

Uniwersytet Jagielloński

Collegium Medicum

Wydział Lekarski

Aleksandra Wieczorek

**Wpływ psychoterapii wglądowej na postrzeganie więzi
wczesnodziecięcej u pacjentów z zaburzeniami osobowości**

Praca doktorska

Promotor: prof. dr hab. n. med. Bogdan de Barbaro

Pracę wykonano w Zakładzie Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii UJ
CM

Kierownik jednostki: prof. dr hab. n. med. Bogdan de Barbaro

Kraków, czerwiec 2016 rok

Spis treści

Wstęp	5
CZĘŚĆ PIERWSZA: TEORIA.....	11
1. Zaburzenia osobowości.....	11
1.1 Osobowość – teorie i definicje	11
1.2. Zaburzenia osobowości - definicje.....	15
1.3 Zaburzenia osobowości – kryteria diagnostyczne.....	17
1.3.1 Zaburzenia osobowości wg Klasyfikacji ICD-10	17
1.3.2 Zaburzenia osobowości wg Klasyfikacji DSM	18
1.4 Zaburzenia osobowości - epidemiologia.....	29
1.5 Zaburzenia osobowości – etiologia	32
1.5.1 Zaburzenia osobowości – biologiczne czynniki etiologiczne	32
1.5.2 Zaburzenia osobowości – środowiskowe czynniki etiologiczne.....	34
1.6 Zaburzenia osobowości w różnych podejściach teoretycznych	35
1.6.1 Zaburzenia osobowości w podejściu psychodynamicznym.....	35
1.6.2 Zaburzenia osobowości - model strukturalny O. Kernberga.....	37
1.6.3 Zaburzenia osobowości - podejście humanistyczne.....	40
1.6.4 Zaburzenia osobowości - ujęcie poznawczo-systemowe	41
1.7 Zaburzenia osobowości a syndrom Dorosłego Dziecka Alkoholika.....	41
2. Mechanizmy obronne.....	46
2.1 Mechanizmy obronne – ujęcie freudowskie.....	46
2.2 Mechanizmy obronne – ujęcie kleinowskie	49
2.3 Mechanizmy obronne – ujęcie kernbergowskie.....	51
2.4 Mechanizmy obronne – ujęcie wg DSM.....	52
2.5 Mechanizmy obronne a psychopatologia i percepcja więzi.....	54
3. Psychoterapia	54
3.1 Psychoterapia – definicje	54
3.2 Psychoterapia – czynniki leczące.....	56
3.3 Psychoterapia wglądowa.....	63
3.3.1 Psychoterapia wglądowa – zagadnienia ogólne	63
3.3.2 Psychoterapia wglądowa – mechanizm działania	67
3.3.3 Psychoterapia wglądowa w modalności TFP.....	68

4. Teoria przywiązania	70
4.1 Teoria przywiązania – podstawowe pojęcia.....	70
4.2 Teoria przywiązania – etapy rozwoju przywiązania	73
4.3. Teoria przywiązania – wzorce i style przywiązania.....	74
4.4. Teoria przywiązania – refleksyjność i mentalizacja	79
4.5 Teoria przywiązania a zaburzenia osobowości i psychoterapia	84
4.6 Styl przywiązania a percepcja więzi u osób z zaburzeniami osobowości– perspektywa badawcza	85
CZĘŚĆ II: BADAWCZA	96
1. Założenia i wątpliwości badawcze	96
2. Pytania i hipotezy badawcze	98
3. Przebieg badania	103
4. Grupa badana	108
4.1 Szczegółowa charakterystyka badanej populacji.	109
4.1.1 Wiek badanych.....	109
4.1.2 Płeć badanych.....	110
4.1.3 Stan cywilny badanych	111
4.1.4 Wykształcenie badanych	111
4.1.5 Doświadczenie śmierci lub rozłąki z którymś z rodziców	112
4.1.6 Nadużywanie alkoholu w rodzinie pochodzenia.....	114
4.1.7 Doświadczenie przemocy.....	114
4.1.8 Zachowania związane z zaburzeniami jedzenia.....	115
4.1.9 Zachowania autoagresywne	116
4.1.10 Używanie narkotyków	117
4.1.11 Historia leczenia psychiatrycznego.....	118
4.1.12 Poziom funkcjonowania:.....	118
4.2 Populacja badana - podsumowanie	120
5. Ośrodki psychoterapeutyczne	121
5.1 Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic	121
5.2 Ośrodek Psychoterapii Dorosłych Dzieci Alkoholików Krakowskiego Centrum Terapii Uzależnień (OP DDA KCTU)	125
6. Narzędzia badawcze.....	126
6.1 Kwestionariusz oceny relacji z rodzicami.....	127
6.2 Kwestionariusz do oceny dojrzałości mechanizmów obronnych.....	129
6.3 Kwestionariusz do oceny cech osobowości	132

6.4 Kwestionariusz objawowy	136
6.5 Ustrukturyzowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości z osi II DSM-IV..	137
6.6 Ankieta życiorysowa.....	138
6.7 Ankieta terapeuty	138
CZĘŚĆ III: UZYSKANE WYNIKI.....	140
1. Weryfikacja diagnozy zaburzeń osobowości w oparciu o ustrukturyzowany wywiad SCID-II.	140
2. Weryfikacja hipotez	141
2.1 Weryfikacja hipotezy nr 1:.....	141
2.2 Weryfikacja hipotezy nr 2:.....	147
2.3 Weryfikacja hipotezy nr 3:.....	171
2.4 Weryfikacja hipotezy nr 4:.....	196
2.5 Weryfikacja hipotezy nr 5:.....	202
2.6 Weryfikacja hipotezy nr 6:.....	208
2.7 Weryfikacja hipotezy nr 7:.....	226
2.8 Weryfikacja hipotezy nr 8:.....	227
3. Podsumowanie badania.....	235
4. Dyskusja wyników	238
5. Streszczenie.....	256
6. Summary	258
7. Bibliografia	260
8. Załączniki.....	272
8.1 Załącznik nr 1: Zgoda na udział w badaniu	272
8.2 Załącznik nr 2: Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.....	273
8.3 Załącznik nr 3: Protokół badania OLZON	274
8.4 Załącznik nr 4: Protokół badania OP DDA.....	276
9. Aneks	279
9.1 Kwestionariusz oceny relacji z rodzicami.....	279
9.2 Kwestionariusz do oceny dojrzałości mechanizmów obronnych.....	283
9.3 Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006.....	288
9.4. Kwestionariusz objawowy SIII	298
9.5 Ankieta życiorysowa.....	302
9.6 Ankieta terapeuty	316

Wstęp

Tematyka przywiązania stanowi obecnie bardzo częstą inspirację badań w psychiatrii i psychoterapii. Jednak na gruncie polskim stosunkowo niewiele jest doniesień z tego obszaru, które dotyczyłyby specyficznej populacji pacjentów, jaką stanowią osoby z zaburzeniami osobowości. Prezentowana praca badawcza jest próbą połączenia zainteresowań autorki teorią więzi Bowlby'ego z codziennym doświadczeniem klinicznym związanym z leczeniem pacjentów z zaburzeniami osobowości.

W prezentowanej pracy podjęte zostały zagadnienia z obszaru teorii przywiązania oraz zaburzeń osobowości i ich leczenia. Każde z nich omówione zostało szerzej w części teoretycznej. W tym jednak miejscu, celem wprowadzenia, warto odnotować kilka podstawowych informacji mających kluczowe znaczenie dla prezentowanego badania.

Teoria przywiązania, inaczej nazywana teorią więzi, została sformułowana w drugiej połowie XX wieku przez Johna Bowlby'ego. Powstała jako wynik integracji wiedzy płynącej z różnych źródeł, takich jak obserwacja niemowląt, badania nad rozwojem wczesnodziecięcym oraz psychoanaliza i psychopatologia rozwojowa. Teoria ta pomogła w zrozumieniu znaczenia wpływu wczesnych doświadczeń na całe życie jednostki (Bowlby, 1967/2007; Levy, 2005; Józefik, Iniewicz, 2008; Wallin, 2011).

Zauważono, że styl przywiązania jest względnie stabilny w czasie i zazwyczaj przekazywany jest z pokolenia na pokolenie. Definiuje się go jako „określone, właściwe danej osobie wzorce zachowania, myślenia i odczuwania bliskich relacjach” (Cooper, 2010, s.107). Poddając obserwacji najpierw zachowanie niemowląt, a później analizując wypowiedzi osób dorosłych dotyczące ich wczesnodziecięcych doświadczeń, wyróżniono trzy główne wzorce przywiązania i związane z nimi style przywiązania: bezpieczny oraz dwa style pozabezpieczne: unikający (zdystansowany) i zaabsorbowany. Styl bezpieczny charakteryzuje się pewnością siebie i komfortem w nawiązywaniu relacji oraz modelem umysłowym, w którym obraz siebie i innego jest pozytywny. Styl unikający związany jest z lękiem i dyskomfortem w bliskich relacjach oraz obroną samowystarczalności. Osoba taka ma pozytywny obraz „ja” i negatywny obraz innych. Odwrotna ocena wiąże się ze stylem zaabsorbowanym, w którym jednostka spostrzega siebie negatywnie a innych pozytywnie oraz doświadcza lęku przed odrzuceniem z jednoczesnym pragnieniem intymności. (Cooper, 2010) Ponadto u osób dorosłych, które doświadczyły traumy i poważnych nadużyć opisuje

się styl nierozwiązany, kształtujący się na bazie zdeorganizowanych zachowań w dzieciństwie (Wallin, 2011).

Wieloletnie obserwacje wskazują, że bezpieczny styl przywiązania koresponduje z wyższym poziomem funkcjonowania psychologicznego oraz brakiem występowania zaburzeń psychicznych; natomiast style pozabezpieczne powiązane są z występowaniem różnorodnej, niespecyficznej psychopatologii (Levy, 2005; Clarkin, 2006).

Choć nie ma linearnego związku między rodzajem przywiązania, które powstaje w najwcześniejszych latach życia, a późniejszym rozwojem, to opisuje się pewne prawidłowości, polegające m. in. na tym, że u osób o typie przywiązania zdeorganizowanego zdecydowanie częściej rozpoznaje się głębokie zaburzenia osobowości, szczególnie z osobowość z pogranicza (Levy 2005; Clarkin, 2006; Levy i wsp. 2006a; Levy i wsp. 2014). Styl unikający jest często opisywany wśród pacjentów z patologią osobowości z grupy lękowej. Styl zachowania przywiązaniowego u danej osoby związany jest z rodzajem więzi, jaka łączyła ją z jej pierwszymi obiektami przywiązaniowymi, którymi zazwyczaj są rodzice oraz ze sposobem, w jaki przeżywali oni i traktowali dziecko.

Liczne doniesienia wskazują również na istotne znaczenie, powiązanego ze stylem przywiązania, tzw. stylu rodzicielskiego. Szczególnie patogenne znaczenie przypisywane jest traktowaniu dziecka w sposób opisywany jako „kontrola bez uczucia” (Parker, 1999; Fossati, 2001; Giakoumaki i wsp., 2013). Oznacza to, że w relacji z dzieckiem dominowało nadmierne sterowanie nim, ingerowanie w jego sprawy i odrzucenie emocjonalne.

Aby możliwe było opisywanie i badanie tych obszarów, opracowano różne narzędzia pomiarowe służące ocenie nie tylko stylu przywiązania, np. AAI – Adult Attachment Interview (Hesse, 2008) ale i percepcji więzi z opiekunem, np. PBI – Parental Bonding Instrument (Horecka-Lewitowicz, 2006; Parker, 1983; Parker i wsp., 1979; 1999).

Zagadnienie dotyczące obrazu więzi budzi liczne pytania. Jako kluczowe dla tej pracy postawiono następujące pytania: Czy psychoterapia wglądowa może mieć wpływ na postrzeganie relacji z ważnymi osobami z dzieciństwa? Jeśli tak, to jaki jest ten wpływ? Od czego on zależy? Czy koreluje z innymi zmianami zachodzącymi pod wpływem psychoterapii? Czy szczególna relacja, jaka powstaje pomiędzy pacjentem a terapeutą w psychoterapii zorientowanej psychodynamicznej, wpływa na postrzeganie relacji wczesnodziecięcych? Uważa się bowiem, że relacja terapeutyczna z jednej strony umożliwia

wgląd w mechanizmy intrapsychiczne, a z drugiej strony często dostarcza pacjentowi nowych doświadczeń emocjonalnych takich jak bycie zrozumianym, wspieranym. Czy zatem wgląd i korektywne doświadczenie więzi emocjonalnej z terapeutą wpływać może na postrzeganie relacji z przeszłości? Czy tryb prowadzenia psychoterapii ma jakieś istotne znaczenie, co do jej efektywności i wpływu na omawiany obszar? Podobnie, czy od głębokość psychopatologii może zależeć zmiana w obszarze percepcji więzi i skuteczności psychoterapii w ogóle?

