personality corresponding to various degrees of improvements in terms of the questionnaire KON-2006. Only a few patients deteriorated, somewhat more numerous group did not achieve significant changes or the effects are not possible for unambiguous interpretation. These results are highly correlated with those obtained in the personality questionnaire NEO-PI-R.

Conclusions. The Neurotic Personality Inventory KON-2006 appears to be an adequate tool to assess the results of intensive, comprehensive psychotherapy, conducted in the day hospital for neurotic and behavioral disorders.

Słowa kluczowe: wyniki psychoterapii, osobowość, oddział dzienny

Key words: psychotherapy outcome, personality, day hospital

Wstęp

Przegląd literatury wskazuje, że badania nad skutecznością psychoterapii obejmują perspektywę trzech okresów. Pierwszy, wstępny etap badań, to lata 50. XX wieku; drugi związany z przemianami zachodzącymi zarówno w naukach humanistycznych, jak i empirycznych w dekadzie 1960–1970, w której pojawiające się nowe trendy filozoficzno-psychologiczne wpłynęły na zmianę postrzegania i rozwój samego procesu psychoterapii, oraz trzeci, którego początek wyznaczają wczesne lata 80., trwający do dnia dzisiejszego [1, 2].

W roku 1950 ukazało się pierwsze obszerne opracowanie dotyczące skuteczności psychoterapii. Pionierem badań nad zrozumieniem mechanizmów zmian zachodzących w procesie psychoterapii – która ograniczała się wówczas do ujęcia psychoanalitycznego, pozbawionego konkretnych ram merytorycznych – był Snyder. Podjął się on pierwszych prób odpowiedzi na pytanie, czy psychoterapia działa [3]. Była to teoretyczna podstawa do podjęcia badań, których rozwój nastąpił w latach 60. XX w., a które odnosiły się do bardziej już konkretnych pytań, np. jakie specyficzne interwencje terapeutyczne mają skuteczniejsze działanie w konkretnych typach zaburzeń psychicznych? (w związku z aktualnością tego pytania, wiele lat później jedną z klasycznych pozycji literatury badań nad psychoterapią zatytułowano „What works for whom? [4]). Badania te, osadzone w ówczesnych nurtach filozoficznych promujących podejście behawioralne i poznawcze, stanowiły próbę opisanie zróżnicowanych oddziaływań terapeutycznych w zależności od przyjętej szkoły psychoterapii [5, 6]

Początek lat 80. XX w. przyniósł znaczną proliferację badań nad skutecznością psychoterapii, bazujących jednak bardziej na założeniach teoretycznych i subiektywnych opisach terapeutów niż na analizie danych empirycznych. Obecnie istnieje tendencja, by mówiąc o dowodach potwierdzających skuteczność terapii, odnosić się do badań z randomizacją. Pod wpływem coraz szybszego rozwoju nauk statystycznych badania randomizacyjne zaczęły wieść prym także w naukach medycznych [7–9]. Aktualny model badań w medycynie, w ramach którego prowadzi się badania nad skutecznością farmakoterapii, nie tylko wpłynął na zmianę perspektywy prowadzenia analiz w zakresie psychoterapii (czego przykładem mogą być modele dawka–efekt, jakie wprowadzili do psychoterapii Howard i wsp. [10]), ale też na sposób myślenia o problemach klinicznych. Pacjenci (nie klienci) nie mają już problemów życiowych, ale raczej „zaburzenia kliniczne”; trudności w funkcjonowaniu nie są już powiązane z kłopotami życiowymi, lecz ma miejsce „współwystępowanie rozpoznań”. W takim ujęciu znacznie bardziej „adekwatne” pod względem metodologicznej poprawności stały się badania nad skutecznością terapii indywidualnej pacjentów z pojedynczymi rozpoznaniem, leczonych w nurcie behawioralnym lub behawioralno-poznawczym, gdzie analizowaną zmienną niezależną są ściśle określone interwencje terapeutyczne, zaś zmienną zależną zmiana zachowania wynikająca z tych interwencji. Taka perspektywa badawcza znacznie zbliżyła badaczy do empirycznej poprawności, lecz nasuwa pytanie, czy nie oddaliła od rozumienia tego, jakie zmiany jakościowe, zwłaszcza w przeżywaniu, zachodzą w życiu konkretnego pacjenta w wyniku leczenia [1, 11–15]. Ograniczenia podejścia randomizacyjnego były przedmiotem rozważań wielu

praktyków klinicystów [7–9, 11–15]. Próba zamknięcia przepaści między praktyką a badaniami nadal jest wyzwaniem dla dzisiejszych terapeutów–badaczy [16, 17].

Sześć dekad po stwierdzeniu Eysencka [18], iż nie ma dowodów, że psychoterapia ma pozytywny wpływ na życie pacjentów, zgromadzony został spory materiał badawczy wskazujący na to, że ów wpływ jest rzeczywisty. Przedstawienie obszernego przeglądu badań nad skutecznością oddziaływań psychoterapeutycznych znacznie wykracza poza cel i zakres tego artykułu. Pomimo jednak mnogości doniesień, które potwierdzają skuteczność terapii, pozostaje wciąż wiele istotnych pytań o wpływ mediatorów i moderatorów, które odpowiadają za zmiany w psychoterapii i za to, kiedy owe zmiany występują, a kiedy nie.

Chorpita i wsp. [19] podsumowali wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego dotyczące prowadzenia badań nad skutecznością psychoterapii, które uwzględniają trzy perspektywy analiz: feasibility, generalizability, costs. Feasibility (wykonalność) odnosi się m.in. do stopnia dostępności terapii dla pacjentów czy dostosowania się pacjentów do wymagań wynikających z terapii; generalizability (możliwość uogólnienia) uwzględnia wpływ zmiennych dodatkowych po stronie pacjenta i terapeuty, różnice settingu, długość trwania terapii, kontekst prowadzenia terapii; costs (koszty) odnosi się do perspektywy, w której jako czynnik wpływający na ocenę skuteczności terapii należy wziąć pod uwagę zarówno koszty terapii (z uwzględnieniem zarówno terapii prywatnej, jak i refundowanej przez instytucje państwowe, a także koszty wynikające z nieleczenia zaburzeń). Badania skuteczności psychoterapii w Polsce mają jak na razie zasięg ograniczony (jak się wydaje głównie do perspektywy możliwości uogólnienia) [20].

Aktualnie prowadzone są badania dotyczące skuteczności psychoterapii z wykorzystaniem różnorodnych narzędzi zarówno psychometrycznych, jak i wskaźników fizjologicznych. Perry i wsp. [21] w obszernej metaanalizie dotyczącej 15 badań nad skutecznością psychoterapii zaburzeń osobowości (prowadzonej w nurcie psychodynamicznym, behawioralno-poznawczym, jak i zintegrowanej) wskazują na znaczącą skuteczność psychoterapii (średnia wielkość efektu 1,1–1,9). Na podstawie heurystycznego modelu wykorzystanego do przeprowadzenia tej analizy autorzy obliczyli, iż średnio 25,8% pacjentów z zaburzeniami osobowości uzyskuje wyleczenie na przestrzeni roku od momentu rozpoczęcia psychoterapii. Skuteczność psychoterapii pacjentów z zaburzeniami osobowości prowadzoną w nurcie psychodynamicznym i behawioralno-poznawczym potwierdzili także Leichenring i wsp. [22] w metaanalizie obejmującej 22 badania z lat 1974–2000, do analizy wybrali doniesienia z badań, w których jasno zostały określone kryteria diagnostyczne, zastosowana psychoterapia prowadzona była na podstawie przejrzystości sformułowanych wytycznych, a ocena skuteczności leczenia dokonana została w odniesieniu do współczynnika wielkości efektu (effect size – ES). Wilberg i Karterud [23], dokonując przeglądu badań dotyczących skuteczności psychoterapii grupowej, zauważyli, że mimo licznych doniesień potwierdzających istotność oddziaływań psychoterapeutycznych w leczeniu zaburzeń osobowości i zaburzeń nerwicowych, wciąż niewystarczająca ilość badań odnosi się do procesów grupowych. Również Bateman i Fonagy, którzy w badaniu [24] przeprowadzonym na grupie 38 pacjentów wykazali znacząco większą skuteczność

oddziaływań psychoterapeutycznych prowadzonych w nurcie psychoanalitycznym w stosunku do standardowego leczenia psychiatrycznego pacjentów z osobowością typu borderline, podkreślają istotność kontynuacji badań w tym zakresie na większych grupach pacjentów, z uwzględnieniem różnych zmiennych dodatkowych wpływających na przebieg procesu psychoterapii (np. settingu). Metaanalizę badań w tym zakresie przeprowadził Kisters i wsp. [25], porównując skuteczności psychoterapii na podstawie 70 doniesień z badań (24 badania kontrolne, 44 badania typu pre-post) z lat 1980–2004, uwzględniając zarówno orientację teoretyczną, na bazie której prowadzona była psychoterapia, jak i setting terapeutyczny. Zgodnie z przewidywaniami autorów wielkość efektu w badaniach pre-post przewyższała tę uzyskaną w badaniach z grupami kontrolnymi. Jednocześnie autorzy zauważyli, że w analizowanych badaniach pacjenci z list oczekujących na leczenie nie wykazywali zmian w zakresie nasilenia objawów. Obserwacja ta jest sprzeczna z wnioskami płynącymi z innych badań, m.in. Arrindella [26], które wykazały, iż czynnik niespecyficzny związany z oczekiwaniem na leczenie związany jest z poprawą stanu zdrowia pacjentów przekładającą się na wielkość efektu $ES = 0,41-0,91$. Lambert i Ogles różnicę tę tłumaczą m.in. odmiennym stopniem nasilenia objawów u pacjentów, różnym czasem oczekiwania na leczenie, zróżnicowaniem zaburzeń występujących u pacjentów, a także aspektem społecznym odnoszącym się do populacji, z jakiej dana grupa pacjentów pochodzi, podkreślając, że wszystkie te czynniki – jak i inne – powinny być przedmiotem dalszych analiz i badań zarówno w kontekście terapii indywidualnej, jak i grupowej [27].