Jak wspomniano powyżej przez wiele lat dominował pogląd o niezmienności wzorca przywiązania. Jednak w opublikowanym w 2006 r. badaniu, przeprowadzonym w USA przez Ottona Kernberga i jego współpracowników (Levy i wsp., 2006b), okazało się, że u pacjentów z rozpoznaniem osobowości borderline po roku leczenia psychoterapią psychodynamiczną opartą na przeniesieniu uzyskano zmianę wzorca przywiązania w postaci znaczącego statystycznie wzrostu pacjentów o bezpiecznym typie przywiązania. Wyniki tej publikacji w dużej mierze stały się inspiracją dla powstania niniejszej pracy.

W badaniu własnym eksperymentowi poddani zostali pacjenci z zaburzeniami osobowości. Oznacza to, że populację badaną stanowiły osoby, w których „funkcjonowaniu dominowały utrwalone wzorce zachowań oraz przeżywania wewnętrznego wyrażnie odbiegające od zakresu kulturowo oczekiwanego i akceptowanego” (Wciórka, 2008, s.233). Jak wynika z definicji zaburzeń osobowości odmiennosć ta zazwyczaj przejawia się w różnych obszarach życia i może dotyczyć zarówno procesów poznawczych, emocjonalnych, panowania nad impulsami jak i funkcjonowania w relacjach międzyludzkich. W zależności od dominujących patologicznych, nieadaptacyjnych cech rozpoznaje się różne specyficzne zaburzenia osobowości. Międzynarodowa Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10 wymienia następujące specyficzne zaburzenia osobowości: paranoiczne, schizoidalne, dysocjalne, chwiejne emocjonalnie (borderline), histrioniczne, anankastyczne, unikające, zależne, inne określone w tym, np.: narcystyczne i niedojrzałe oraz nieokreślone i mieszane (Pużyński, Wciórka, 2000). Podobne rozpoznania znajdowały się w amerykańskim Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych DSM-IV-TR¹, który wymieniał dodatkowo osobowość schizotypową oraz nieco odmiennie opisywał osobowość dysocjalną zwaną tam

¹W czasie prowadzenia badań obowiązywała klasyfikacja DSM-IV-TR

antyspołeczną, osobowość anankastyczna nazywana jest obsesyjno-kompulsyjną (Wciórka, 2008).

Przyczyny powstawanie zaburzeń osobowości nie są do końca znane. Wskazuje się na czynniki uwarunkowane biologicznie oraz czynniki środowiskowe, szczególnie te związane z wychowaniem i wczesnodziecięcymi doświadczeniami, takimi jak nadużycia psychiczne, fizyczne czy seksualne oraz utraty (Levy, 2005).

W praktyce zaburzenia osobowości są bardzo złożonym zagadnieniem, z którym borykają się zarówno teoretycy jak klinicyści. Są zagadnieniem, które nie poddaje się łatwo ani badaniom naukowym ani leczeniu. Przykładem takich trudności badawczych może być fakt, że pierwsze polskie badanie epidemiologiczne zaburzeń psychicznych „EZOP – Polska” nie uwzględniło w ogóle tej pozycji (Kiejna i wsp., 2015). Przyczyną z pewnością nie była marginalność problemu ale właśnie jego złożoność.

Bazując na danych z innych krajów można przyjąć, że diagnoza zaburzeń osobowości dotyczy sporej części naszej populacji. Z danych udostępnionych przez badaczy holenderskich (Kaasenbrood, 2015) wynika, że częstość występowania zaburzeń osobowości w krajach Europy Zachodniej, to ok. 10 - 15% populacji. Badacze zwracają również uwagę na takie zagadnienia jak niski poziom jakości życia osób z zaburzeniami osobowości – gorszy niż na przykład u osób z rozpoznaniem cukrzycy (QOL – Quality of Life wynoszący 0,56 w zaburzeniach osobowości i 0,8 w cukrzycy) oraz znaczne obciążenie społeczne. Na poziomie ekonomicznym oszacowano tam, że obciążenie budżetu państwowego związanego z wydatkami medycznymi i socjalnymi na jedną osobę z zaburzeniami osobowości, która nie jest specjalistycznie leczona, to około 11 tysięcy euro rocznie. Przeprowadzone na świecie badania nad efektywnością leczenia zaburzeń osobowości pokazują jednoznacznie, że podstawowe znaczenie w leczeniu zaburzeń osobowości ma psychoterapia. Wśród metod terapeutycznych o udokumentowanej skuteczności znajduje się m.in. terapia wglądowa, np. psychoterapia oparta na przeniesieniu czy terapia oparta na mentalizacji (Bateman, Fonagy, 1999; 2001; 2009; Laurensen i wsp., 2014).

Wiadomo, że leczenie psychoterapeutyczne jest skuteczne i przynosi pozytywne efekty zarówno dla samych leczonych jak i dla całego społeczeństwa (Bateman, Fonagy, 2001; 2009). Z drugiej strony wieloletnie doświadczenia kliniczne ośrodków prowadzących leczenie pacjentów z głębokimi zaburzeniami osobowości wskazują na to, że jest to proces

długotrwały, często bardzo trudny i nie zawsze zakończony sukcesem. Do ośrodków takich należy stacjonarny Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala Specjalistycznego im. Doktora Józefa Babińskiego w Krakowie, w którym od lat pracuje autorka badania. Jak dotąd członkowie zespołu pracującego w Oddziale opublikowali kilka tzw. „opisów przypadków” (Biernacki, 2008). Natomiast efekty prowadzonego leczenia nie zostały zweryfikowane w bardziej usystematyzowany sposób. Stąd zrodził się pomysł badania, które umożliwiłoby połączenie zagadnień zarówno natury teoretycznej jak i praktycznej.

Gruntem teoretycznym, na którym oparto badanie, stała się teoria przywiązania i przedstawione powyżej zagadnienia związane z postrzeganiem więzi. Podstawowe pytania, które zostały postawione, dotyczyły obrazu więzi wczesnodziecięcej w polskiej populacji pacjentów z diagnozą zaburzeń osobowości oraz wpływu oddziaływań terapeutycznych na ten obraz. Badania takie dotąd nie zostały w Polsce przeprowadzone.

Drugim ważnym celem pracy, była ocena skuteczności leczenia, prowadzonego w objętych badaniem ośrodkach. Skuteczność ta zmierzona została takimi parametrami jak: natężenie objawów psychopatologicznych oraz, na głębszym poziomie, zmianą stosowanych mechanizmów obronnych. Podjęto również próbę znalezienia takich czynników, które predysponują do osiągnięcia większej zmiany w wyniku zastosowanego leczenia.

Poszukując odpowiedzi na poruszone kwestie, przeprowadzono badanie w dwóch krakowskich ośrodkach psychoterapeutycznych, w których leczy się pacjentów z zaburzeniami osobowości. Ośrodki te, to: wspomniany wcześniej Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic (OLZON) oraz Oddział Psychoterapii Dorosłych Dzieci Alkoholików Krakowskiego Centrum Terapii Uzależnień (OP DDA). W obu miejscach podstawę leczenia stanowi psychoterapia wglądowa oparta na przeniesieniowej relacji z terapeutą, która uwzględnia procesy nieświadome. W obu miejscach leczeniem obejmowane są osoby z diagnozą zaburzeń osobowości. Różnice natomiast polegają na odmiennej głębokości zaburzeń, różnej formule prowadzonego leczenia oraz uwzględnieniu w diagnozie tzw. syndromu Dorosłego Dziecka Alkoholika (syndrom DDA). Wybór OP DDA podyktowany był przede wszystkim zamiarem przebadania pacjentów z mniejszym poziomem psychopatologii.

W OLZON, który jest oddziałem stacjonarnym, tzn. całodobowym, leczeniem objęte są osoby z głębokimi zaburzeniami osobowości, które właśnie z powodu znacznej głębokości swoich zaburzeń, nie są w stanie korzystać z innych form leczenia, np. w oddziałach dziennych. Do leczenia w OP DDA trafiają natomiast osoby, których głównym źródłem trudności jest tzw. syndrom DDA. W praktyce oznacza to, że osoby te przejawiają trudności osobowościowe czyli zaburzenia osobowości o stosunkowo niewielkiej głębokości, które powiązane są ze specyfiką dorastania w tzw. rodzinie alkoholowej.

Kierując się chęcią objęcia badaniem jak najliczniejszej i jak najbardziej zróżnicowanej populacji pacjentów z zaburzeniami osobowości oraz biorąc pod uwagę wspólne cechy łączące te dwa miejsca, obserwacji poddano osoby leczone w obu tych ośrodkach. Szczegółowy opis osiągniętych rezultatów przedstawia poniższa praca, która składa się z trzech części:

- Część pierwsza – „teoria” – wprowadza w istotne z perspektywy założeń badawczych teorie, używane pojęcia oraz dotychczas przeprowadzone badania z tego obszaru;
- Część druga – „badawcza” – opisuje populację poddaną badaniu, użyte narzędzia badawcze oraz sposób przeprowadzenia badania;
- Część trzecia – „wyniki badań” – przedstawia uzyskane rezultaty, zawiera ich omówienie oraz podsumowanie.

#

Na koniec pragnę podziękować osobom, bez których praca ta nie mogłaby powstać, a w szczególności Panu Profesorowi Bogdanowi de Barbaro, dr Tomaszowi Rowińskiemu, członkom Zespołów OLZON i OP DDA za pomoc merytoryczną i życzliwość oraz mężowi i synom za wyrozumiałość i cierpliwość.

CZĘŚĆ PIERWSZA: TEORIA

1. Zaburzenia osobowości

1.1 Osobowość – teorie i definicje

Aby móc przyjrzeć się zaburzeniom osobowości, należy najpierw zdefiniować czym jest osobowość. Najogólniej osobowością nazywa się „złożony wzorzec głęboko zakorzenionych cech psychicznych, przejawiających się automatycznie w niemal każdej sferze funkcjonowania psychologicznego człowieka określając jego zachowanie, myśli i emocje” (Millon i wsp., 2005, s.2). Podobną definicję przytacza Hornawska pisząc, że jest to względnie stały system stałych cech psychicznych i mechanizmów wewnętrznych regulujących zachowanie człowieka (Hornawska, 2003, s.4). Osobowość jest tym, co nas charakteryzuje i odróżnia od innych ludzi. Określenie to pochodzi od łacińskiego słowa *persona*, które oznaczało maskę teatralną nakładaną przez starożytnych aktorów dramatycznych. (Millon i in., 2005)

Próby klasyfikowania ludzi, według przejawianych przez nich cech temperamentu, pojawiły się już w starożytności. W *Corpus Hippocraticum* opisana została koncepcja humoralna, zgodnie z którą płynny ustrojowy łączy się ze sobą w określonej proporcji tworząc mieszaninę zwaną temperamentem. Hippokratesowi przypisuje się wyróżnienie czterech typów temperamentu: cholerycznego, melancholicznego, flegmatycznego i sangwinicznego. Typy te powiązane były z wzajemnym wpływem czterech humorów czyli płynów wydzielanych przez organizm. U choleryka dominować miała żółć jasna (*chole*), wydzielana przez wątrobę, co przejawiało się silnym uczuciem złości u takiej osoby i takimi cechami jak porywczność, niewyrozumiałość, czy zdolności przywódcze. Wątroba miała produkować również czarną żółć (*melas chole*), której nadmiar odpowiedzialny był za depresyjność, wrażliwość i perfekcjonizm melancholika. U flegmatyka przeważać miała flegma (*phlegma*), która odpowiadała za takie zachowania jak spokój, powolność, beznamiętność, powściągliwość i dowcipność. Sangwinik natomiast opisywany był jako osoba radosna, pogodna, towarzyska, zapominalska i nieorganizowana, u której dominować miała ciepła krew (*sanquis*) (Nasierowski, 2010; Zimardo i wsp., 2013).

W czasach współczesnych różnice w temperamencie łączy się z wynikami badań nad układem nerwowym i systemami neuroprzekaźników. Pierwszych prób łączenia starożytnych koncepcji z wynikami prowadzonych przez siebie badań naukowych podjął się Pawłow, który usiłował wyjaśnić różnice w temperamencie poprzez takie cechy układu nerwowego jak siła procesów pobudzenia i hamowania oraz równowaga i ruchliwość procesów nerwowych. Typ układu nerwowego słaby miał cechować melancholika, typ silny i nie zrównoważony – choleryka, typ zrównoważony i bezwładny – choleryka, a typ zrównoważony i ruchliwy – sangwinika (Strelau, 2006).