W Polsce badania nad skutecznością psychoterapii prowadzone są od końca lat 70-tych m.in. w ośrodku krakowskim, początkowo z inicjatywy ówczesnego kierownika dzisiejszej Katedry i Zakładu Psychoterapii – prof. Jerzego Aleksandrowicza, dotyczące głównie metod oceny wyników pracy oddziału dziennego łączącego terapię grupową i indywidualną (tzw. terapia kompleksowa), społeczność terapeutyczną [28–30] oraz poszukiwania mediatorów tej efektywności [31–34], a później także ograniczonych badań porównawczych terapii poznawczej i psychodynamicznej oraz wspomnianej terapii na oddziale dziennym [35].

W tym nurcie weryfikacji skuteczności leczenia na dziennym, psychoterapeutycznym oddziale leczenia nerwic pojawiają się w latach 2005–2010 pierwsze doniesienia o efektach psychoterapii ocenianych za pomocą pierwotnie polskojęzycznego Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006. Służy on nie tylko do diagnostyki, ale też daje możliwość zaobserwowania i empirycznej weryfikacji zmian zachodzących u pacjentów [36–39] w zakresie występowania i nasilenia cech osobowości (współwystępujących/odpowiadających za występowanie zaburzeń nerwicowych. Badania nad skutecznością psychoterapii z wykorzystaniem KON 2006 prowadzone są obecnie m.in. w ośrodku warszawskim [40–42] oraz w zakresie międzynarodowym [43].

Cel

Celem niniejszego badania było określenie skuteczności intensywnej psychoterapii na dziennym oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych, a także ocena użyteczności kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006 do rutynowej oceny wyników.

Material i metoda

W badaniu wykorzystano wyniki kwestionariuszy 690 pacjentów (kobiety – 69%, mężczyźni – 31%; średni wiek 29 lat, odch. stand. 8 lat). Wszystkie osoby przeszły w latach 2004–2009 kompleksową, grupową psychoterapię z elementami indywidualnej, prowadzoną głównie w podejściu psychodynamicznym, na Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic i Zaburzeń Behawioralnych w Krakowie [44, 45]. Psychoterapia standardowo trwała 12 tygodni – 180 godzin sesji grupowych i 12 sesji indywidualnych – terapia osób w grupie badanej (uznana za zakończoną) trwała minimum 8 tygodni (średnio 11 tyg., odch. stand. 3 tyg.), prowadziło ją 6 dwuosobowych zespołów doświadczonych terapeutów regularnie wspieranych przez certyfikowanych supervisorów PTP oraz stażystów i rezydentów.

W badaniu wykorzystano anonimowe dane uzyskane za zgodą pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i osobowości (kategorie F4, F5, F6 klasyfikacji ICD-10). Kwalifikacja do leczenia obejmowała w każdym przypadku przynajmniej dwa badania psychiatryczne, wywiad i badanie psychologiczne oraz baterię kwestionariuszy. Umożliwiło to wyłączenie innych zaburzeń (m.in. zaburzeń afektywnych, psychoz schizofrenicznych, zaburzeń egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich chorób somatycznych), wykluczających podejmowanie psychoterapii na tutejszym oddziale dziennym [45]. Większość badanych miała rozpoznane jedno z zaburzeń nerwicowych lub zaburzenie osobowości i wtórnie występujące zaburzenie nerwicowe. Główne rozpoznania przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Rozpoznanie główne wg klasyfikacji ICD-10

Rozpoznanie	n	Odsetek
Inne zaburzenia lękowe (F41)	193	28,0%
Zaburzenia osobowości (F60, F61)	132	19,1%
Zab. lękowe w postaci fobii (F40)	89	12,9%
Zab. występujące pod postacią somatyczną (F45)	78	11,3%
Zab. adaptacyjne (F43)	48	7,0%
Zab. odżywiania się (F50)	34	4,9%
Dystymia (F34)	31	4,5%
Zab. obsesyjno-kompulsyjne (F42)	31	4,5%
Zab. konwersyjne/dysocjacyjne (F44)	20	2,9%
Neurastenia (F48)	10	1,4%
Inne dgn (w tym w trakcie ustalania)	24	3,5%
Suma	690	100,0%

W celu oceny zmiany uzyskanej w terapii pacjenci wypełniali przed rozpoczęciem i przy zakończeniu pobytu na oddziale Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006, kwestionariusz objawowy KO„0” [46], a część badanych także inwentarz NEO-PI-R [47]. Zmiany wartości globalnych współczynników XKON i OWK obli-

czano i kategoryzowano według wcześniej opracowanych i opublikowanych zasad w kategoriach rozmiaru poprawy lub pogorszenia albo uzyskania lub nieuzyskania wyleczenia [35–41], krótko przedstawionych poniżej:

Za poprawę (zmianę ilościową; wg J.W. Aleksandrowicza i wsp. [35–38]) uznawano wartości odpowiednich współczynników:

- dla zmian globalnego nasilenia objawów – współczynnika XO:

$$\frac{(\text{OWK początkowa} - \text{OWK końcowa})^2}{(\text{większa z dwóch OWK} \text{ mnożona przez } 966)}$$
 gdzie 966 – to maksymalna możliwa OWK kwestionariusza „O”;
- dla zmian neurotycznej dezintegracji osobowości – współczynnika XXKON:

$$\frac{(\text{XKON początkowy} - \text{XKON końcowy})^2}{(\text{większy z dwóch XKON} \text{ mnożony przez } 104)}$$
 gdzie 104 – to maksymalna możliwa wartość XKON.

Gdy końcowa wartość (OWK lub XKON) okazywała się większa niż początkowa (nastąpiło pogorszenie stanu pacjenta), wartość tych współczynników mnożono przez (-1).

Zmianę objawową (lub osobowości) kategoryzowano następnie:

- jako „poprawę” – współczynnik XO (lub XXKON) znajdujący się w przedziale $<0,1; 1>$,
- jako „niewielką poprawę” – wynik w przedziale $<0,01; 0,1)$,
- jako „brak istotnych zmian” – wynik leżący w przedziale $(-0,01; 0,01)$,
- jako „niewielkie pogorszenie” – wynik w przedziale $<-0,01; -0,1)$,
- jako „znaczne pogorszenie” – wynik w przedziale $<-1; -0,1>$.

Za wyleczonych objawowo uznano tych pacjentów, u których wartość współczynnika kwestionariusza objawowego po terapii wynosiła mniej niż 200 punktów dla kobiet i 165 punktów dla mężczyzn. Za wyraz całkowitego ustąpienia dezintegracji osobowości (wyleczenia), wychwytywanej kwestionariuszem KON-2006, uznawano wynik 8 lub mniej punktów w pomiarze wykonywanym po leczeniu. Za wyniki nieokreślone uznano zmiany wiążące się z wartościami typowymi dla zdrowych przed leczeniem albo w odniesieniu do kwestionariusza KON, związane z wartościami XKON przed lub po leczeniu leżącymi w przedziale 8–18 pkt, zatem nieinterpretowalne [36–38].

Zastosowano także kryteria zmiany zaproponowane przez R. Styłą [39, 40] (powiązane z teorią zmian zaproponowaną przez Jacobsona i Truax), krótko opisane poniżej.

Współczynnik Istotnej Zmiany (Reliable Change Index – RCI) wprowadzony przez Jacobsona, Follette i Revenstorf w 1984 roku to statystyczna metoda oceny, czy różnice pomiędzy dwoma pomiarami przy danym poziomie ufności można przypisać faktycznej zmianie, a nie fluktuacji wyników badań. Na bazie tego współczynnika Styła zaproponował termin Reliable Change Value (RCV) odnoszący się do wartości różnicy między dwoma pomiarami $(x_1 - x_2)$, którą można uznać za wiarygodną przy danym poziomie ufności. Następnie, na podstawie wartości RCV dla współczynnika XKON oraz biorąc pod uwagę wartości punktów odcięcia, Styła zaproponował następujące kategorie oceny zmiany w zakresie osobowości nerwicowej:

1. wyleczenie: XKON poniżej 8 punktów, spadek większy niż 13,3 punktu;

2. prawdopodobne wyleczenie: końcowy wynik XKON pomiędzy 8 a 18 punktów, spadek większy niż 13,3 punktu;
3. istotna poprawa: końcowy wynik XKON wyższy niż 18 punktów, spadek większy niż 13,3 punktu;
4. brak istotnej zmiany – zmiana mniejsza niż 13,3 punktu;
5. istotne pogorszenie – wzrost współczynnika XKON większy niż 13,3 punktu.

Wyniki

Wyniki leczenia oceniane za pomocą kategorii zmiany współczynnika XKON kwestionariusza KON-2006 przedstawiają tabele 2A–2C.

Tabela 2A. Kategorie poprawy wg J.W. Aleksandrowicza i wsp.