W latach osiemdziesiątych XX wieku Cloninger przedstawił teorię łączącą cechy osobowości z różnymi systemami neuroprzekaźników. Model Cloningera jest tzw. psychobiologicznym modelem osobowości. Zakłada on, że na przejawiane przez jednostkę cechy osobowości mają wpływ neurotransmitery, które uwarunkowane są genetycznie, a które pozostają w interakcji z wpływami pochodzącymi ze środowiska (Millon i wsp., 2005). W związku z czym cechy, które są obserwowane, czyli fenotyp, mogą się różnić od biologicznego genotypu. Hornawska odwołując się do prac Cloningera i Strelau (Hornawska, 2003) opisuje koncepcję Gray'a, który różnice indywidualne pomiędzy ludźmi wyjaśnił fizjologicznie uwarunkowanymi różnicami temperamentu. Temperament zaś jest uwarunkowany genetycznie. Gray wyróżnił trzy układy sterujące zachowaniami i emocjami:

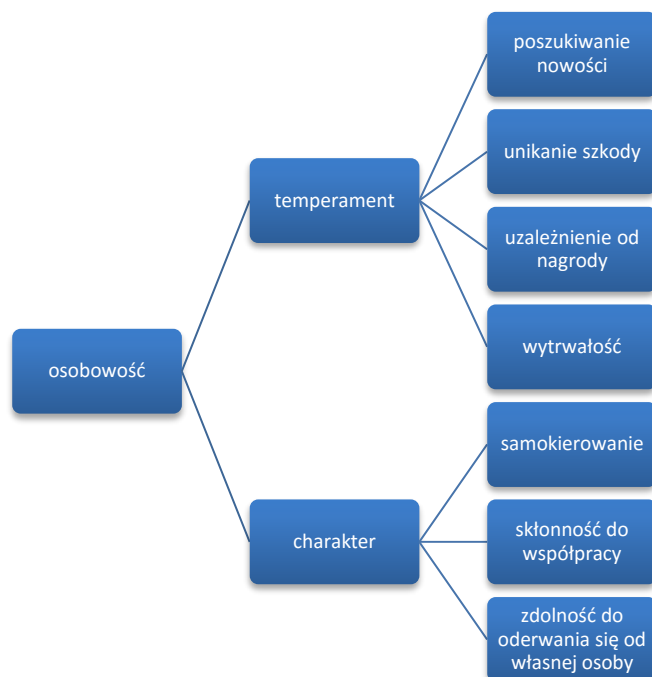
1. behawioralny układ hamujący – układ warunkujący wrażliwość na sygnał kary, braku nagrody lub nowości; odpowiadać ma różnice między ludźmi w poziomie lęku; anatomicznie związany z układem przegrody hipokampa;
2. behawioralny układ aktywujący – odpowiada za zachowania wzmacniane pozytywnie; anatomicznie zlokalizowany w zwojach podstawy mózgu, jądrach wzgórze i okolicach kory nowej oraz włóknach wstępujących dopaminergicznych
3. układ walki i ucieczki – odpowiada za reakcję na awersyjne bodźce bezwarunkowe w postaci ucieczki lub obronnej agresji; anatomicznie zlokalizowany w jądrze migdałowatym, podwzgórz przyśrodkowym i w istocie szarej.

System opisanych powyżej układów tworzy biologiczne podłoże dla temperamentu, a niewielkie różnice w budowie struktur mózgowych oraz w połączeniach pomiędzy nimi mają odpowiadać ze indywidualne różnice. Na różnice w temperamencie mają mieć wpływ również różnice w pamięci proceduralnej (są to proste nieświadome funkcje poznawcze,

procesy presemantyczne). Temperament to, w uproszczeniu, automatyczne reakcje nieświadome, które opisują cechy osobowości w 4 wymiarach, przy czym trzy z nich mają wyraźnie określone podłoże biologiczne. Są to: poszukiwanie nagrody związane z układem dopaminergicznym, unikanie szkody związane z układem serotonergicznym oraz wytrwałość. Indywidualne różnice w poziomie neuroprzekaźników uwarunkowane są odmiennością genetyczną.

Drugą składową osobowości tworzy charakter, czyli właściwości nabywane w trakcie rozwoju. Są to cechy związane z postrzeganiem własnych cech i wartości. Ma on zależeć od połączeń, jakie tworzą się w obrębie hipokampa i kory nowej. Tworzy się pod wpływem świadomych procesów psychologicznych związanych z uczeniem się i wychowaniem. Kieruje zachowaniem na podstawie wiedzy nabytej w sposób świadomy. Bazuje na pamięci deklaratywnej. Jest opisany przez trzy wymiary: samokierowanie, skłonność do współpracy, autotranscendencję – zdolność do oderwania się o własnej osoby.

Temperament i charakter są ze sobą wzajemnie powiązane i oddziałują na siebie, co ilustruje rys. 1.



Rysunek 1 Temperament i charakter wg modelu biopsychospołecznego Cloningera (za Anderberg w opracowaniu Hornawskiej)

W ujęciu teorii Cloningera poszczególne cechy osobowości mają łączyć się ze sobą i pozwalają na scharakteryzowanie ośmiu typów nieprawidłowej osobowości, tj. osobowość antyspołeczną, histrioniczną, cyklotymiczną, niewzruszoną schizoidalną, wybuchową schizoidalną, bierno-agresywną unikającą, bierno-zależną unikającą i obsesyjno-kompulsyjną (Millon i wsp., 2005). Przykładem może być osobowość obsesyjno-kompulsyjna, którą miałyby cechować się silną tendencją unikania szkody oraz słabą tendencją do zależności od nagród, co znaczyłoby, że osoba taka powstrzymuje swoje zachowania w celu uniknięcia kary, frustracji czy nowych bodźców (silna reakcja na bodźce awersyjne).

Naukowe poszukiwania biologicznych podstaw przejawianych przez człowieka cech osobowości trwają nadal. Jak pisze Zimbardo powołując się badania Kagan'a (Zimbardo i wsp., 2013) współczesnie bazują one przede wszystkim na założeniu, że choć wszyscy ludzie wyposażeni są w takie same układy neurotransmiterów, to jednak różnią się oni pomiędzy sobą w proporcjach tych neuroprzekaźników, które są odpowiedzialne za różnice temperamentalne pomiędzy ludźmi.

Innym ważnym pojęciem związanym z osobowością jest charakter, który czasami, w potocznym rozumieniu, utożsamiany jest z osobowością. Zasadniczo jednak poprzez charakter rozumie się cechy nabywane w trakcie wychowania. Wskazuje on na stopień dopasowania osoby do obowiązujących w danym społeczeństwie zachowań. Słowo charakter wywodzi się z greckiego pojęcia „sztych”, którego używano w stosunku do najbardziej charakterystycznych cech jednostki – czyli „rysów” osobowości (Millon i wsp., 2005, s.37.) Słownik psychoanalizy definiuje charakter jako: „funkcjonowanie jednostki według określonego stałego wzorca, który z punktu widzenia innych ludzi jest typowym dla danej osoby sposobem myślenia, odczuwania i działania” (Moore, Fine, 1996, s.34)

W teorii psychoanalitycznej pojęcie charakteru oznacza sposób rozwiązywania konfliktów intrapsychicznych, czyli to jak ego zaspokaja wymagania stawiane mu przez id, superego i otoczenie. Odnosząc się do teorii rozwoju psychoseksualnego Freuda, psychoanalitycy tacy jak Abraham, Reich czy Ferenczi stworzyli tzw. charakterologię analityczną. Uważali oni, że w poszczególnych fazach rozwojowych może dojść do fiksacji energii libidynalnej wynikającej albo z nadmiernego zaspokojenia popędu albo z jego deprywacji. Wyróżnili oni charakter: oralny, analny, falliczno-narcystyczny, narcystyczno-libidinalny, fobiczny, masochistyczny, histeryczny, erotyczny i paranoiczny.

Scharakteryzowane przez nich typy charakteru stały się pierwowzorem zaburzeń osobowości. Na przykład deprywacja potrzeb dziecka w fazie oralnej ma prowadzić do powstania charakteru oralno-zależnego cechującego się nadmierną zależnością i łatwowiernością. (Millon i wsp., 2005).

Podsumowując należy przyjąć, że osobowość jest zbiorem cech, które ukształtowały się na podłożu biologicznie uwarunkowanych predyspozycji (temperament) pod wpływem różnych doświadczeń życiowych (charakter).

1.2. Zaburzenia osobowości - definicje

Teoretycy osobowości wyróżnili pięć głównych czynników osobowości, czyli tzw. „wielką piątkę”, która przyjmuje postać dwubiegunowych wymiarów i określa takie cechy jak otwartość na doświadczenie, sumienność, ekstrawersja, ugodowość i neurotyczność. W zależności od okoliczności społecznych i kulturowych, w jakich przyszło żyć danej osobie, cechy te mogą być przystosowawcze lub nie (Zimbardo i wsp., 2013).

Występowanie licznych cech nieprzystosowawczych lub pojedynczej cechy, która przybiera nasilenie uniemożliwiające przystosowanie się danej osoby do życia w konkretnym środowisku świadczy o patologii osobowości. Millon podaje trzy cechy świadczące o patologii osobowości. Są to kolejno powiązane ze sobą cechy: „brak elastyczności w sytuacjach stresowych i tendencja do stosowania tych samych strategii, co zwykle skutkuje pogorszeniem sytuacji takiej osoby; brak zdolności do elastycznej adaptacji związany z niewielką ilością alternatywnych strategii i zachowań, które są uparcie forsowane oraz wynikający z tego braku elastyczności mechanizm ‘błędnego koła’ prowadzący do powtarzania tych samych porażek” (Millon i wsp., 2005, s. 15-17).

Zimbardo natomiast definiuje zaburzenia osobowości jako „stan polegający na chronicznym, całościowym, sztywnym i nieprzystosowawczym wzorcu myślenia, emocji, relacji społecznych lub kontroli nad impulsami” (Zimbardo i wsp., 2013, s.44).

Słownik psychoanalizy rozszerza tą definicję dodatkowo o aspekt subiektywnego cierpienia, z którym mogą się łączyć zaburzenia osobowości i opisuje je jako: „sztywne i źle przystosowane cechy charakteru, które albo w sposób znaczący upośledzają społeczne

funkcjonowanie jednostki albo powodują znaczące cierpienie subiektywne” (Moore, Fine, 1996, s.201).

Definiując zaburzenia osobowości warto zaznaczyć, że nie da się wyznaczyć wyraźnej, ostrej granicy między normą a patologią, a przejawiane przez jednostkę cechy lokują się na pewnym kontinuum - od postaci przystosowawczej czyli tzw. „normy” na jednym krańcu do głębokiej patologii na drugim. Ponadto analizując poszczególne cechy osobowości, poza samym ich nasileniem, zawsze uwzględniać należy kontekst kulturowy ich występowania, gdyż zachowania nieprzystosowawcze w jednej kulturze mogą być normą w innej.

Kolejnym ważnym aspektem zaburzeń osobowości jest fakt, że nie dotyczą one tylko jednostki, u której się je rozpoznaje ale poprzez swoje zachowanie jednostka taka oddziałuje na liczne osoby w swoim otoczeniu. Znamienne jest również to, że bardzo często osoby z zaburzeniami osobowości są przekonane, że to inni ludzie są przyczyną ich niepowodzeń i cierpienia. Często nie potrafią dostrzec, jak same przyczyniają się do swoich porażek ani tego, w jaki sposób stwarzają problemy w swoim otoczeniu. Skutkuje to problemami w różnych obszarach ich życia. Najczęściej problemy dotyczą dwóch podstawowych aspektów, tj. relacji z innymi ludźmi oraz trudnościami w pracy zawodowej.

Trudności w relacjach przejawiają się na różne sposoby i w zależności od rodzaju zaburzenia mogą one polegać np. na licznych konfliktach interpersonalnych, trudnościach w utrzymaniu związków intymnych lub na braku bliższych kontaktów z ludźmi. Problemy na gruncie zawodowym to przede wszystkim trudności z uzyskaniem adekwatnego do swoich możliwości wykształcenia i/lub pracy, praca na stanowiskach poniżej możliwości, częste zmiany pracy lub długotrwałe pozostawanie bez zatrudnienia.

Osoby te często obwiniając otoczenie nie podejmują leczenia, a jeżeli poszukują pomocy to zazwyczaj bardziej po to, aby zmienić otoczenie niż siebie. Dzieje się tak, gdyż przejawiane przez nie cechy, stanowią integralną część ich osobowości i przyczyniają się do ich problemów. To skutkuje poczuciem, że to świat nie przystaje do nich. Na gruncie nieprawidłowo ukształtowanej osobowości może u takich osób dojść do powstania różnych objawów psychopatologicznych, np. lękowych, depresyjnych, z których część może mieć charakter egosyntoniczny, czyli zgodny z ja, a część nie, czyli egodystoniczny. Ten drugi typ objawów sprawia, że osoby takie same aktywnie poszukują pomocy, bo łatwiej potrafią dostrzec w sobie, przynajmniej częściowo, źródło swoich problemów.

1.3 Zaburzenia osobowości – kryteria diagnostyczne

Teorie osobowości dzieli się na dwie grupy, tj. teorie dyspozycyjne, które opisują wzorce osobowości oraz teorie opisujące procesy psychiczne zachodzące w osobowości (Zimbardo i wsp., 2013). Do teorii dyspozycyjnych zaliczane są teorie temperamentu, typów i cech osobowości. Na nich też opiera się psychiatryczna diagnoza zaburzeń osobowości, która bazuje na kryteriach diagnostycznych. Kryteria te definiują określone cechy, do których należy odwołać się klasyfikując ludzi do konkretnej kategorii klinicznej. W przypadku zaburzeń osobowości jest to lista kilku pozycji, które szczegółowo opisują cechy, postawy lub zachowania związane z danym zaburzeniem. Taki sposób opisu zaburzeń osobowości odwołuje się do modelu medycznego i jest sporym uproszczeniem bardzo złożonego problemu, jakim są zaburzenia osobowości. Często też jest krytykowany z powodu tego uproszczenia. Jednak jak piszą Grabski i Gierowski „jest oficjalnym językiem, którym powinien posługiwać się psychiatra” (Grabski, Gierowski, 2012, s.831).