	Zmiana w zakresie objawów (OWK)				
Zmiana w zakresie osobowości (XKON)	Znaczna poprawa	Niewielka poprawa	Brak zmian	Pogorszenie	Suma
Znaczna poprawa	258 – 37,4%	64 – 9,3%	11 – 1,6%	2 – 0,3%	335 – 48,6%
Niewielka poprawa	89 – 12,9%	60 – 8,7%	18 – 2,6%	5 – 0,7%	172 – 24,9%
Brak zmian	40 – 5,8%	47 – 6,8%	20 – 2,9%	6 – 0,9%	113 – 16,4%
Pogorszenie	9 – 1,3%	26 – 3,8%	24 – 3,5%	11 – 1,6%	70 – 10,1%
Suma	396 – 57,4%	197 – 28,6%	73 – 10,6%	24 – 3,5%	690 – 100,0%

Zdecydowana większość – prawie 3/4 pacjentów – uzyskała poprawę (73%), w tym prawie połowa (49%) znaczną poprawę, jedynie 16% nie uzyskało żadnej zmiany, a co dziesiąty pogorszenie w zakresie dezintegracji osobowości (tab. 2A). Ponadto poprawom według zmiany XKON przeważnie towarzyszyła poprawa objawowa w kwestionariuszu KO₀”.

Tabela 2B. Kategorie „wyleczenia” wg J.W. Aleksandrowicza i wsp.

	Zmiana w zakresie objawów (OWK)			
Zmiana w zakresie osobowości (XKON)	Wyleczenia	Brak wyleczenia	Nieokreślone	Suma
Wyleczenia	169 – 24,5%	18 – 2,6%	17 – 2,5%	204 – 29,6%
Brak wyleczenia	138 – 20,0%	168 – 24,3%	13 – 1,9%	319 – 46,2%
Wyniki nieokreślone*	88 – 12,8%	26 – 3,8%	53 – 7,7%	167 – 24,2%
Suma	395 – 57,2%	212 – 30,7%	83 – 12,0%	690 – 100,0%

* zmiany łączące się z nieinterpretowalnymi wartościami XKON przed lub po terapii

Wyleczenie w zakresie osobowości uzyskała 1/3 pacjentów, około połowa nie uzyskała tego efektu, ponadto wyniki co czwartej osoby były nieinterpretowalne w tych kategoriach (z powodu wartości współczynnika XKON między 8–18 pkt [36–38]). Warto zauważyć, że znaczna grupa pacjentów nieuzyskujących wylecze-

nia wg XKON sprawozdała ulgę w zakresie objawów odpowiadającą wyleczeniu (tab. 2B).

Tabela 2C. Kategorie poprawy (RCI) wg R. Styły

Kategorie zm. XKON wg R. Styły (RCI)	Kategorie zm. XKON wg J.W. Aleksandrowicza i wsp.				
	Znaczne poprawy	Niewielkie poprawy	Brak zmian	Pogorszenia	Suma
Poprawy	333 – 48,3%	59 – 8,6%	0	0	392 – 56,8%
Brak zmian	2 – 0,3%	113 – 16,4%	113 – 16,4%	26 – 3,8%	254 – 36,8%
Pogorszenia	0	0	0	44 – 6,4%	44 – 6,4%
Suma	335 – 48,6%	172 – 24,9%	113 – 16,4%	70 – 10,1%	690 – 100,0%

Propozycje J.W. Aleksandrowicza i wsp. oraz R. Styły okazały się w praktyce zgodne, poza częstszą w propozycji R. Styły kwalifikacją wyników jako braków zmian (tab. 2C).

Współczynnik wielkości efektu dla kwestionariusza KON-2006 był według interpretacji proponowanej przez Cohena znaczny – wyniósł w badanej grupie 690 pacjentów $ES = 1,01$ (przy oznaczaniu metodą korelacji dwuseryjnej wyników badania kwestionariuszem przed i po leczeniu) lub $ES = 0,92$ (przy oznaczaniu metodą porównania zmiany w grupie leczonych z grupą „uznanych za oczekujących” 83 dwukrotnie zbadanych kwestionariuszem KON-2006 pacjentów niepodlegających jednakże leczeniu) [48, 49].

Pomiary wyników psychoterapii w zakresie zmian wartości poszczególnych skal KON-2006 zaobserwowanych w badanej grupie pacjentów przedstawiono osobno dla kobiet i mężczyzn.

Tabela 3. Zmiany w kwestionariuszu KON-2006 uzyskane w wyniku intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym – grupa kobiet

Skala/ Średnia ± Odch. stand.	Przed terapią N = 473	Po terapii N = 473	p	Grupa porównawcza [#] N = 326
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	9,1 ± 4,6	6,0 ± 4,3	***	3,6 ± 3,5
2. Astenia	10,1 ± 2,9	6,7 ± 4,0	***	3,6 ± 3,0
3. Negatywna samoocena	5,7 ± 3,3	2,8 ± 3,0	***	1,4 ± 2,1
4. Impulsywność	7,7 ± 3,8	5,4 ± 3,7	***	4,3 ± 3,1
5. Trudności podejmowania decyzji	7,6 ± 2,8	6,1 ± 3,0	***	4,5 ± 2,8
6. Poczucie wyobcowania	5,3 ± 3,7	3,0 ± 3,0	***	3,0 ± 2,0
7. Demobilizacja	12,1 ± 4,3	8,3 ± 4,5	***	5,3 ± 3,8
8. Skłonność do ryzyka	2,6 ± 2,2	3,7 ± 2,4	***	4,7 ± 3,1
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	6,1 ± 2,7	5,0 ± 2,4	***	4,5 ± 2,3
10. Brak witalności	11,9 ± 3,5	8,8 ± 3,9	***	6,5 ± 3,3

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

11. Przekonanie o niezaradności życiowej	9,1 ± 3,7	5,7 ± 4,2	***	3,2 ± 3,4
12. Poczucie braku wpływu	4,8 ± 3,1	2,5 ± 2,6	***	1,5 ± 2,0
13. Brak wewnątrzsterowności	9,0 ± 4,1	6,1 ± 3,9	***	3,6 ± 3,3
14. Wyobrażenia, fantazjowanie	6,2 ± 2,8	4,5 ± 3,0	***	4,0 ± 2,7
15. Poczucie winy	7,1 ± 2,8	4,8 ± 3,4	***	2,9 ± 2,5
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	5,9 ± 2,8	4,5 ± 2,7	***	3,2 ± 2,3
17. Zawiść	3,7 ± 2,6	2,4 ± 2,5	***	1,8 ± 2,3
18. Postawa narcystyczna	2,3 ± 2,2	2,1 ± 2,0	ns	1,7 ± 2,0
19. Poczucie zagrożenia	5,4 ± 2,9	3,2 ± 2,8	***	2,5 ± 2,4
20. Egzaltacja	9,4 ± 2,4	7,1 ± 3,0	***	5,5 ± 2,8
21. Irracjonalność	4,6 ± 2,1	3,6 ± 2,1	***	3,9 ± 2,0
22. Drobiazgowość	4,0 ± 2,0	2,8 ± 2,1	***	2,6 ± 1,9
23. Rozpamiętywanie	7,9 ± 1,9	6,2 ± 2,3	***	5,0 ± 2,2
24. Poczucie przeciążenia	5,0 ± 2,0	3,9 ± 2,0	***	4,2 ± 2,3
Współczynnik XKON	36,2 ± 21,8	17,1 ± 20	***	13,7 ± 16,7

wyniki testu t-Studenta lub jego nieparametrycznego odpowiednika: *** $p < 0,0005$; # – wartości dla grupy osób niezaburzonych i nieleczonych z podręcznika testu [36]

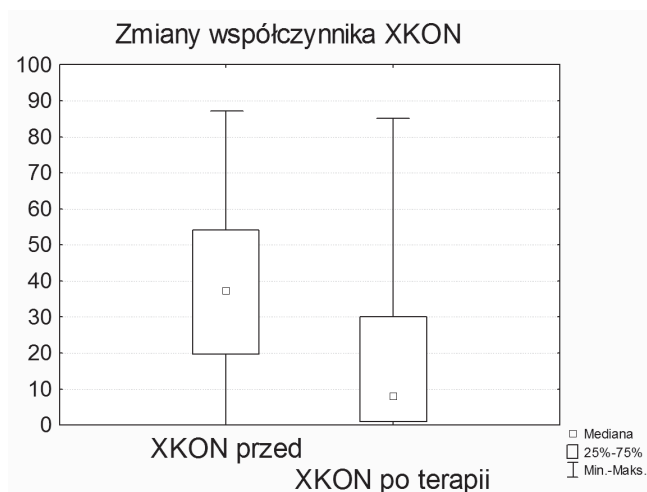
Tabela 4. Zmiany w kwestionariuszu KON-2006 uzyskane w wyniku intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym – grupa mężczyzn

Skala/ Średnia ± Odch. stand.	Przed terapią N = 217	Po terapii N = 217	p	Grupa porównawcza# N=194
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	9,1 ± 4,4	5,9 ± 4,2	***	2,9 ± 2,6
2. Astenia	9,8 ± 3,3	6,8 ± 3,9	***	2,6 ± 2,5
3. Negatywna samoocena	4,9 ± 3,3	2,5 ± 2,8	***	0,8 ± 1,1
4. Impulsywność	6,8 ± 3,8	4,9 ± 3,6	***	3,8 ± 2,7
5. Trudności podejmowania decyzji	7,5 ± 2,7	6,1 ± 3,0	***	4,1 ± 2,5
6. Poczucie wyobcowania	5,7 ± 3,8	3,1 ± 3,2	***	1,5 ± 1,8
7. Demobilizacja	10,9 ± 4,4	7,7 ± 4,5	***	4,5 ± 2,6
8. Słonność do ryzyka	3,1 ± 2,5	4,4 ± 2,5	***	5,5 ± 3,0
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	7,2 ± 2,7	5,4 ± 2,8	***	5,0 ± 2,1
10. Brak witalności	11,8 ± 3,4	8,7 ± 3,9	***	5,8 ± 2,7
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	8,5 ± 4,2	5,5 ± 4,1	***	2,2 ± 2,5
12. Poczucie braku wpływu	4,5 ± 3,1	2,5 ± 2,7	***	1,0 ± 1,4
13. Brak wewnątrzsterowności	8,4 ± 4,3	5,9 ± 4,0	***	3,1 ± 2,5

14. Wyobraźnia, fantazjowanie	6,8 ± 3,0	5,2 ± 2,9	***	4,3 ± 2,4
15. Poczucie winy	6,8 ± 2,9	4,5 ± 3,1	***	2,2 ± 2,4
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	6,2 ± 2,8	4,6 ± 2,7	***	3,2 ± 2,3
17. Zawiść	4,3 ± 2,9	2,6 ± 2,5	***	1,9 ± 1,9
18. Postawa narcystyczna	3,4 ± 2,9	2,8 ± 2,2	ns	2,5 ± 2,4
19. Poczucie zagrożenia	5,3 ± 2,9	3,1 ± 2,6	***	1,9 ± 1,6
20. Egzaltacja	8,0 ± 2,6	5,9 ± 3,0	***	3,8 ± 2,7
21. Irracjonalność	3,9 ± 2,1	3,4 ± 2,2	***	3,3 ± 2,1
22. Drobiazgowość	4,5 ± 2,1	3,1 ± 2,2	***	2,4 ± 1,8
23. Rozpamiętywanie	7,6 ± 2,0	6,0 ± 2,4	***	4,2 ± 2,3
24. Poczucie przeciążenia	4,9 ± 2,0	4,1 ± 2,1	***	4,5 ± 2,2
Współczynnik XKON	36,8 ± 22,4	17,8 ± 20,2	***	9,5 ± 13,0

*** $p < 0,0005$; # – wartości dla grupy osób niezaburzonych i nieleczonych z podręcznika testu [36]

Stwierdzono znaczne i istotne statystycznie różnice między wartościami XKON przed i po terapii oraz 23 spośród 24 skal KON-2006 (wyjątek stanowiła zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn skala 18 – Postawa narcystyczna). Średnie wartości tych współczynników zbliżyły się do ich przeciętnych wartości opisanych w podręczniku testu [36] dla grupy porównawczej – osób nieleczonych, niezgłaszających dolegliwości, pochodzących z populacji nieklinicznej, prawdopodobnie w znacznej większości niezaburzonych.



Rysunek 1. Zmiany w kwestionariuszu KON-2006 uzyskane w wyniku intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym

Przeciętne wartości XKON (mediana i kwartyle) przed leczeniem wynosiły ponad 18 pkt (wyniki typowe dla osób cierpiących na zaburzenia nerwicowe), po terapii wartości przeciętne XKON były bliższe wynikom typowym dla osób zdrowych (poniżej 8 pkt) [36].

W mniejszej grupie 100 pacjentów przeprowadzono także analizę powiązania zmian w KON-2006 ze zmianami w NEO-PI-R (wersję polską opracował J. Siuta [47]), której wyniki przedstawia tab. 5.

Tabela 5. Korelacje zmian wartości czynników inwentarza NEO-PI-R ze zmianami wartości skal kwestionariusza KON-2006

	Neurotyczność	Ekstrawertyczność	Otwartość na doświadczenie	Ugodowość	Sumienność
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	0,44***	-0,37***	0,01	0,12	-0,15
2. Astenia	0,49***	-0,37***	-0,08	-0,03	-0,27*
3. Negatywna samoocena	0,40***	-0,45***	-0,03	0,09	-0,29**
4. Impulsywność	0,52***	-0,31***	-0,15	0,11	-0,28**
5. Trudności podejmowania decyzji	0,43***	-0,36***	-0,02	0,13	-0,11
6. Poczucie wyobcowania	0,28**	-0,27*	-0,06	0,02	-0,22*
7. Demobilizacja	0,58***	-0,49***	-0,04	0,04	-0,31**
8. Skłonność do ryzyka	-0,37***	0,27*	-0,02	-0,12	0,12
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	0,29**	-0,28**	-0,09	0,13	-0,14
10. Brak witalności	0,58***	-0,49***	-0,07	0,13	-0,19
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	0,56***	-0,42***	-0,12	0,06	-0,30**
12. Poczucie braku wpływu	0,36***	-0,34***	-0,05	0,11	-0,21*
13. Brak wewnątrzsterowności	0,49***	-0,38***	0,00	0,13	-0,28**
14. Wyobrażenia, fantazjowanie	0,37***	-0,32**	0,08	0,05	-0,10
15. Poczucie winy	0,52***	-0,32**	-0,02	0,20	-0,16

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

16. Trudności w relacjach interspers.	0,41***	-0,26*	-0,16	0,06	-0,18
17. Zawiść	0,45***	-0,38***	-0,21*	0,10	-0,23*
18. Postawa narcystyczna	0,24*	-0,12	-0,15	-0,05	-0,19
19. Poczucie zagrożenia	0,36***	-0,38***	-0,13	0,11	-0,25*
20. Egzaltacja	0,47***	-0,29**	-0,06	0,08	-0,19
21. Irracjonalność	0,17	-0,06	0,10	0,21*	0,02
22. Drobiazgowość	0,48***	-0,35***	-0,17	0,04	-0,13
23. Rozpamiętywanie	0,46***	-0,35***	-0,12	0,05	-0,16
24. Poczucie przeciążenia	0,23*	-0,15	0,02	0,14	0,02
Współczynnik XKON	0,48***	-0,47***	-0,10	0,10	-0,28**

wyłuszczone korelacje istotne statystycznie, istotności oznaczono: * $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0001$

Najwięcej najsilniejszych korelacji ze zmianami wartości XKON i zmianami wartości skal KON stwierdzono dla zmian wartości czynników Neurotyczność (N) i Ekstrawertyczność (E). Nie było takich powiązań dla zmian skali Irracjonalność (z czynnikami N i E) oraz dla zmian skal KON Postawa narcystyczna oraz Poczucie przeciążenia (z czynnikiem E). Dla czynnika Sumienność (S) stwierdzono korelację zmian ze zmianą XKON oraz 10 skal. Stwierdzono tylko po jednej istotnej, lecz słabej korelacji dla czynników Otwartość na doświadczenie (odwrotna – ze skalą Zawiść) i Ugodowość (ze skalą Irracjonalność).

Dyskusja

Nie wszystkie rodzaje psychoterapii stawiają sobie za cel uzyskanie zmiany w zakresie osobowości. Jedne podejścia teoretyczne są skrajnie skoncentrowane na objawach (np. terapie behawioralne), inne warunki terapii nie obejmują dość długiego okresu, by taka zmiana miała nastąpić (np. pakiet 5, 10 czy 15 sesji terapii poznawczej lub poznawczo-behawioralnej), jeszcze inne nie ujmują efektów leczenia w tych kategoriach, koncentrując się chociażby wyłącznie na systemie rodzinnym (terapia systemowa) albo tylko na wybranych parametrach zmiany, np. w zakresie mechanizmów obronnych, satysfakcji z życia pacjenta, obciążenia systemu opieki zdrowotnej (wiele różnych wariantów warunków lub założeń teoretycznych terapii) [50–55]. Wiele psychoterapii jest też prowadzonych bez żadnych ustrukturuowanych prób oceny ich efektów, może wyjąwszy nieujmowane w żadnych narzędziach badawczych zadowolenie pacjenta lub terapeuty. Część specjalistów z zakresu psychologii osobowości

zakłada też nieprawdopodobieństwo uzyskania zmian w zakresie osobowości w ogóle lub w wyniku procesu leczenia trwającego krócej niż kilka lat [56–57].

Wśród tych jednak terapii, które trwają dość długo (miesiące lub lata), a szczególnie gdy obejmują wiele sesji (rzędu setek godzin pracy grupy i/lub indywidualnej), weryfikacja efektów w zakresie osobowości jest jak najbardziej możliwa i pożądana. Jak wynika ze wstępnie omówionego piśmiennictwa, najczęściej wykorzystywane testy osobowości (głównie MMPI, NEO, TCI) pozwalają na wykazanie po zakończeniu terapii u znacznej części pacjentów korzystnych zmian także w zakresie osobowości.

Kwestionariusz KON-2006 nie jest tu wyjątkiem – oczywiście, jak można się domyślać, nie każda psychoterapia prowadzi do równie korzystnej zmiany u każdego pacjenta. Według uzyskanych danych większość pacjentów uzyskała przynajmniej poprawę w zakresie globalnego współczynnika nerwicowej dezintegracji osobowości oraz skal tego testu osobowości, niewielu nie uzyskało zmian, a jeszcze mniej spotkało pogorszenie. Niniejsza analiza nie obejmuje jednak braków danych związanych z przedwczesnymi rezygnacjami z leczenia. Najbardziej korzystnych efektów tzw. „wyleczeń” w zakresie opisywanym przez KON-2006 zaobserwowano niewiele, jednak ich uzyskanie może być bardziej czasochłonne niż pozwala 12-tygodniowe leczenie na oddziale.

Wnioski z niniejszego badania mają jednak pewne ograniczenia: nie dysponujemy w obecnym badaniu danymi z innych oddziałów dziennych, innych podejść terapeutycznych, leczenia o podobnej lub mniejszej intensywności lub o innym procesie kwalifikacji przed jego rozpoczęciem. Skuteczność leczenia zależy oczywiście od wielu rozmaitych czynników takich jak doświadczenie terapeutów, współwystępowanie innych zaburzeń, dopasowanie pacjent–terapeuta, optymalne sformowanie przymierza terapeutycznego itd. Dlatego konieczne jest prowadzenie dalszych badań nad skutecznością psychoterapii różnego typu na różnych oddziałach dziennych, weryfikowanej za pomocą różnych testów osobowości.