1.3.1 Zaburzenia osobowości wg Klasyfikacji ICD-10

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 wyróżnia następujące ogólne kryteria swoistych zaburzeń osobowości, których spełnienie jest niezbędnym warunkiem do postawienia diagnozy zaburzeń osobowości (Pużyński, Wciórka, 2000, s. 170-175):

- wyraźnie nieprawidłowe postawy i zachowania wyrażające się w wielu sferach psychicznych i związkach z innymi ludźmi,
- długotrwałość nieprawidłowych zachowań,
- wzorzec nieprawidłowego zachowania się jest całościowy i niedostosowany do sytuacji indywidualnych i społecznych,
- wyżej wymienione trudności pojawiają się zawsze w okresie późnego dzieciństwa lub młodości i utrzymują się nadal w wieku dojrzałym,
- prowadzą do subiektywnego dyskomfortu psychicznego,

- często, ale nie zawsze, współwystępują z pogorszeniem funkcjonowania w rolach społecznych i zawodowych.

Klasyfikacja ta wyróżnia następujące rodzaje zaburzeń osobowości:

- 1) Osobowość paranoiczna
- 2) Osobowość schizoidalna
- 3) Osobowość dysocjalna
- 4) Osobowość chwiejna emocjonalnie
 - a) typ impulsywny
 - b) typ borderline – z pogranicza
- 5) Osobowość histrioniczna
- 6) Osobowość anankastyczna
- 7) Osobowość lękliwa (unikająca)
- 8) Osobowość zależna
- 9) Inne określone zaburzenia osobowości (np. osobowość narcystyczna, niedojrzała, itp.)
- 10) Zaburzenia osobowości bliżej nieokreślone (BNO)
- 11) Mieszane zaburzenia osobowości.

1.3.2 Zaburzenia osobowości wg Klasyfikacji DSM

Nieco odmiennie diagnoza zaburzeń osobowości ujęta była w DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IVth Edition, Text Revision) czyli w IV wydaniu Klasyfikacji Zburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Od 18 maja 2013 roku obowiązuje nowa edycja tej Klasyfikacji czyli

DSM-5, w której jako obowiązujące klinicystów utrzymano dotychczasowe zasady diagnozowania zaburzeń osobowości. Zaproponowano jednak daleko idące zmiany, które umieszczono w sekcji III tj., w części wymagającej dalszych badań. (Morison, 2016; DSM5 Development, 2013).

Diagnozowanie w oparciu o DSM-IV-TR związane z było z modelem wieloosiowym. Model ten służył do opisu różnych objawów i cech osobowości i umożliwiał względnie całościowy opis funkcjonowania jednostki.

Na osi pierwszej umieszczone były zespoły kliniczne czyli klasyczne diagnozy psychiatryczne, np. zaburzenia lękowe, zaburzenia afektywne, zaburzenia psychotyczne. Oś druga opisywała zaburzenia osobowości oraz upośledzenie umysłowe. Oś trzecia ujmowała ogólne uwarunkowania medyczne, np. choroby neurologiczne, zespoły genetyczne, etc. W pewnym stopniu jako czynnik mający wpływ na zrozumienie zaburzeń z osi I i II zaliczany tutaj był również uwarunkowany genetycznie temperament. Na osi czwartej umieszczone były ważne z punktu widzenia funkcjonowania jednostki problemy psychospołeczne i środowiskowe, czyli tzw. stresory np. problemy rodzinne i zawodowe, procesy sądowe, itd. Do tej osi przypisywany był także charakter jako wynik wszystkich oddziaływań środowiskowych na jednostkę. A wzajemna interakcja elementów z osi II i IV odpowiedzialna była za występowanie zaburzeń z osi I. Na osi piątej oceniany był ogólny poziom funkcjonowania psychologicznego, społecznego i zawodowego w formie skali GAF (Global Assessment of Functioning Scale), czyli Skali Ogólnej Oceny Funkcjonowania (Millon i wsp., 2005; Morrison, 2012).

Autorzy DSM-5 odeszli od modelu wieloosiowego z 5 skalami. Zaproponowali połączenie osi I, II i III poprzez sformułowanie diagnoz kategoryalnych ze specyfikatorami oraz z zaleceniem umieszczenia na pierwszym miejscu chorób uwarunkowanych somatycznie. Przy współwystępowaniu kilku diagnoz, diagnozą główną ma być ta, która stanowi powód zgłoszenia się do leczenia. Osobno zaznaczać należy ważne czynniki psychospołeczne oraz niepełnosprawność (Morrison, 2016).

Natomiast skalę GAF zastąpiono skalą WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule). Istotne jest to, że zgodnie z DSM-5 diagnoza zaburzeń osobowości może stanowić główny powód zgłoszenia się do leczenia. Podobnie jest w ICD-10, gdzie nie ma modelu wieloczynnikowego i wszystkie diagnozy traktowane są w sposób równorzędny, a zaburzenia osobowości mogą stanowić główny powód zgłoszenia się do

leczenia. Jednak znajomość modelu DSM-IV-TR pomocna jest w zrozumieniu, jak współwystępowanie różnych problemów medycznych, psychologicznych i środowiskowych, wpływa na występowanie zaburzeń psychicznych.

Badania do niniejszej pracy zaplanowano i przeprowadzono w oparciu o system klasyfikacyjny DSM-IV-TR, dlatego kryteria diagnostyczne zaburzeń osobowości omówione zostaną bardziej szczegółowo w oparciu o ten system (Wciórka, 2008, s. 233-241). Kryteria te, o czym już wspomniano powyżej, są obowiązujące również w DSM-5.

Ogólne kryteria diagnostyczne zaburzeń osobowości wg DSM:

- A. Utrwalony wzór wewnętrznego przeżywania i zachowania, który znacznie odbiega od kulturowych oczekiwań wobec danej osoby. Przejawia się w dwóch (lub więcej) z następujących obszarów:
 - 1. Poznanie (tzn. sposób postrzegania i interpretowania siebie, innych osób i zdarzeń)
 - 2. Afektywność (tzn. rozpiętość, intensywność, zmienność i dostosowanie reakcji emocjonalnej)
 - 3. Funkcjonowanie interpersonalne
 - 4. Kontrola impulsów
- B. Wzór ten jest nieelastyczny i ujawnia się w szerokim zakresie sytuacji osobistych i społecznych
- C. Utrwalony wzór prowadzi do istotnego klinicznie cierpienia lub upośledzenia funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych dziedzinach funkcjonowania
- D. Wzór jest stabilny i długotrwały, a jego początek można prześledzić wstecz co najmniej do wieku dorastania lub wczesnej dorosłości.
- E. Nie można go lepiej wyjaśnić występowaniem przejawów lub konsekwencji innego zaburzenia psychicznego

- F. Utrwalony wzór nie jest spowodowany bezpośrednim fizjologicznym działaniem substancji (np. substancji nadużywanej, przyjmowanego leku) ani stanem ogólnomedycznym (np. urazem głowy).

System klasyfikacyjny DSM-IV-TR wyróżnia 3 wiązki zaburzeń osobowości nazywane w języku angielskim: *clusters*.

Wiązka A, określona jako grupa dziwaczna, obejmuje **osobowość schizoidalną, schizotypową oraz paranoiczną**. W grupie tej wyróżniono wspólne mechanizmy obronne takie jak: projekcja, fantazjowanie oraz skłonność do myślenia psychotycznego (myślenie paranoidalne). U osób z tej grupy pod wpływem stresu może dochodzić do wystąpienia dezorganizacji procesów poznawczych. Rozpoznanie zaburzeń z grupy A wyklucza diagnoza: schizofrenii, zaburzeń nastroju o cechach psychotycznych, innych zaburzeń psychotycznych oraz całościowych zaburzeń rozwojowych.

- **Schizoidalne zaburzenie osobowości** zdefiniowane jest jako uogólniony wzór wycofywania się ze związków społecznych i ograniczony zakres uczuć ujawniany w warunkach interpersonalnych. Aby móc rozpoznać ten typ zaburzenia muszą być spełnione co najmniej czterech z następujących kryteriów:
 - osoba nie pragnie ani nie lubi bliskich związków, włączając część rodziny,
 - prawie zawsze wybiera działania samotne,
 - wykazuje małe, jeśli w ogóle, zainteresowanie doświadczeniami seksualnymi z innymi osobami,
 - czerpie przyjemność z niewielu, jeśli w ogóle, działań,
 - nie ma bliskich przyjaciół ani osób zaufanych poza krewnymi pierwszego stopnia,
 - wydaje się niezainteresowana docenieniem lub krytyką za strony otoczenia,
 - ujawnia emocjonalny chłód, dystans lub spłylenie afektywności.
- **Schizotypowe zaburzenie osobowości** definiowane jest jako uogólniony wzór deficytów społecznych i interpersonalnych naznaczonych silnie odczuwaną niewygodą w bliskich związkach oraz zmniejszoną zdolnością do nich, jak również

zniekształceniami poznawczymi i spostrzeżeniowymi oraz ekscentrycznością zachowania. Aby móc rozpoznać ten typ zaburzenia musi być spełnionych co najmniej pięć z następujących kryteriów:

- myśli odnoszące (z wykluczeniem urojeń odnoszących),
- dziwne przekonania i myślenie magiczne wpływające na zachowanie, niezgodne z normami subkulturowymi (np. przesądność, wiara w jasnowidzenie, telepatię lub „szósty zmysł”; u dzieci i dorastających dziwaczne fantazje i zainteresowania),
- niezwykle doświadczenia spostrzeżeniowe, w tym iluzje cielesne,
- dziwaczne myślenie lub mowa (np. niejasna, drobiazgowa, metaforyczna, rozwlekła, stereotypowa),
- podejrzliwość lub nastawienie paranoidalne,
- dziwaczne, ekscentryczne bądź osobliwe zachowanie lub wygląd,
- niedostosowany lub zawężony afekt,
- brak bliskich przyjaciół lub osób zaufanych poza krewnymi pierwszego stopnia,
- nadmierny lęk społeczny, który nie ulega zmniejszeniu wraz z zaznajamianiem się i ma związek raczej z obawami paranoidalnymi niż negatywnymi ocenami siebie.

- **Paranoiczne zaburzenie osobowości** definiowane jest jako uogólniona nieufność i podejrzliwość wobec innych sprawiająca, że motywy ich postępowania są interpretowane jako złowrogie. Aby móc rozpoznać ten typ zaburzenia, muszą być spełnione co najmniej czterech z następujących kryteriów:

- osoba bezpodstawnie podejrzewa, że inni ją wykorzystują, szkodzą jej lub ją poniżają,
- koncentruje się na nieusprawiedliwionych wątpliwościach co do lojalności lub wiarygodności przyjaciół i kolegów,
- niechętnie zwierza się innym z powodu nieuzasadnionej obawy, że informacja zostanie wykorzystana złośliwie przeciw niej,
- odczytuje poniżające lub zagrażające znaczenia w niewinnych uwagach lub wydarzeniach,
- długo zachowuje urazy, tzn. nie wybacza zniewag, zranień, lekceważenia,

- dostrzega ataki wobec swojego charakteru lub reputacji, które nie są oczywiste dla innych i szybko reaguje gniewem lub kontratakiem,
- ujawnia nawracające, nieusprawiedliwione podejrzenia co do wierności współmałżonka lub partnera seksualnego.

Wiązka B, określana jako grupa dramatyczna, emocjonalna i kapryśna, obejmuje osobowość **histrioniczną, narcystyczną, antyspołeczną i borderline**. W grupie tej wyróżniono wspólne mechanizmy obronne takie jak: dysocjacja, zaprzeczanie, rozszczepienie i acting out.