Za wyborem kwestionariusza KON-2006 przemawia to, że jest on jedynym oryginalnie polskojęzycznym narzędziem ukierunkowanym na wielowymiarową diagnostykę zaburzeń osobowości prawdopodobnie odpowiedzialnych za obecność zaburzeń nerwicowych, jest dostępny bezpłatnie, a także w wersji komputerowej (tych zalet nie mają niestety kwestionariusze NEO-PI-R, NEO-FFI oraz MMPI-2). Zmienne KON-2006 nie są pytaniami o symptomy w odróżnieniu od zmiennych inwentarza NEO. Stosunkowo długi czas wypełniania 243 zmiennych jest jednak krótszy niż dla dłuższych testów osobowości (np. MMPI-2), opracowanie wyników jest również szybkie – całkowicie skomputeryzowane. Wadami KON-2006 jest stosunkowo niewielkie umiędzynarodowienie (istnieją adaptacje czeska i rosyjska) i ograniczenie porównywalności wyników (łatwiejszej dla kwestionariuszy NEO oraz MMPI).

W niniejszym badaniu zrezygnowano z użycia grupy kontrolnej, ponieważ w odniesieniu do psychoterapii tzw. lista oczekujących, zazwyczaj poddawana badaniom diagnostycznym łączącym się z pogłębionym wywiadem psychologicznym, konfrontacją z kontekstem występowania objawów, nie jest populacją wolną od oddziaływań zbliżonych do terapeutycznych (potwierdzają to obserwacje zmian w nasileniu objawów mających jednak miejsce w okresie oczekiwania na terapię). Można spodziewać się, że upływ czasu lub wielokrotne wypełnianie testów może powodować stopniowe

obniżanie wartości kwestionariusza KON-2006. Z drugiej jednak strony badania stabilności tego narzędzia (oszacowania korelacji test-retest) zamieszczone w podręczniku testu [36], podobnie jak obserwacje (niepublikowane) pomiarów dokonywanych przy kolejnych próbach rozpoczęcia psychoterapii wskazują na niewielkie prawdopodobieństwo takich spontanicznych zmian.

Wnioski

1. Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006 pozwala na oszacowanie zmian nasilenia zaburzeń osobowości towarzyszących zaburzeniom nerwicowym zachodzących pod wpływem intensywnej psychoterapii w grupie pacjentów oddziału dziennego.
2. Zmiany te są istotne statystycznie i dotyczą zarówno globalnego współczynnika nerwicowej dezintegracji osobowości, jak i prawie wszystkich jego skal składowych. Prowadzą one do zbliżenia średnich wartości wyników KON-2006 u pacjentów kończących terapię do wyników grupy osób nieleczonych, niezgłaszających objawów nerwicowych i prawdopodobnie niezaburzonych.
3. Kategorie wyników opisane jako różnego stopnia poprawy lub wyleczenia zaobserwowane w kwestionariuszu KON-2006 pozwalają uznać intensywną psychoterapię na oddziale dziennym za skuteczną w odniesieniu do większości pacjentów oddziału. Także współczynnik wielkości efektu był według standardów Cohena znaczny – wyniósł w badanej grupie (zależnie od metody) od 0,92 do 1,01. Pozostaje jednak grupa pacjentów nieuzyskujących zmian oraz z wynikami trudnymi do jednoznacznego skategoryzowania.
4. Korelacje uzyskiwanych podczas terapii zmian w wynikach kwestionariusza KON-2006 ze zmianami w Inwentarzu NEO-PI-R potwierdzają użyteczność KON-2006 jako narzędzia oceny wyników i obrazują powiązania aspektów osobowości opisanych ww. narzędziami z wynikami leczenia, a także ułatwiają rozumienie poszczególnych skal KON-2006.

Wyniki badania zostały częściowo zaprezentowane na konferencjach: „Zaburzenia nerwicowe. Terapia, badania i dydaktyka” – 30-lecie Zakładu, Katedry Psychoterapii CM UJ (Kraków, 10-11 czerwca 2006); „Psychoterapia czy psychoterapie. Dla Kogo?, jaka?, gdzie?” – XI Sympozjum Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP (Poznań, 24-26 maja 2007); II Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Nowoczesna diagnostyka w psychiatrii „Farmakoterapia i psychoterapia. Jeden cel, dwie drogi” (Wisła, 11-13 grudnia 2008); „Psychoterapia w Polsce – teraźniejszość i przyszłość” (Warszawa, 17-18 października 2008); 40th SPR International Annual Meeting (Santiago de Chile, 24-27 czerwca 2009); Konferencja 3 Sekcji pt. „Osoba terapeuty. Relacja terapeutyczna” (Kraków, 19–21 października 2012); podczas XLII, XLIII i XLIV Zjazdu Psychiatryków Polskich, a także podczas International Psychiatric Conference „Neurobiology and Complex Treatment of Psychiatric Disorders and Addiction” (Warszawa, 5–7 czerwca 2014).

Podziękowania: Konsultacje statystyczne – dr Maciej Sobański.

Konflikt interesów: Nie było. Badanie było częściowo realizowane w ramach grantów: K/ZDS/000422 i 501/NKL/270/L (dr J.A. Sobański) i K/DSC/000018 (dr Ł. Müldner-Nieckowski).

Piśmiennictwo

1. Lambert MJ. *Psychotherapy research and its achievements*. W: Norcross JC, VandenBos GR, Freedheim DK. red. *History of psychotherapy*. Second edition. Washington, DC: American Psychological Association; 2011.
2. Goldfried MR. *What should we expect from psychotherapy?* Clin. Psychol. Rev. 2013; 33(7): 862–869.
3. Snyder WU. *Clinical methods: Psychotherapy*. Ann. Rev. Psychol. 1950; 1: 221–234.
4. Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Second edition. New York: Guilford; 2004.
5. Goldfried MR, Wolfe BE. *Toward a more clinically valid approach to therapy research*. J. Cons. Clin. Psychol. 1998; 66: 143–150.
6. Sobański JA. *Krótką refleksja nad badaniami w dziedzinie psychoterapii. Tendencje i perspektywy dalszego rozwoju*. Psychoterapia 1998; 105(2): 13–27.
7. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Second edition. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
8. American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice. *Evidence-based practice in psychology*. Am. Psychol. 2006; 61: 271–285.
9. Norcross JC. red. *Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices*. Psychotherapy 2011; 48(1): 98–102.
10. Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. *The dose-response relationship in psychotherapy*. Am. Psychol. 1986; 41: 159–164.
11. Barlow DH. red. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. 4th ed. New York: Guilford; 2007.
12. Goldfried MR, Davila J. *The role of relationship and technique in therapeutic change*. Psychotherapy 2005; 42: 421–430.
13. Wampold BE. *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001.
14. Castonguay LG, Boswell JF, Constantino MJ, Goldfried MR, Hill CE. *Training implications of harmful effects of psychological treatments*. Am. Psychol. 2010; 65: 34–49.
15. Castonguay LG, Boswell JF, Zack SE, Baker S, Boutsellis MA, Chiswick NR. i wsp. *Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study*. Psychotherapy (Chic) 2010; 47: 327–345.
16. Hershenberg R, Drabick DAG, Vivian D. *An opportunity to bridge the gap between clinical research and clinical practice: Implications for clinical training*. Psychotherapy (Chic) 2012; 49(2): 123–134.
17. Sobell LC. *Bridging the gap between scientists and practitioners: The challenge before us*. Behav. Ther. 1996; 297–320.
18. Eysenck HJ. *The effects of psychotherapy: An evaluation*. J. Consult. Psychology 1952; 16(5): 319–324.
19. Chorpita BF, Barlow DH, Albano AM, Daleiden EL. *Methodological strategies in child clinical trials: advancing the efficacy and effectiveness of psychosocial treatments*. Abnorm. Child Psychol. 1998; 26(1): 7–16.
20. Grzesiuk L, Suszek K. *Psychoterapia. Podręcznik akademicki*. Warszawa: ENETEIA; 2010.

21. Perry JC, Banon E, Lanni F. *Effectiveness of psychotherapy for personality disorders*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 1312–1321.
22. Leichsenring F, Leibing E. *The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis*. Am. J. Psychiatry 2003; 160: 1223–1232.
23. Wilberg T, Karterud S. *The place of group psychotherapy in the treatment of personality disorders*. Curr. Opin. Psychiatry 2001; 14: 125–129.
24. Bateman AW, Fonagy P. *Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder*. Br. J. Psychiatry 2000; 177: 138–143.
25. Kusters M, Burlingame GM, Nachtigall C, Strauss B. *A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy*. Group Dynamics: Theory, Research and Practice 2006; 10: 146–163.
26. Arrindell WA. *Changes in waiting-list patients over time: Data on some commonly-used measures*. Beware! Behav. Res. Ther. 2001; 39: 1227–1247.
27. Lambert MJ, Ogles BM. *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. W: Lambert MJ. red. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: Wiley; 2004. s. 139–193.
28. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak J, Trzcieniecka A, Zgud J. *Skuteczność niektórych form i metod psychoterapii nerwic*. Psychoterapia 1986; 58: 6–16.
29. Aleksandrowicz JW, Czabała JC. *Skuteczność psychoterapii – metody i badania*. Psychiatr. Pol. 1979; 13(4): 391–396.
30. Aleksandrowicz JW, Kowalczyk E. *Ocena skuteczności terapii nerwic*. Psychoterapia 1984; 51: 15–27.
31. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. *Cechy psychoterapeuty a wyniki psychoterapii nerwic*. Psychoterapia 1994; 4: 3–12.
32. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. *Wpływ cech osobowości pacjenta na wyniki psychoterapii*. Psychoterapia 1994; 1: 3–10.
33. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. *Wpływ niektórych cech interakcji między pacjentem a psycho-terapeutą na wyniki indywidualnej psychoterapii nerwic*. Psychoterapia 1992, 83(4): 47–53.
34. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. *Wpływ sposobu interweniowania na efekty psychoterapii*. Psychoterapia 1992; 3: 9–22.
35. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004.
36. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006.
37. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(6): 759–778.
38. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Dorota Stolarska D. *KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2009; 11(1): 21–29.
39. Białas A. *Wiek pacjentów a skuteczność psychoterapii i możliwość zmiany cech osobowości*. Psychoterapia 2008; 144(1): 27–42.
40. Styła R. *Concept of reliable change in the usage of the KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2011; 13(3): 21–24.