- **Histrioniczne zaburzenie osobowości** definiowane jest jako uogólniony wzór nadmiernej emocjonalności i przyciągania uwagi. Aby móc rozpoznać ten typ zaburzenia musi być spełnionych co najmniej pięć z następujących kryteriów:
 - osoba źle się czuje w sytuacjach, w których nie znajduje się w centrum uwagi,
 - interakcja z innymi osobami często cechuje się niedostosowanym zachowaniem seksualnym – uwodzającym lub prowokującym,
 - wykazuje szybko zmieniającą się i płytką ekspresję emocji,
 - stale wykorzystuje wygląd fizyczny w celu skupienia uwagi na sobie,
 - używa stylu mówienia, który jest nadmiernie egzaltowany, a ubogi w szczegóły,
 - zachowuje się autodramatycznie, teatralnie i z przesadnym wyrazem emocji,
 - sugestywna, tzn. łatwo ulega wpływowi innych osób i okoliczności,
 - traktuje związki, jakby były bardziej intymne, niż aktualnie są.
- **Narcystyczne zaburzenie osobowości** definiowane jest jako uogólniony wzór poczucia wyższości (w wyobraźni i zachowaniu), potrzeby podziwu i braku empatii. Aby móc rozpoznać ten typ zaburzenia musi być spełnionych co najmniej pięć z następujących kryteriów:
 - osoba ma wyższościowe poczucie własnego znaczenia (np. wyolbrzymia swe osiągnięcia i talenty, oczekuje uznania wyższości bez odpowiednich osiągnięć),
 - skupiona na wyobrażeniach nieograniczonego powodzenia, władzy, doskonałości, piękności lub idealnej miłości,

- wierzy, że jest osobą „wyjątkową” i niepowtarzalną, która może być zrozumiana i powinna przebywać tylko w towarzystwie innych osób (lub instytucji) wyjątkowych o wysokiej pozycji,
 - wymaga przesadnego podziwu,
 - ma poczucie uprzywilejowania, tzn. irracjonalnych oczekiwań szczególnie korzystnego traktowania lub automatycznej zgody na swoje oczekiwania,
 - eksploatuje interpersonalnie, tzn. wykorzystuje innych, aby osiągnąć własne cele,
 - nie odczuwa empatii, jest niezdolna do rozpoznania lub identyfikacji uczuć i potrzeb innych,
 - często zazdrości innym osobom i sądzi, że inni zazdroszczą jej,
 - przejawia zachowania lub postawy aroganckie, wyniosłe.
- **Antyspołeczne zaburzenie osobowości** definiowane jako uogólniony wzór lekceważenia i naruszania praw innych osób występujący od 15 roku życia. Aby móc rozpoznać ten typ zaburzenia muszą być spełnione trzy z następujących kryteriów:
- nieprzestrzeganie norm społecznych, w tym respektu dla zachowań zgodnych z prawem, wykazywane ponawianiem działań uzasadniających zatrzymanie,
 - mataczenie w postaci ponawianego okłamywania, podawania się za kogoś innego, podpuszczania innych dla własnej korzyści lub przyjemności,
 - impulsywność lub brak powodzenia w planowaniu,
 - drażliwość i agresywność ujawniane przez ponawianie bójek lub napaści,
 - lekkomyślne lekceważenie bezpieczeństwa siebie i innych,
 - stała nieodpowiedzialność ujawniana powtarzającymi się niepowodzeniami przestrzegania ustalonych zachowań w pracy lub honorowania zobowiązań finansowych,
 - brak żalu okazywany w postaci obojętności lub racjonalizowania w sytuacji zranienia, złego traktowania lub okradania kogoś innego.

Dodatkowo wymagane jest spełnienie kolejnych trzech warunków: osoba ma co najmniej 18 lat, istnieje dowód na występowanie zaburzeń zachowania przed ukończeniem 15 lat i zachowania antyspołeczne nie występują wyłącznie w przebiegu schizofrenii lub epizodu maniakalnego.

- **Graniczne zaburzenie osobowości (borderline)** definiowane jest jako uogólniony wzór niestabilnych związków interpersonalnych, obrazu samego siebie i afektów oraz znaczna impulsywność. Aby móc rozpoznać ten typ zaburzenia musi być spełnionych co najmniej pięć z następujących kryteriów:
 - rozpaczliwe próby uniknięcia opuszczenia: rzeczywistego lub wyimaginowanego,
 - wzór niestabilnych i intensywnych związków interpersonalnych cechujących się wahaniami między skrajnościami - idealizowaniem lub dewaluowaniem,
 - zaburzenie tożsamości: znaczący i trwały brak stabilności obrazu czy poczucia własnego „ja”,
 - impulsywność w co najmniej w dwóch obszarach stanowiących potencjalne zagrożenie dla samego siebie (np. wydawanie pieniędzy, ryzykowny seks, nadużywanie substancji psychoaktywnych, nieostrożna jazda, napadowe objadanie się),
 - nawracające zachowania, gesty lub groźby samobójcze albo zachowania samookaleczające,
 - niestabilność afektywna spowodowana znaczną reaktywnością nastroju (np. nasilone epizody dysforii, drażliwości lub lęku trwające zwykle parę godzin, a rzadko dłużej niż parę dni),
 - przewlekłe poczucie pustki,
 - niedostosowany, nasilony gniew lub trudności panowania nad gniewem (np. częste wybuchy złości, stały gniew, powtarzające się bójki),
 - przemijające, związane ze stresem myśli objawy paranoiczne lub poważne objawy dysocjacyjne.

Wiązka C, określana jako grupa lękowa i bojaźliwa, obejmuje osobowość **unikającą**, **zależną** i **obsesyjno-kompulsyjną**. W grupie tej wyróżniono następujące wspólne mechanizmy obronne: izolacja, bierna agresja i hipochondryzacja.

- **Unikowe zaburzenie osobowości** definiowane jest jako uogólniony wzór zahamowania społecznego, poczucia niedostosowania i nadwrażliwości na negatywną ocenę. Aby móc rozpoznać ten typ zaburzenia muszą być spełnione co najmniej cztery z następujących kryteriów:

- z powodu obawy przed krytyką, dezaprobatą lub odrzuceniem osoba unika aktywności zawodowej, w której istotne znaczenie ma kontakt interpersonalny,
- niechętnie angażuje się w kontakt z ludźmi, dopóki nie ma pewności, że jest lubiana,
- wykazuje skrępowanie w bliskich związkach z powodu obawy przed zawstydzeniem lub wyśmianiem,
- w sytuacjach społecznych skoncentrowana na obawie przed krytyką lub odrzuceniem,
- z powodu poczucia niedostosowania zahamowana w nowych sytuacjach społecznych,
- widzie siebie jako osobę pozbawioną umiejętności społecznych, nieatrakcyjną lub gorszą od innych,
- bardzo niechętnie podejmuje osobiste ryzyko lub angażuje się w nowe działania z obawy przed zawstydzeniem.

● **Zależne zaburzenie osobowości** zdefiniowane jest jako uogólniona i nadmierna potrzeba polegania na opiece, co prowadzi do zachowań uległych i przywierających oraz do obaw przed oddzieleniem. Aby móc rozpoznać ten typ zaburzenia musi być spełnionych co najmniej pięć z następujących kryteriów:

- osobie trudno podejmować codzienne decyzje bez przesadnej liczby porad i zapewnień ze strony innych,
- potrzebuje innych, aby przejęli odpowiedzialność za większość zasadniczych dziedzin życia,
- z powodu obawy utraty oparcia i akceptacji ma trudności z wyrażaniem sprzeciwu wobec innych,
- a trudności z inicjowaniem przedsięwzięć i samodzielnym działaniem (z powodu braku pewności siebie, a nie braku motywacji czy energii),
- gotowa do podejmowania nawet nieprzyjemnych dla siebie rzeczy w celu uzyskania opieki i wsparcia od innych,
- kiedy jest sama, odczuwa niepokój i bezradność z powodu wyolbrzymionych obaw, że nie da sobie rady,
- gdy bliski związek kończy się, pilnie poszukuje innego związku jako źródła opieki i wsparcia,

- żyje w ciągłej obawie, pozbawionej realnych podstaw, że zostanie porzucona i będzie zmuszona sama zadbać o siebie.
- **Obsesyjno-kompulsyjne** zaburzenie osobowości zdefiniowana jako uogólniony wzór skoncentrowania się na porządkowaniu, skrupulatności oraz psychicznej i interpersonalnej kontroli kosztem elastyczności, otwartości i skuteczności. Aby móc rozpoznać ten typ zaburzenia muszą być spełnione co najmniej cztery z następujących kryteriów:
 - osoba koncentruje się na szczegółach, regułach, wykazach, porządku, organizacji lub planach do tego stopnia, że traci z oczu główny cel działania,
 - ujawnia perfekcjonizm, który utrudnia dokończenie zadania (np. nie potrafi zakończyć projektu, ponieważ nie spełnia własnych wygórowanych wymagań),
 - przesadnie poświęcona pracy i produktywności, aż do wykluczenia wypoczynku i przyjaźni (nie dotyczy oczywistej konieczności ekonomicznej),
 - przesadnie sumienna, skrupulatna i sztywna w sprawach moralności, etyki lub wartości (nie dotyczy identyfikacji kulturowej lub religijnej),
 - niezdolna do wyrzucenia zużytych lub bezwartościowych przedmiotów nawet wtedy, gdy nie mają żadnej wartości sentymentalnej,
 - odrzuca dzielenie się zadaniami lub pracą z innymi, jeśli nie przejmują dokładnie jej sposobu realizacji spraw,
 - przyjmuje ubogi styl wydatków na siebie i innych, pieniądze traktuje jako coś odkładanego ze względu na przyszłe katastrofy,
 - przejawia sztywność i upór.

Ponadto Dodatek B do DSM-IV-TR opisuje osobowość bierno-agresywną i depresyjną.

- **Bierno-agresywne zaburzenie osobowości** zdefiniowane jest jako uogólniony wzór negatywistycznych podstaw i biernego oporu wobec adekwatnych wymagań dotyczących funkcjonowania. Aby móc rozpoznać ten typ zaburzenia muszą być spełnione co najmniej cztery z następujących kryteriów:

- osoba przejawia bierny opór wobec wywiązywania się z rutynowych obowiązków społecznych i zawodowych,
 - skarży się na nierozumienie i niedocenianie przez innych,
 - jest ponura i kłótniwa,
 - bez powodu krytykuje autorytety i szydzi z nich,
 - okazuje zazdrość i niechęć tym, którym wyraźnie lepiej się powodzi,
 - wyraża przesadne i uporczywe skarg na swój los,
 - odczuwa na przemian pełen wrogości bunt i skruchę.
- **Depresyjne zaburzenie osobowości** zdefiniowane jest jako utrwalony depresyjny wzór funkcjonowania poznawczego i zachowania. Aby móc rozpoznać ten typ zaburzenia musi być spełnionych co najmniej pięć z następujących kryteriów:
- osoba przejawia dominujące przygnębienia, smutku i poczucia nieszczęścia w swoim nastroju,
 - obraz samej siebie oparty jest na przeświadczeniu o własnym niedostosowaniu i bezwartościowości oraz niskiej samoocenie,
 - jest krytyczna wobec siebie, obwinia się i umniejsza własną wartość,
 - wszystko rozpamiętuje i zamartwia się,
 - przyjmuje krytyczną, negatywistyczną i oceniającą postawę wobec innych,
 - ma pesymistyczne nastawienie,
 - jest skłonna do poczucia winy i wyrzutów sumienia.
- Występowania wymienionych powyżej cech tylko w czasie epizodu ciężkiej depresji lub dystymii wyklucza to rozpoznanie.

W DSM-5 zaproponowano nowe ujęcie diagnozowania zaburzenia osobowości, które wymaga dalszych badań (Bornstien i wsp., 2011; Bender i wsp., 2011; Krueger i wsp., 2012). Główna zmiana polega na wprowadzeniu modelu wymiarowo-kategorialnego zamiast czysto kategorialnego. Opisano kryteria diagnostyczne sześciu specyficznych zaburzeń osobowości oraz zaburzeń osobowości określonych przez cechy (PDTS – *personality disorders trait specified*). Specyficzne zaburzenia osobowości zdefiniowane pozostają przez typowe upośledzenie w zakresie funkcjonowania osobowości i obecność

typowych cech patologicznych. W DSM-5 wyróżniono zaburzenia osobowości: antysocjalne, unikające, z pogranicza, narcystyczne, obsesyjno-kompulsyjne i schizotypowe. Pozostałe trafiły do grupy PDTS, która zastąpiła kategorię zaburzeń osobowości bliżej nieokreślonych. Aby postawić diagnozę zaburzeń osobowości muszą być spełnione kryteria ogólne czyli upośledzenie funkcjonowania w obszarze ja (tożsamość lub samo ukierunkowanie) i w obszarze interpersonalnym (empatia lub intymność) oraz obecność patologicznych cech osobowości (jedna lub więcej z patologicznych grup cech lub aspektów przejawiania się cechy). Pozostałe kryteria, dotyczące upośledzenie funkcjonowania i ekspresji cech, pozostają niezmiennione. Ta propozycja diagnostyczna daje możliwość opisu każdego człowieka. Grupy cech – domeny, tj. negatywna uczuciowość, oderwanie, antagonizm, rozhamowanie i psychotyczność oraz aspekty przejawiania się tych cech i poziom ich nasilenia tworzą wymiary i dają możliwość pełniejszego opisu osobowości jednostki (Grabski, Gierowski, 2012). Odwołują się również do koncepcji zdrowej osobowości i „wielkiej piątki”.

1.4 Zaburzenia osobowości - epidemiologia

Trudno jest określić częstość występowania zaburzeń osobowości w populacji ogólnej. Dane, które można znaleźć w literaturze, wahają się w granicach od 4-5% do prawie 15% populacji ogólnej, a czasami nawet wyższej (Lenzenweger, 2008; Grand i wsp., 2004; Coid i wsp., 2006; Torgersen, Alnaes, 1992; Rymaszewska i wsp., 2005).