41. 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.
42. Engel L. *Skuteczność ambulatoryjnej psychoterapii indywidualnej i grupowej w podejściu zintegrowanym*. Praca doktorska. Warszawa: IPiN; 2012.
43. Ježková V, Matulová P. *Pilot study of KON-2006 in the Czech Republic*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2010; 12(3): 57–61.
44. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(4): 421–430.
45. 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.
46. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 6: 667–676.
47. Siuta J. *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja polska*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2006.
48. Rosnow RL, Rosenthal R, Rubin DB. *Contrasts and correlations in effect size estimation*. Psychol. Sci. 2000; 11(6): 446–453.
49. Becker LA. <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/es.htm> [dostęp: 4.05 2014].
50. Thase ME. *Comparative effectiveness of psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy: it's about time, and what's next?* Am. J. Psychiatry 2013; 170(9): 953–956.
51. Campbell LF, Norcross JC, Vasquez MJ, Kaslow NJ. *Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution*. Psychotherapy (Chic) 2013; 50(1): 98–101.
52. Shean GD. *Some limitations on the external validity of psychotherapy efficacy studies and suggestions for future research*. Am. J. Psychother. 2012; 66(3): 227–242.
53. Białas A. *Psychotherapy effectiveness and the possibility of personality traits changes depending on the patients' age*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2009; 11(1): 11–19.
54. Bechgaard B. *Lessons in how to ruin a study in psychotherapy effectiveness: A critical review of the follow-up study from Chestnut Lodge (Conference Paper)*. J. Am. Acad. Psychoanalysis 2003; 31(1): 119–139.
55. Borkovec TD, Echemendia RJ, Ragusea SA, Ruiz M. *The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy effectiveness research*. Chirurg. 2001; 73(4): 155–167.
56. Ritvo RR, Papilsky SB. *Effectiveness of psychotherapy*. Curr. Opin. Pediatr. 1999; 11(4): 323–327.
57. Seligman MEP. *The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study*. Am. Psychol. 1995; 50(12): 965–974.

Adres: Jerzy A. Sobański
Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 28.12.2013
Zrecenzowano: 4.02.2014
Otrzymano po poprawie: 27.07.2014
Przyjęto do druku: 31.10.2014

Projekt współfinansowany ze środków
Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego
2012-2017



Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ

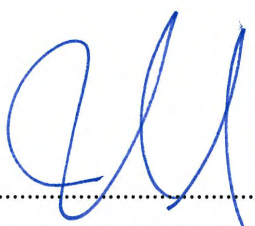
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- oryginalny pomysł badania empirycznego
- wybór narzędzi badawczych,
- zbieranie danych klinicznych,
- udział w opracowaniu wyników,
- udział w opracowaniu wstępu i dyskusji,
- analiza piśmiennictwa,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranke** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Dr n. med. Michał Mielimąka

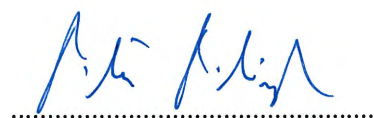
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- analiza danych klinicznych,
- współautorstwo wstępu i dyskusji,
- dobór metod statystycznych,
- udział w opracowaniu wyników,
- analiza piśmiennictwa,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Dr n. med. Jerzy A. Sobański

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- udział w opracowaniu wyników,
- udział w opracowaniu wstępu i dyskusji,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranke** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Lek. Łukasz Müldner-Nieckowski

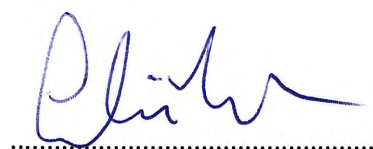
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- udział w opracowaniu wstępu i dyskusji,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyrankę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Dr n. med. Edyta Dembińska

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranke** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

.....

(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Mgr Bogna Smiatek-Mazgaj

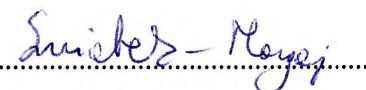
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu,
- udział w opracowaniu bibliografii.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranke** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Mgr Katarzyna Klasa

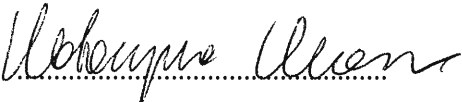
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Lek. Paweł Rodziński

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ

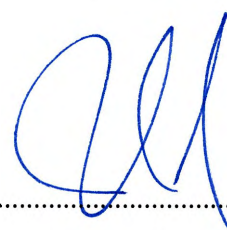
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych krótkoterminową kompleksową psychoterapią psychodynamiczną** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- Oryginalny pomysł i opracowanie podstawowego badania empirycznego
- udział w opracowaniu szczegółowego pomysłu badania empirycznego
- wybór narzędzi badawczych,
- zbieranie danych klinicznych,
- udział w opracowaniu wyników,
- udział w opracowaniu wstępu i dyskusji,
- analiza piśmiennictwa,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyrankę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Dr n. med. Michał Mielimąka

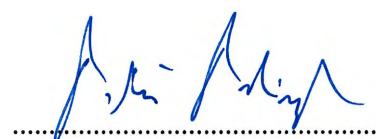
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych krótkoterminową kompleksową psychoterapią psychodynamiczną** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- analiza danych klinicznych,
- współautorstwo wstępu i dyskusji,
- dobór metod statystycznych,
- udział w opracowaniu wyników,
- analiza piśmiennictwa,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Dr n. med. Jerzy A. Sobański

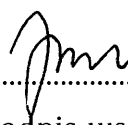
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych krótkoterminową kompleksową psychoterapią psychodynamiczną** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- udział w opracowaniu wstępu i dyskusji,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranke** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Mgr Katarzyna Klasa

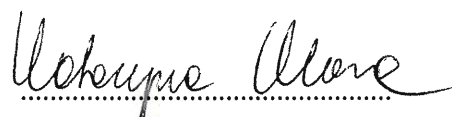
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych krótkoterminową kompleksową psychoterapią psychodynamiczną** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- udział w opracowaniu wstępu i dyskusji,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyrankę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Lek. Łukasz Müldner-Nieckowski

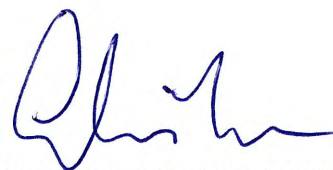
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych krótkoterminową kompleksową psychoterapią psychodynamiczną** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- udział w opracowaniu wstępu i dyskusji,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Dr n. med. Edyta Dembińska

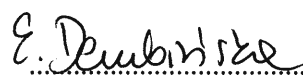
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych krótkoterminową kompleksową psychoterapią psychodynamiczną** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- udział w opracowaniu wstępu i dyskusji,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

.....

(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Mgr Bogna Smiatek-Mazgaj

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych krótkoterminową kompleksową psychoterapią psychodynamiczną** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyrankę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

.....*Smiatek-Mazgaj*.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Lek. Paweł Rodziński

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych krótkoterminową kompleksową psychoterapią psychodynamiczną** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- udział w opracowaniu wstępu i dyskusji,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranke** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Dr n. med. Michał Mielimąka

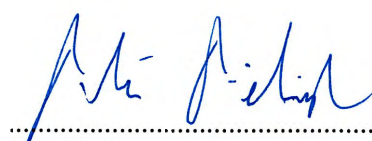
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- udział w opracowaniu pomysłu badania empirycznego/opracowanie pomysłu badania empirycznego,
- wybór narzędzi badawczych,
- zbieranie danych klinicznych,
- analiza statystyczna,
- opracowanie wyników,
- opracowanie dyskusji,
- analiza piśmiennictwa,
- opracowanie bibliografii.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyrankę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ

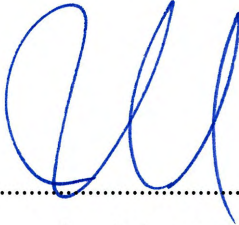
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- udział w opracowaniu pomysłu badania empirycznego
- zbieranie danych klinicznych,
- udział w opracowaniu wyników,
- udział w opracowaniu wstępu i dyskusji,
- analiza piśmiennictwa,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyrankę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



.....