Często podkreśla się fakt, że do lat dziewięćdziesiątych XX wieku, w ogóle nie podejmowano badań w tym obszarze (Lenzenweger, 2008). Mimo różnic co do rozpowszechnienia, konkluzje badaczy są zgodne: zaburzenia osobowości wiążą się ze znaczną niesprawnością i upośledzeniem funkcjonowania psychospołecznego (Grand i wsp., 2004; Coid i wsp. 2006). Podkreśla się również współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, w tym w szczególności uzależnień od substancji psychoaktywnych, zachowań suicydalnych, zaburzeń lękowych i afektywnych, które wiążą się z potrzebą hospitalizacji, a czasami jak w przypadku osobowości antysocjalnej, również z zachowaniami o charakterze przestępczym (Coid i wsp., 2006).

Wszyscy badacze zgodnie podkreślają trudności przeprowadzenia badań epidemiologicznych w tym obszarze. Wynika to z faktu, że wiele osób z tym problemem nie korzysta z żadnej pomocy specjalistycznej (psychiatrycznej lub psychoterapeutycznej), często nawet nie wiedząc, że źródłem ich trudności są zaburzenia osobowości, a doświadczane trudności życiowe i objawy psychopatologiczne nie mają takiego nasilenia, które prowadziłyby do szukania specjalistycznej pomocy. Na drugim biegunie są osoby najgorzej przystosowane, które częściej stają się klientami opieki społecznej niż psychiatrycznej. Poza tym postawienie rzetelnej diagnozy zaburzeń osobowości wymaga odpowiednich kompetencji, w związku z czym nawet w szeroko zakrojonych badaniach populacyjnych w obszarze zdrowia psychicznego albo zaburzeń osobowości nie uwzględnia się w ogóle albo uzyskane dane liczbowe mogą nie końca odpowiadać rzeczywistemu obrazowi częstości ich występowania.

Przykładem niech będzie przeprowadzone na terenie Polski w latach 2009-2012 pierwsze ogólnopolskie badanie epidemiologiczne zatytułowane „EZOP - Polska”, którego celem było oszacowanie rozpowszechnienia problemów psychicznych wśród dorosłych mieszkańców Polski oraz dostępność opieki psychiatrycznej. W badaniu tym zaburzenia osobowości nie zostały bezpośrednio ujęte i wyróżnione (Kiejna i wsp. 2015).

Najwięcej badań w obszarze zaburzeń osobowości prowadzi się w USA. Lenzenweger stwierdza, że 10,6% populacji amerykańskiej cierpi na możliwe do zdiagnozowania zaburzenia osobowości. Inni badacze podają wartości jeszcze większe. Oszacowali oni rozpowszechnienie siedmiu z dziesięciu wymienianych w DSM-IV zaburzeń osobowości na 14,79% (w latach 2001-2002). Istotny jest fakt, że w badaniu pominięto częstość występowania osobowości z pogranicza oraz osobowości narcystycznej. Stwierdzono, że wśród uwzględnionych rozpoznań najczęściej występuje osobowość obsesyjno-kompulsyjna (7,88%) z równą częstotliwością u obu płci, a następnie w odpowiedniej kolejności: osobowość paranoidalna (4,41%), antysocjalna (3,63%), schizoidalna (3,13%), unikająca (2,36%), histrioniczna (1,84%) i zależna (0,49%). U kobiet istotnie częściej stwierdzono osobowość paranoidalną, unikającą oraz zależną, natomiast u mężczyzn antysocjalną. Badania z początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku dotyczące osobowości typu borderline szacowały występowanie tego typu zaburzenia u 0,2 – 2,8% populacji ogólnej; przy czym stwierdzane one były u 15% pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie i stanowiły połowę wszystkich przypadków z rozpoznaniem zaburzeń osobowości (Widiger, Weissman, 1991).

Badania europejskie cechują się znacząco rozbieżnością. Przykładowo, pierwsze badania epidemiologiczne zaburzeń osobowości przeprowadzone w Norwegii w latach 1994-97 na grupie ponad 2000 osób stwierdziły występowanie zaburzeń osobowości u 13,4% badanych (Torgersen i wsp., 2001). Inne dane podają badacze brytyjscy, którzy po przebadaniu 626 osób z populacji ogólnej przy zastosowaniu kwestionariusza SCID II wykazali występowanie zaburzeń osobowości u 4,4% badanych (Coid i wsp., 2006).

Jeszcze inna sytuacja jest w Polsce. W wydany w 2011 podręczniku Psychiatrii Klinicznej w rozdziale poświęconym zaburzeniom osobowości w ogóle brakuje informacji co do częstości ich występowania, co stanowi wyraźny kontrast w stosunku do innych zaburzeń psychicznych, gdzie zwykle padają liczne dane epidemiologiczne (Jakubik, 2011). Próbkę oceny częstości występowania zaburzeń psychicznych w Polsce podjęto we wspomnianym wcześniej badaniu „EZOP-Polska”. Rozpowszechnienie zaburzeń objętych badaniem (tj. jednym z 18 zdefiniowanych w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV) oszacowano na występowanie u 23,4% osób w ciągu życia. Współwystępowanie dwóch diagnoz dotyczyło 25% spośród nich, a trzech – 20%. Najczęstsze są problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych (ponad 12%). Ok. 10% diagnoz stanowią ogółem zaburzenia nerwicowe. Na trzecim miejscu po 3,5% znalazły się zaburzenia afektywne i zaburzenia zachowania. Ponadto, jak piszą autorzy badania, „udało się oszacować rozpowszechnienie wielu objawów, które nie są wystarczające do postawienia diagnozy, ale obniżają jakość życia i mogą zwiastować pojawienie się zaburzeń.” Ok. 20–30% populacji zgłaszała takie objawy psychopatologiczne jak stany obniżenia nastroju i aktywności, swoiste objawy unikania, przewlekły lęk, drażliwość. Dość często, tj. kilkanaście procent populacji ujawniła lęki napadowe i społeczne, napady złości. Rzadziej, tj. kilka procent podało inne stany, np. agorafobia, hipomania, trudności w koncentracji połączone z nadmierną ruchliwością. Ponieważ badanie nie uwzględniało diagnozy zaburzeń osobowości, nie sposób ustalić jak dużą część spośród objętych badaniem i uskarżających się na wymienione powyżej dolegliwości stanowiły osoby z taką właśnie diagnozą. Podobnie też sporą część osób nadużywających substancji psychoaktywnych oraz z objawami lękowymi i afektywnymi stanowią osoby z zaburzeniami osobowości. Można więc przypuszczać, że spora część osób spośród tych 20-30% naszej populacji, to właśnie osoby z zaburzeniami osobowości. Odpowiada to szacunkowym danym uzyskanym przez zespół Strusa i Rowińskiego z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, w którym, bazując na samoopisie respondentów, stwierdzono,

że około 20%, spośród losowo wybranej nieklinicznej populacji, spełniało kryteria rozpoznania zaburzenia osobowości wg Kwestionariusza SCID-II (Strus i wsp., 2016).

1.5 Zaburzenia osobowości – etiologia

Samo zdefiniowanie zaburzeń osobowości jest zagadnieniem trudnym i złożonym. Jeszcze trudniejsze jest udzielenie odpowiedzi o jego przyczyny. Aktualnie w psychiatrii dominuje paradygmat o bio-psycho-społecznym podłożu zaburzeń psychicznych. Ma on zastosowanie również w odniesieniu do zaburzeń osobowości. Przyjmuje się, że u podłoża różnych cech osobowości stoją uwarunkowania biologiczne, które podlegają licznym oddziaływaniom środowiskowym kształtując charakter, co wspólnie stanowi o osobowości jednostki. Jak pisze Hornawska powołując się na badania Plomin i in.: „Badania populacyjne wykazały, że za ok. 40-50% wariacji wymiarów osobowości odpowiadają czynniki genetyczne, pozostałe to czynniki środowiskowe, nie uwzględniając interakcji genotypu i środowiska” (Hornawska, 2003, s.4). Na różnych etapach rozwoju psychiatrii koncentrowano się na innych czynnikach wpływających na rozwój prawidłowej i nieprawidłowej osobowości.

1.5.1 Zaburzenia osobowości – biologiczne czynniki etiologiczne

Dziś trwają intensywne poszukiwania na gruncie psychoneurobiologii i jak piszą Roth i Buchheim (Roth, Buchheim, 2013) istnieją dane eksperymentalno-empiryczne wskazujące na neurobiologiczne podłoże przynajmniej niektórych zaburzeń osobowości. Dotyczy to szczególnie zaburzenia osobowości z pogranicza i psychopatii bardzo często stojącej u podstaw antyspołecznego zaburzenia osobowości. Badacze ci wskazują na strukturalne i czynnościowe deficyty w limbicznych i paralimbicznych ośrodkach mózgu. Do zaburzeń prowadzić ma połączenie takich czynników jak: genetycznie uwarunkowane polimorfizmy w układzie serotonergicznym i osi stresu (podwzgórze – przysadka - kora nadnerczy), deficyty w rozwoju mózgu oraz wystąpienie niekorzystnych, traumatyzujących doświadczeń w dzieciństwie i adolescencji. Na przykładzie osobowości borderline podkreślają oni, że wystąpienie tego zaburzenia zależy od pojawienia się i wzajemnego

oddziaływania czynników genetycznych i niekorzystnych doświadczeń we wczesnym okresie życia (np. trauma przywiązaniowa, zaniedbanie emocjonalne, różne rodzaje przemocy). Czynniki te mogą prowadzić do dysregulacji emocji i impulsywności, które skutkują wystąpieniem dysfunkcyjnych zachowań, np. konfliktów interpersonalnych, które mogą dodatkowo nasilać dysregulację emocji i impulsywność.

Do tej pory udało się ustalić, że pacjenci z zaburzeniem osobowości z pogranicza mają:

- mniejszą objętość hipokampa (co prowadzi do automatycznego odtwarzania nieświadomych proceduralnych wspomnień dotyczących relacji interpersonalnych oraz upośledzenia wytwarzania narracji autobiograficznych),
- mniejszą objętość kory przedczołowej (co upośledza zdolność do regulacji afektu oraz mentalizacji),
- nadmierną reaktywność ciała migdałowatego po stronie prawej (co może być związane z błędnym interpretowaniem neuronalnych form wyrazu mimicznego jako złowrogiego),
- nadwrażliwość osi podwzgórze – przysadka - kora nadnerczy (co odpowiada za stan nadmiernej czujności i wzbudzenia afektywnego),
- obwody nagrody związane z jądrem półleżącym, które wzmacniają gratyfikacje z nieadaptacyjnych wzorców relacji oraz dążenie do ich powtarzania w związku z wydzielaniem dopaminy,
- obniżone stężenie N-acetyloasparginianu (NNA) w grzbietowo-bocznej korze przedczołowej, które świadczy o niższej gęstości neuronalnej i zaburzeniu metabolizmu neuronów.

Ponadto wykazano też, że krótsze allele genu transportera serotoniny (5HTT) są powiązane z niższym poziomem serotoniny i większą impulsywną agresją (Roth, Buchheim, 2013, s.136-137).

1.5.2 Zaburzenia osobowości – środowiskowe czynniki etiologiczne

Oprócz wyposażenia genetycznego istotną rolę w etiologii zaburzeń osobowości pełnią czynniki środowiskowe. Wskazują na to zarówno prace badawcze jak i doświadczenia klinicystów pracujących z pacjentami z zaburzeniami osobowości. Na przykład Linehan, powołując się na badania Dennenberga i Greeniugh, pisze, że szczególne zdarzenia i skrajne warunki środowiskowe mogą wywoływać skutki biologiczne i wpływać modyfikująco na struktury nerwowe (Linehan, 2007). Przykładem takiego związku może być doświadczenie traumy środowiskowej (np. molestowania seksualnego w dzieciństwie) na regulację emocji u pacjentów z zaburzeniem z pogranicza. Linehan wskazuje na znaczącą rolę tzw. „unieważniającego środowiska” w powstaniu tego zaburzenia osobowości. Poprzez „unieważniające środowisko” rozumienie ona „otoczenie, w którym komunikaty o osobistych przeżyciach spotykają się z niekonsekwentnymi, niewłaściwymi i skrajnymi reakcjami (...) a wyrażanie prywatnych przeżyć nie jest uprawomocnione; jest natomiast często karane i trywializowane” (Linehan, 2007, s. 49).

W konsekwencji prowadzi to do tego, że dziecko, wychowywane w takim środowisku, nie uczy się ani nazywania swoich przeżyć w sposób zgodny z normą danej grupy społecznej ani modulować wzbudzenia emocjonalnego. Uczy się natomiast oscylowania pomiędzy doświadczaniem skrajnych stanów emocjonalnych, które często są niezbędne do wywołania zainteresowania środowiska, a zahamowaniem emocjonalnym, które wynika z doświadczenia karania z powodu wyrażania negatywnych emocji. Dziecko wychowane w takim środowisku nie wie, kiedy może ufać swoim reakcjom emocjonalnym i poznawczym.