(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Dr n. med. Jerzy A. Sobański

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- współautorstwo dyskusji,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyrankę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Lek. Łukasz Müldner-Nieckowski

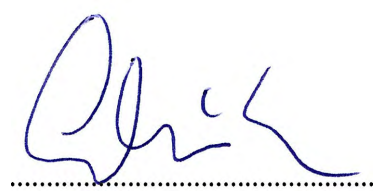
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Dr n. med. Edyta Dembińska

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranke** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Mgr Bogna Smiatek-Mazgaj

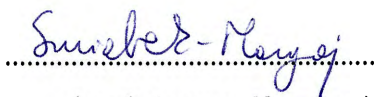
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Mgr Katarzyna Klasa

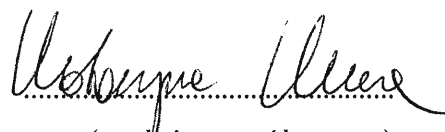
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- zbieranie danych klinicznych,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyrankę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Dr n. med. Jerzy Sobański

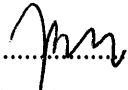
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- oryginalny pomysł badania empirycznego, współautorstwo głównego narzędzia badawczego i jego wprowadzanie do codziennej praktyki,
- analiza piśmiennictwa i opracowanie bibliografii,
- analiza statystyczna, opracowanie wyników,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

.....

(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Mgr Katarzyna Klasa

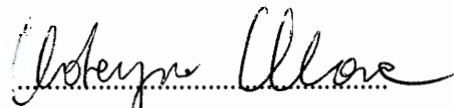
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- współautorstwo głównego narzędzia badawczego i jego wprowadzanie do codziennej praktyki,
- współautorstwo wprowadzenia i dyskusji,
- analiza piśmiennictwa,
- analiza statystyczna, opracowanie wyników,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyrankę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Dr n. med. Michał Mielimąka

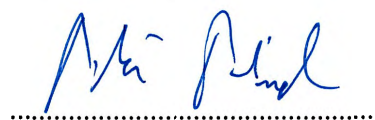
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- analiza piśmiennictwa,
- opracowanie wyników,
- opracowanie wersji angielskiej,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Dr n. med. Edyta Dembińska

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- analiza piśmiennictwa,
- opracowanie wyników,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranke** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Lek. Łukasz Müldner-Nieckowski

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- analiza piśmiennictwa,
- opracowanie wyników,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Mgr Bogna Smiatek-Mazgaj

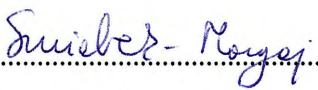
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- analiza piśmiennictwa,
- opracowanie wyników,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyrankę** 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 mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.


.....
(podpis współautora)

Kraków, dnia 14. 03. 2015 r.

Dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ

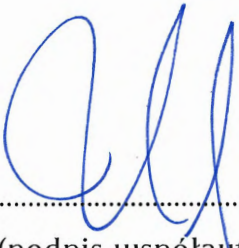
OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. **Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006** oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

- wprowadzanie głównego narzędzia badawczego do codziennej praktyki,
- analiza piśmiennictwa,
- opracowanie wyników,
- końcowa redakcja i adiustacja tekstu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przedłożenie w/w pracy przez mgr **Katarzynę Cyranę** jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych.

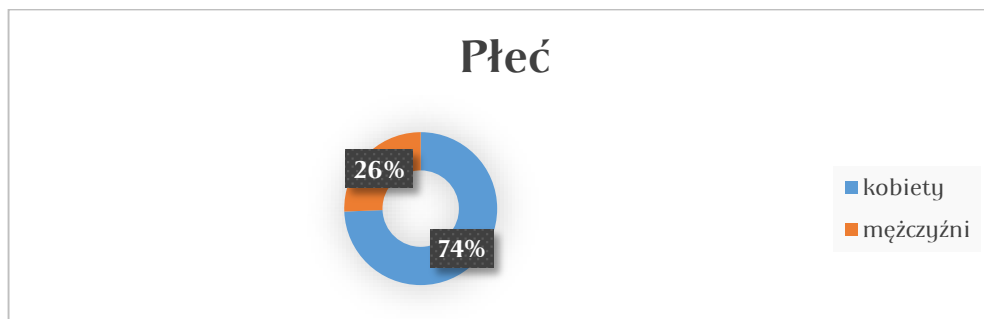
Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład mgr **Katarzyny Cyranki** przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.



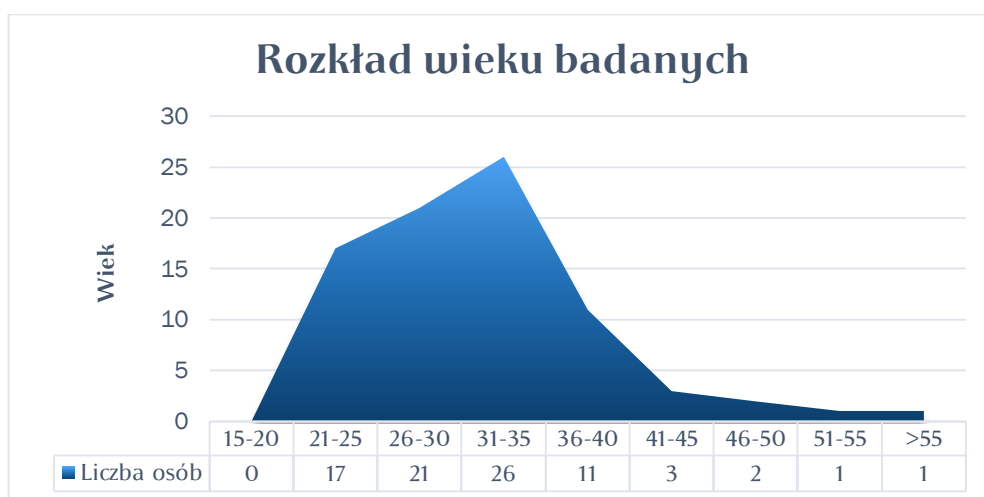
.....
(podpis współautora)

11. ANEKSY

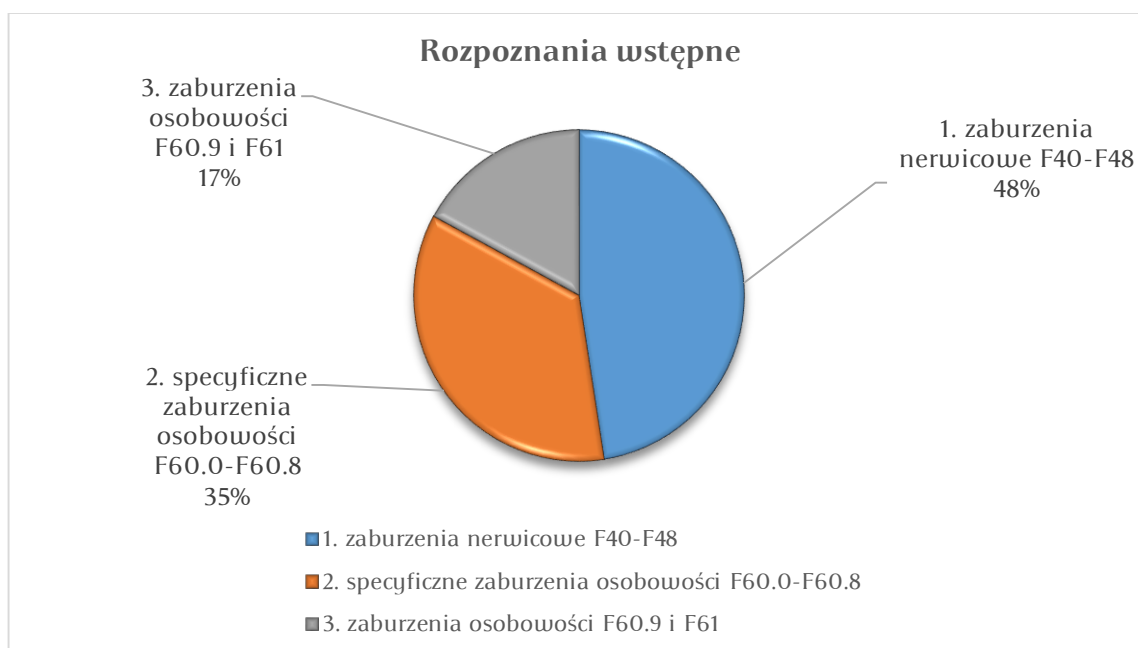
11.1. Rozkład płci w badanej grupie (n=82).



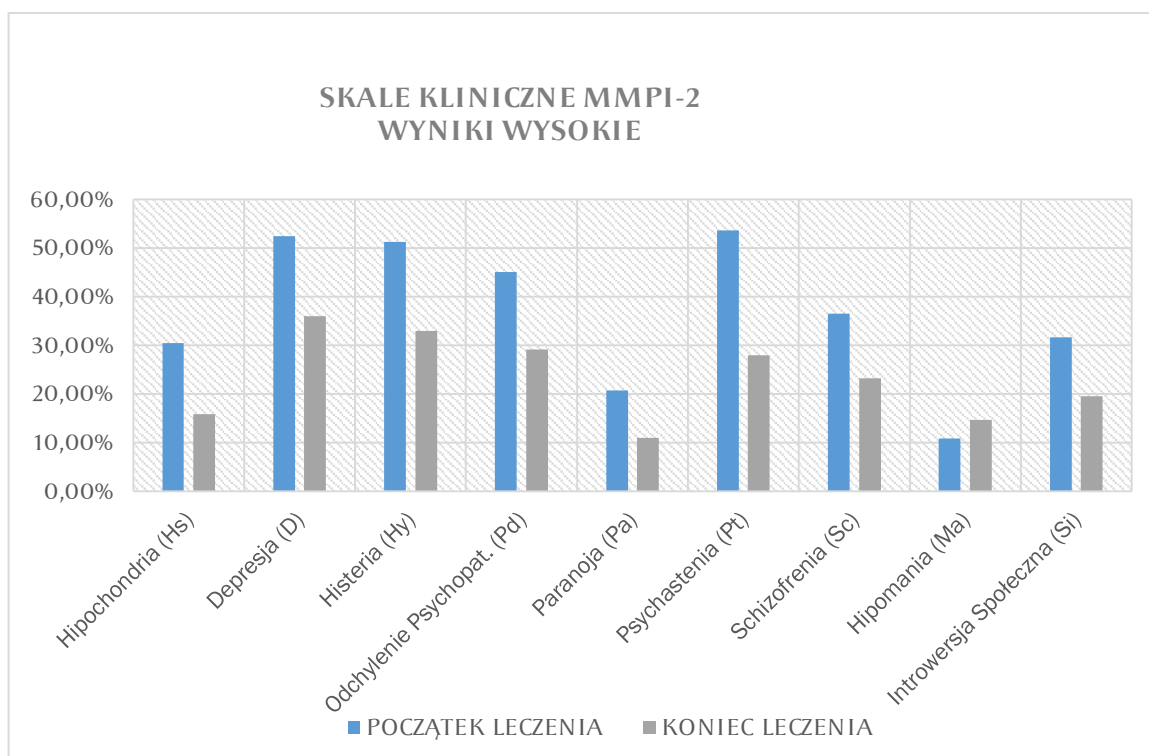
11.2 Rozkład wieku w badanej grupie (n=82).