W praktyce, wg Linehan, oznacza to dorastanie w tzw. „rodzinie chaotycznej”, w której niewiele czasu i uwagi poświęca się dziecku (np. rodziny z problemem uzależnień), w tzw. „rodzinie doskonałej”, w której rodzice nie są w stanie tolerować przejawów negatywnych emocji u dziecka lub nawet w „typowej rodzinie” Zachodu, w której podkreśla się znaczenie „samokontroli” (tj. poznawczej kontroli emocji) dla osiągnięcia sukcesu, co u osób szczególnie mocno reaktywnych emocjonalnie i podatnych na zranienie prowadzić może do dysregulacji emocji.

1.6 Zaburzenia osobowości w różnych podejściach teoretycznych

Omawiając przyczyny zaburzeń osobowości należy odwołać się również do teorii psychologicznych zajmujących się procesami psychicznymi zachodzącymi w osobowości, ponieważ opisując siły działające w obrębie osobowości, jednocześnie wskazują one na psychologiczne aspekty prowadzące do zaburzeń osobowości.

Wyróżnia się trzy główne podejścia teoretyczne opisujące osobowość: psychodynamiczne, humanistyczne i społeczno-poznawcze (Zimbardo i wsp., 2013, s.50-51).

1.6.1 Zaburzenia osobowości w podejściu psychodynamicznym

Jest to grupa teorii wywodzących się z Freudowskiej psychoanalizy powstałej na gruncie badań nad histerią pod koniec XIX wieku. Teoria ta wskazuje przede wszystkim na nieświadome motywacje i wczesnodziecięce doświadczenia, które prowadzą do rozwoju nieprawidłowej osobowości. Freud, jako pierwszy, stworzył teorię osobowości i uważa się, że do dzisiaj jest to najbardziej wyczerpująca teoria. Z drugiej strony, jak pisze Zimbardo powołując się na prace Azara, mimo zamierzeń Freuda, często kwestionuje się naukowość tej teorii (Zimbardo, 2013, s.62). Teoria Freuda umieszcza w centrum osobowości nieświadomość, w której znajdować się mają popędy, impulsy, motywy i konflikty, co stanowić ma źródło energii psychicznej (Kutter, 2000).

Szczególne znaczenie mają mieć dwa nieświadome popędy: Eros i Thanatos. Eros, którego nazwa wywodzi się od greckiego boga namiętnej miłości, oznacza popęd seksualny. Ma on wyzwalać ma energię libidynalną wyrażającą się nie tylko w zachowaniach seksualnych ale we wszystkich przejawach ludzkiej kreatywności i twórczości. Natomiast Thanatos, którego nazwa wywodzi się od greckiego boga śmierci, oznacza popęd śmierci, który odpowiadać ma za zachowania agresywne i destrukcyjne.

Osobowość ma składać się z trzech struktur: id, ego i superego. Struktury te mają być ze sobą w nieustannej walce. Id czyli „to” ma pomieszczać w sobie zarówno popęd miłości jak i popęd śmierci. Przyrównywane jest do małego dziecka, które domaga się natychmiastowego zaspokojenia swoich impulsów. Kieruje się zasadą przyjemności. Superego czyli „nad-ja” ma być odpowiednikiem rodzica i odpowiadać za wartości

i moralność jednostki. Powstaje w trakcie rozwoju dziecka, kiedy uwewnętrznieniu ulegają wartości społeczne opiekunów. Zawiera w sobie również ideał ego, czyli wyobrażenie tego, jakim danym człowiek powinien być. Domaga się robienia tylko tego, co jest słuszne i moralne. Ego czyli „ja” ma pełnić funkcję adaptacyjną i pośredniczyć między żądaniami id a wymaganiami superego. Kieruje się zasadą realności. Przyrównywane jest do roli sędziego lub mediatora, który na zasadzie kompromisu ma zaspokajać żądania obu stron, tj. id i superego. Z funkcjonowaniem ego związane jest pojęcie mechanizmów obronnych, które mają umożliwiać radzenie sobie z konfliktami między id a superego (Kutter, 2000).

Istotne dla rozwoju i funkcjonowania osobowości mają być również wczesne doświadczenia życiowe. Freud opisał psychoseksualne stadia rozwoju, w których przyjemność erotyczna związana jest ze stymulacją innych obszarów ciała w poszczególnych etapach rozwoju. Są to kolejno:

- faza oralna w pierwszym roku życia związana przede wszystkim z ssaniem,
- faza analna w okresie między drugim a trzecim rokiem życia związana z wydalaniem,
- faza falliczna w okresie między trzecim a szóstym rokiem życia związana z przejawami „niedojrzałej” seksualności,
- faza latentna poprzedzająca okres dojrzewania,
- faza genitalna związana z osiągnięciem dojrzałości psychoseksualnej.

Kolejne stadia rozwojowe mają łączyć się z konkretnymi zadaniami rozwojowymi, a zablokowanie rozwoju na którymś z etapów prowadzi do tzw. fiksacji i wiązać się z występowaniem różnych zaburzeń psychicznych i charakterologicznych. Zadaniem rozwojowym pierwszej fazy ma być przezwyciężenie zależności, fiksacja na tym etapie ma się wiązać z nadmierną zależnością od innych w późniejszym życiu i takimi skłonnościami jak przejadanie się, alkoholizm, palenie czy gadatliwość.

Zadaniem fazy analnej ma być osiągnięcie samokontroli związanej z treningiem czystości, a zatrzymanie rozwoju na tym etapie ma być związane z zachowaniami kompulsywnymi, okrucieństwem, złością, uporem, nadmiernym dbaniem o czystość i porządek lub bałaganiarstwem.

Stadium falliczne, w którym dziecko musi rozwiązać problem związany z pociąganiem erotycznym do rodzica odmiennej płci i wrogością do rodzica tej samej płci nazywa się u chłopców kompleksem Edypa, a u dziewczynek kompleksem Elektry. Zahamowanie rozwoju na tym etapie ma prowadzić do masturbacji, podbojów seksualnych, zazdrości oraz problemów w relacjach z rodzicami.

W okresie latencji dziecko na nieświadomym poziomie ma poradzić sobie z wypartymi pragnieniami seksualnymi i agresywnymi związanymi z kompleksem z poprzedniej fazy. A na poziomie świadomym ma nauczyć się skromności i wstydu. Fiksacja na tym etapie ma przejawiać się w późniejszym życiu nadmierną skromnością lub homoseksualizmem.

Osiągnięciem stadium genitalnego ma umożliwiać tworzenie dojrzałych związków seksualnych i prowadzenie satysfakcjonującego życia na gruncie osobistym i zawodowym.

Teoria Freuda w późniejszych latach była modyfikowana i rozwijana przez jego uczniów i zwolenników. Dziś istnieje wiele nurtów wywodzących z psychoanalizy, np. analiza jungowska, lacanowska czy kleinowska (Zimbardo, 2013, Kutter, 2000).

1.6.2 Zaburzenia osobowości - model strukturalny O. Kernberga

W badaniu własnym oparto się na psychoanalitycznej teorii relacji z obiektem wywodzącej się przede wszystkim z podejścia kleinowskiego i brytyjskiej szkoły psychoanalizy oraz koncepcji Ottona Kernberga - autora strukturalnego modelu patologii osobowości i takiej modyfikacji psychoterapii psychodynamicznej, która dostosowana jest do leczenia głębokiej patologii osobowości, tj. psychoterapii opartej na przeniesieniu (Caligor, Clarkin, 2013).

Koncepcja Kernberga łączy opisowy model osobowości z modelem strukturalnym. Oznacza to, że u podłoża opisywanych cech osobowości znajdują się poznawczo-afektywne struktury psychiczne, które zdefiniowane są jako: „stabilne wzorce funkcjonowania psychicznego, które są wielokrotnie i w przewidywalny sposób uruchamiane w określonych kontekstach” (Caligor, Clarkin, 2013, s.27). Te swoiste procesy psychiczne na poziomie neuronalnym znajdują odzwierciedlenie w „sieciach asocjacyjnych” czyli skojarzeniach pomiędzy obwodami neuronalnymi, które aktywują się razem, np. systemy motywacyjne,

mechanizmy radzenia sobie, wzorce relacji, procesy związane z kontrolą impulsów, etc. Struktury te, w przeciwieństwie do cech osobowości, nie podlegają bezpośredniej obserwacji. Jest to model funkcjonowania osobowości, w którym określone poznawczo-afektywne reprezentacje umysłowe są uruchamiane w reakcji na czynniki środowiskowe, w tym interpersonalne. Jest to poznawczo-afektywny system osobowości – CAPS (*Cognitive-Affective Personality System*) (Caligor, Clarkin, 2013, s.28).

W modelu Kernberga podstawowe struktury psychiczne, to jednostki składające się z interakcji między obrazem Ja a obrazem innej osoby, które powiązane są z określonym stanem afektywnym. Stanowią one zinternalizowane wzorce relacji czyli wewnętrzne relacje z obiektem. Powstają one z oddziaływania pomiędzy czynnikami temperamentalnymi, czyli biologicznie zdeterminowanymi stanami afektywnymi, a relacjami przywiązaniowymi z opiekunem, które uruchamiają i regulują te stany. Koncepcja zinternalizowanych wzorców relacji jest wspólna dla różnych podejść teoretycznych, np. poznawczo-behawioralnych, interpersonalnych oraz teorii przywiązania.

W podejściu opartym na teorii relacji z obiektem, oprócz czynników wrodzonych i doświadczeń rozwojowych, podkreśla się również wpływ czynników psychodynamicznych takich jak konflikty intrapsychiczne oraz mechanizmy obronne. Aby zatem móc dokonać opisu osobowości w ujęciu psychodynamicznym należy oprócz diagnozy opisowej, wg klasyfikacji opartej np. na DSM-IV-TR, uwzględnić organizację strukturalną, która leży u podłoża diagnozy opisowej oraz psychodynamikę osoby.

Ujęcie strukturalne pozwala na określenie nasilenia patologii osobowości, które jest istotniejsze dla rokowania i wyboru metody leczenia niż określenie samego typu lub stylu osobowości.

Diagnoza strukturalna wg Kernberga uwzględnia:

- sztywność osobowości,
- tożsamość – poczucie Ja i innych,
- przeważający poziom mechanizmów obronnych – zwyczajowy sposób radzenia sobie ze stresem zewnętrznym i konfliktem wewnętrznym,
- badanie rzeczywistości – uznanie konwencjonalnych poglądów na temat rzeczywistości,

- charakter relacji z obiektem – rozumienie natury relacji interpersonalnych,
- funkcjonowanie moralne – zachowanie etyczne, ideały i wartości.

Na podstawie tych kryteriów osobowość została podzielona na cztery poziomy organizacji: normalny, neurotyczny oraz borderline wysokiego i niskiego poziomu. Warto zaznaczyć, że poziom organizacji osobowości borderline nie jest tożsamy z diagnozą osobowości borderline wg DSM.

Tabela 1 Poziom organizacji osobowości wg Kernberga w opracowaniu Caligor i Clarkin.

Opisywana cecha	Normalny	Neurotyczny	Borderline wysokiego poziomu	Borderline niskiego poziomu
Sztuczność osobowości	brak	łagodna lub umiarkowana	nasilona	bardzo nasilona
Tożsamość	scalona	scalona	zaburzona łagodnie lub umiarkowanie	bardzo zaburzona
Mechanizmy obronne	dojrzałe	neurotyczne, oparte na wyparciu	neurotyczne oparte na wyparciu i prymitywne oparte na rozszczepieniu	prymitywne oparte na rozszczepieniu
Testowanie rzeczywistości	nienaruszone, stabilne	nienaruszone, stabilne	nienaruszone z deficytami społecznymi	nienaruszone z deficytami społecznymi i przejściowymi stanami psychiatrycznymi
Relacje z obiektem	głębokie, oparte na wzajemności	głębokie, oparte na wzajemności	niektóre oparte na wzajemności	służące zaspokajaniu własnych potrzeb
Moralność	zinternalizowana, elastyczna	zinternalizowana, sztywna	niespójna	znacznie zaburzone

Neurotyczny poziom organizacji osobowości można stwierdzić u pacjentów z zaburzeniami osobowości o typie obsesyjno-kompulsyjnym, depresyjnym, histerycznym oraz u części zaburzeń o typie unikającym. Organizację osobowości borderline wysokiego poziomu opisuje się u części pacjentów z zaburzeniami osobowości o typie unikającym, w pacjentów z osobowością zależną, histrioniczną oraz u części pacjentów z zaburzeniami

narcystycznymi. Natomiast organizację osobowości borderline niskiego poziomu stwierdza się wśród części pacjentów z zaburzeniami osobowości o typie narcystycznym oraz u pacjentów z osobowością z pogranicza, osobowością antyspołeczną, schizotypową, paranoiczną i schizoidalną (Caligor, Clarkin, 2013).

1.6.3 Zaburzenia osobowości - podejście humanistyczne

Podejście to zrodziło się w opozycji do psychoanalizy i behawioryzmu, opisuje przede wszystkim „zdrowe” funkcjonowanie jednostki. Według przedstawicieli tego kierunku źródłem zaburzeń psychicznych mają być „niezdrowe” sytuacje, które prowadzą do niskiej samooceny i relacji międzyludzkich przepełnionych przemocą. Humanisci za siłę napędową osobowości uznali potrzeby przystosowania się, uczenia się, rozwoju i doskonalenia oraz świadome motywy związane z pozytywnym rozwojem i samorealizacją.