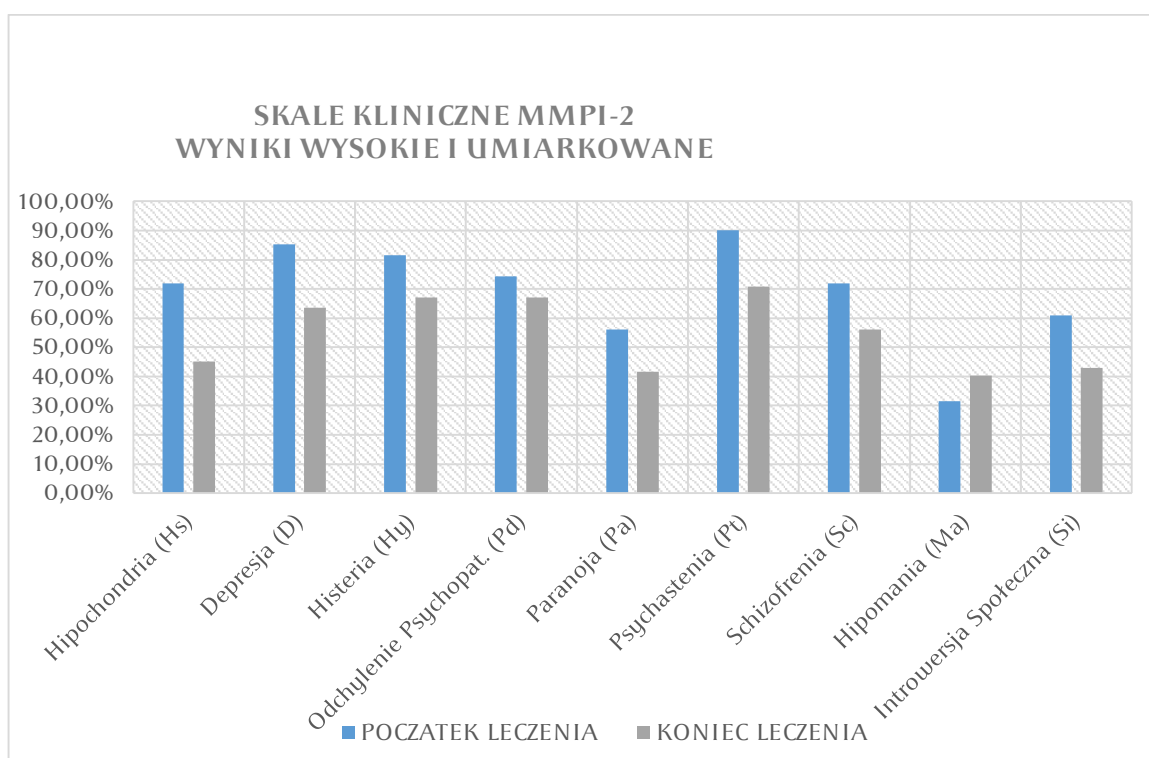
11.3. Rozpoznania w badanej grupie (n=82).



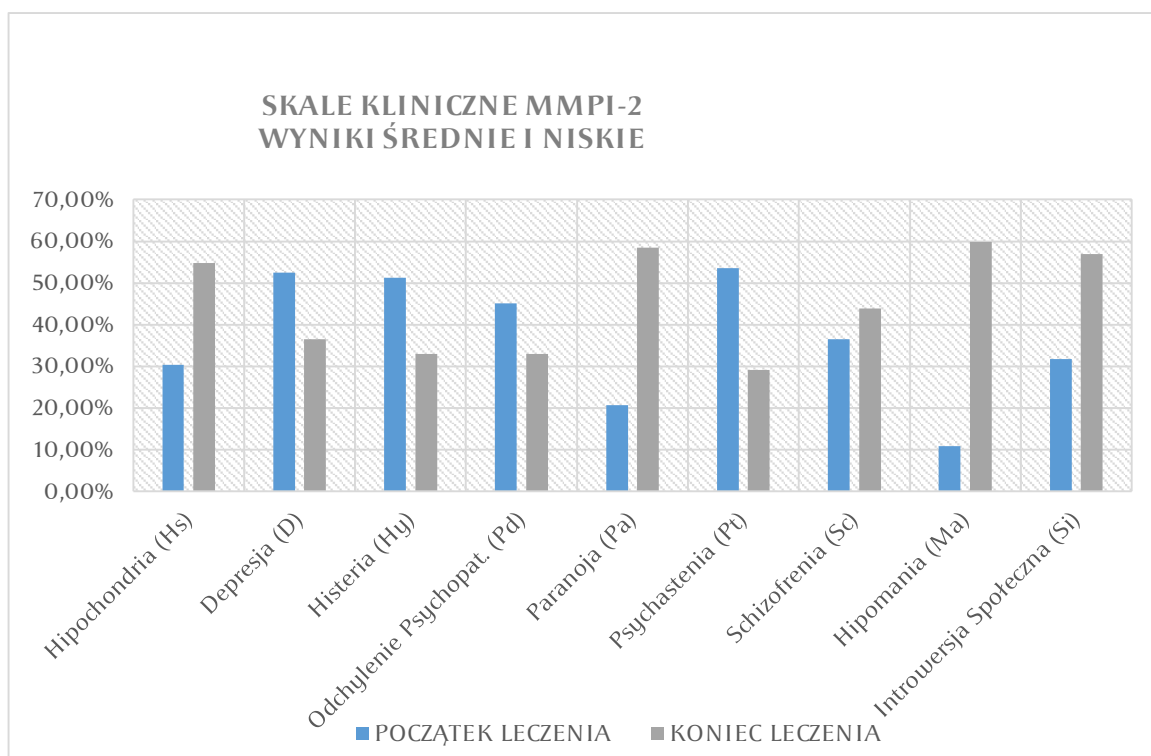
11.4. Wyniki wysokie, wskazujące na znaczną patologię funkcjonowania osobowości – rozkład procentowy na początku i na końcu leczenia.



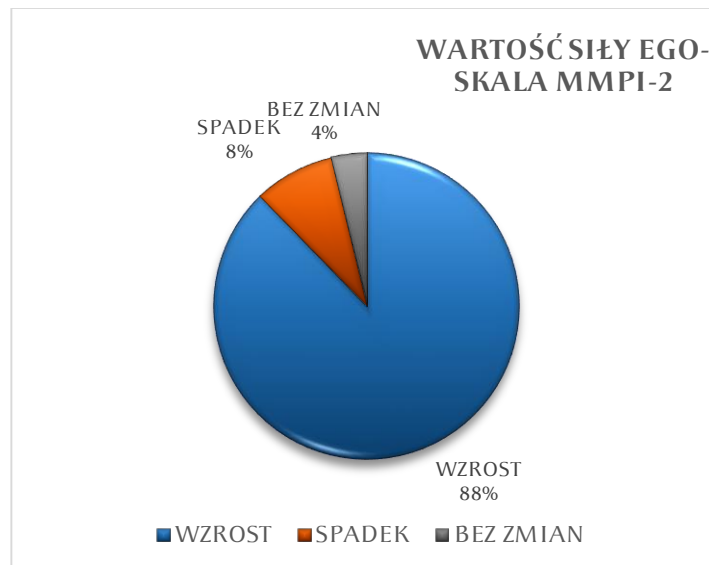
11.5. Wyniki wysokie i umiarkowane, wskazujące na zaburzenia funkcjonowania osobowości – rozkład procentowy na początku i na końcu leczenia.



11.6. Wyniki średnie i niskie, wskazujące na funkcjonowanie osobowości typowe dla populacji osób zdrowych – rozkład procentowy na początku i na końcu leczenia.



11.7. Zmiana w zakresie siły ego – porównanie wyników na początku i na końcu leczenia.



11.8. Spis zastosowanych skrótów

- ES – wielkość efektu
- ICD-10 - Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Wersja 10
- KO „O” - Kwestionariusz Objawowy „O”
- KON-2006 – Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006
- OWK – ogólna wartość Kwestionariusza Objawowego „O”
- p – współczynnik istotności statystycznej
- Skale kliniczne MMPI-2:
 - Hipochondria (Hs)
 - Depresja (D)
 - Histeria (Hy)
 - Odchylenie psychopatyczne (Pd)
 - Paranoja (Pa)
 - Psychastenia (Pt)
 - Schizofrenia (Sc)
 - Hipomania (Ma)
 - Introwersja społeczna (Si)
- Skala Męskość/Kobiecość – M/F
- Skala siły ego – SE
- RCV - Reliable Change Value – Współczynnik Istotnej Zmiany
- XKON – współczynnik globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006