Maslow wprowadził pojęcie hierarchii potrzeb oraz osoby samorealizującej się czyli zdrowiej jednostki, której udało się zaspokoić swoje podstawowe potrzeby, w tym potrzeby fizjologiczne i potrzeby wyższe - bezpieczeństwa, przynależności i miłości, szacunku i uznania, co umożliwia jej dążenie do celów i twórcze realizowanie własnego potencjału. Taka postawa sprzyja zdrowiu psychicznemu. Zaś niezaspokojenie tych potrzeb skutkuje wystąpieniem różnych objawów, np. lęku, złości czy depresji (Zimbardo i wsp., 2013).

Rogers, jako osobę zdrową, opisał osobę w pełni funkcjonującą, czyli taką, która posiada poczucie Ja – pozytywne i zgodne z rzeczywistością. Oznacza to, że osoba taka ma wysokie poczucie własnej wartości i jest to zgodne z informacjami otrzymywanymi od innych. Negatywne doświadczenia stanowią zagrożenie dla poczucia własnej wartości. Osobowość opisywał on poprzez pojęcie pola fenomenologicznego, które ma stanowić psychologiczną rzeczywistość jednostki składającą się z jej subiektywnych spostrzeżeń i uczuć (Jakubowska, 2005).

Współcześnie podejście humanistyczne reprezentowane jest przez psychologię pozytywną, która opierając się na naukowych podstawach koncentruje się przede wszystkim na pożądanym aspekcie funkcjonowania człowieka (Zimbardo i wsp., 2013).

1.6.4 Zaburzenia osobowości - ujęcie poznawczo-systemowe

Teorie te koncentrują się przede wszystkim na społecznym uczeniu się człowieka. Bandura jest twórcą pojęcia uczenia się obserwacyjnego, czyli uczenia się nowych reakcji poprzez obserwację zachowań innych ludzi i konsekwencji, jakie się z tym wiążą. Wg Bandury osobowość jest „zbiorem wyuczonych wzorców zachowań, z których wiele przyswoiliśmy dzięki uczeniu się obserwacyjnemu, a zrozumienie całej osobowości wymaga zrozumienia stałej interakcji między zachowaniem, poznaniem a środowiskiem czyli procesem określanym determinizmem wzajemnym” (Zimbardo i wsp., 2013, s. 77).

Inny przedstawiciel tego kierunku, to Rotter, który w funkcjonowaniu osobowości podkreślał znaczenia umiejscowienia kontroli, które może być wewnętrzne lub zewnętrzne. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli wiąże się z poczuciem braku wpływu na własne życie, co sprzyja beczynności i koreluje z częstszym występowaniem depresji (Rotter, 1990).

Bazując na tych trzech podstawowych teoriach współczesna psychologia łączy różne ich elementy z nauką o wpływie kultury, płci i dynamiki rodzinnej na osobowość (Zimbardo i wsp., 2013, s. 81).

1.7 Zaburzenia osobowości a syndrom Dorosłego Dziecka Alkoholika

Problematyką dorosłych osób, które wychowały się w rodzinach z problemem uzależnienia od alkoholu zaczęto się interesować w latach siedemdziesiątych XX wieku w USA, gdzie powstała pierwsza samopomocowa grupa Adult Children of Alcoholics (ACoA), w języku polskim: Dorosłe Dzieci Alkoholików (DDA). Badania prowadzone w tym obszarze wykazały po pierwsze, że dzieci alkoholików są bardziej podatne na występowanie alkoholizmu i innych uzależnień niż dzieci z rodzin, w których taki problem nie występował. Uważa się, że jest to uwarunkowane nie tylko czynnikami genetycznymi ale również czynnikami środowiskowymi (rodzina, grupa rówieśnicza i in.). Po drugie zaobserwowano w tej grupie większą częstość występowania innych zaburzeń psychicznych, tj. depresyjnych, lękowych (w tym stresu pourazowego), zaburzeń związanych z brakiem kontroli oraz zaburzeń osobowości w szczególności o typie antisocjalnym (Gąsior, 2012).

Badacze i klinicyści, zajmujący się tematyką uzależnień, mają podzielone zdanie co istnienia syndromu DDA. W sensie medycznym nie jest odrębnym zespołem psychopatologicznym i nie stanowi on odrębnej jednostki nozologicznej. Klasyfikacje ICD-10 oraz DSM-5 (podobnie jak obowiązująca wcześniej DSM-IV-TR) nie definiują i nie wyróżniają tego rozpoznania. Natomiast specjaliści zajmujący się tematyką uzależnień, wyróżniają specyficzną grupę współuzależnionych, jaką stanowią dorosłe dzieci uzależnionych rodziców czy opiekunów.

Pierwszą w Polsce próbę zdefiniowania syndromu DDA podjęła Zofia Sobolewska-Mellibruda, która pisze, że: „jest to zespół utrwalonych osobowościowych schematów (poznawczych, emocjonalnych, behawioralnych i interpersonalnych) funkcjonowania psychospołecznego powstałych w dzieciństwie w rodzinie alkoholowej, które utrudniają osobie adekwatny, bezpośredni kontakt z teraźniejszością i powodują psychologiczne zamknięcie się w traumatycznej przeszłości. Powoduje to przeżywanie i interpretowanie aktualnych wydarzeń i relacji przez pryzmat bolesnych doświadczeń z dzieciństwa. Zniekształcenia te nie są przez osoby z syndromem DDA uświadamiane, a schematy są destrukcyjne i powodują wiele zaburzeń pacjenta w kontakcie z samym sobą oraz z innymi osobami, szczególnie z tymi, z którymi pacjent pozostaje w bliskich związkach” (Standardy form pomocy psychologicznej dla różnych grup DDA, 2008, s.1).

Nieco inną charakterystykę osób z syndromem DDA podaje Agnieszka Litwa. Według niej: „są to osoby dorosłe, u których siła zapisu traumatycznych wydarzeń życiowych w rodzinie z problemem uzależnień przekroczyła możliwości zaradcze ich systemu samoobrony, zostawiając trwałe ślady w obrazie siebie i funkcjonowaniu osoby, o cechach złożonego stresu pourazowego, nałożonego na różne konfigurację cech osobowości. (...) Osoby takie przejawiają trudności w postaci: lęku przed bliskością, nieufności i wzmożonej kontroli, trudności w relacjach z ludźmi oraz problemy w kontakcie ze swoimi uczuciami i potrzebami” (Litwa, 2009, s.254).

Jeszcze inaczej syndrom DDA definiuje Marzena Kucińska, która uważa, że „jest to zbiór usztywnionych cech osobowości, ukształtowanych w dzieciństwie, utrudniających adaptację w dorosłym życiu i rozwój nowych cech. Cechy te są związane ze strategiami kompensacyjnymi, jakie dziecko wykorzystywało w celu adaptacji do doświadczeń związanych ze środowiskiem dorastania i rodziną pochodzenia” (Standardy form pomocy psychologicznej dla różnych grup DDA, 2008, s.1).

Wspólne cechy wszystkich przytoczonych tu definicji dotyczących osób z syndromem DDA, to: doznane traumy we wczesnym okresie życia, niezaspokojone potrzeby i zaniedbania rozwojowe oraz zakłócona więź w znaczących relacjach. Klinicznie bardzo często znajduje to odzwierciedlenie w postaci diagnozy zaburzeń osobowości, których źródła upatruje się w dorastaniu w rodzinie z problemem uzależnienia od alkoholu.

Gąsior powołując się na pracę Cierpiałkowskiej i Ziarko „Psychologia uzależnień” przytacza koncepcję Wegscheider-Cruse, która opisuje charakterystyczne funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowym. Można scharakteryzować występowaniem specyficznych reguł (Gąsior, 2012, s.74-75), tj.

- Picie alkoholika staje się najważniejszą sprawą dla rodziny.
- Alkoholik nie ponosi odpowiedzialności za swoje picie.
- Alkoholizm nie jest przyczyną problemów rodzinnych.
- Stan równowagi w rodzinie utrzymywany jest przez wszystkich jej członków.
- Rola Wspólnika polegająca na lojalności wobec osoby pijącej, ma na celu utrzymanie równowagi w systemie rodzinnym.
- Zakaz rozmawiania o tym, co się dzieje w rodzinie.
- Zakaz rozmawiania o uczuciach.

Głównym celem tych zasad jest zaprzeczanie uzależnieniu i utrzymywanie niezmiennego stanu rzeczy w rodzinie.

Osoby, wychowywane w rodzinach rządzonych przez opisane powyżej zasady, aby dostosować się do takich specyficznych wymogów środowiska rodzinnego, od wczesnych lat przybierają różne role. Początkowo mają one charakter adaptacyjny. Często jednak z biegiem czasu stają się one sztywne i dezadaptacyjne i są odgrywane niezależnie od środowiska rodzinnego.

Najczęściej opisywane role (za Litwa, 2009, s. 251-252 i Gąsior, 2012, s.75-79) to:

- **bohater rodzinny** - jest to rola dziecka, od którego rodzina wymaga doskonałości i oczekuje odnoszenia sukcesów poza rodziną po to, aby wzmacniać poczucie wartości całej rodziny i swoje własne, lub oczekuje podjęcia zadań „trzeciego dorosłego” - idealnego opiekuna. Emocjonalnie skutkuje to wyzbyciem się własnych potrzeb, poczuciem własnej nieadekwatności, poczuciem winy, ciągłą koncentracją na nakazach i zakazach rodzinnych. Społecznie często osoba taka jest lubiana i podziwiana przez otoczenie ale zdystansowana

w kontaktach międzyludzkich, z poczuciem samotności. Zwykle jest to rola pierwszego dziecka w rodzinie.

- **koziół ofiarny (buntownik)** – jest to rola dziecka, które próbuje naśladować „bohatera rodzinnego” ale nie jest w stanie mu dorównać i przepełnione złością (do rodziców czy rodzeństwa) próbuje walczyć najpierw z problemem alkoholizmu. Następnie postawa ta ulega generalizacji i osoba taka często jest skłonna do przekraczania norm, wchodzenia w konflikty, szybko opuszcza dom rodzinny i może przyłączyć się do różnych subkultur (np. grup przestępczych). Odwraca w ten sposób uwagę rodziny od alkoholizmu, która w koźle ofiarnym zaczyna upatrywać źródła swoich problemów. Zwykle osoba taka ma zaniżone poczucie własnej wartości oraz nawiązuje płytkie i powierzchowne relacje z innymi. Rola ta przypisywana jest najczęściej drugiemu dziecku w rodzinie.

- **niewidzialne (zapomniane) dziecko** - jest to rola dziecka, które wycofuje się do świata fantazji i jest psychicznie nieobecne. Jest to spowodowane brakiem uwagi rodziców. Dzieje się tak najczęściej w sytuacji, kiedy starsze rodzeństwo przyjęło swoje role. Zapomniane dziecko daje ulgę rodzinie, bo nie wymaga troski czy opieki. Taka postawa wycofania z jednej strony chroni przed negatywnym wpływem rodziny alkoholowej ale z drugiej strony pozbawia akceptacji i poczucia przynależności, co prowadzi do zahamowania rozwoju osobowości i skutkuje poczuciem pustki i przerażenia oraz dużymi trudnościami w nawiązywaniu relacji międzyludzkich.

- **maskotka** – jest to rola dziecka, które w sytuacji zagrożenia własnego zdrowia psychicznego i funkcjonowania całej rodziny, stara się rozładować lęk poprzez różne, często nagłe zachowania, często przyjmujących formę błąznowania. Prowadzi to do rozładowania konfliktów rodzinnych i pozytywnego zainteresowania dzieckiem. Emocjonalnie, u dziecka, skutkuje to odcięciem od własnych emocji, poczuciem osamotnienia, nieadekwatnością i manipulacją w kontaktach społecznych. Najczęściej rola ta jest przypisywana najmłodszemu dziecku w rodzinie.

Obecnie zakwestionowany został decydujący wpływ samego alkoholizmu w rodzinie na występowanie dezadaptacyjnych ról u dzieci. Gąsior, powołując się na badania Alford z 1998, podaje, iż zauważono, że równie istotny jest wpływ wywierany przez inne czynniki. Zalicza się do nich m.in.: niestabilność emocjonalną rodziców, przemoc czy zaniedbanie w rodzinie. Przyjmuje się zatem, że alkoholizm na równi z innymi dysfunkcjami

rodziny może prowadzić do podejmowania różnych nieadaptacyjnych ról przez dzieci (Gąsior, 2012).

Litwa, opierając się na obserwacjach własnych prowadzonych w Poradni DDA Krakowskiego Centrum Terapii Uzależnień, stwierdza, że u pacjentów zgłaszających się z syndromem DDA najczęściej stawianą diagnozą są zaburzenia osobowości, a wśród nich osobowość histrioniczna, paranoiczna, depresyjna, obsesyjno-kompulsywna i schizoidalna. Przy czym poziom tych zaburzeń nie jest zbyt głęboki i umożliwia dość dobre funkcjonowanie psychospołeczne. Podkreśla ona, że osoby głębiej zaburzone, podobnie jak chore psychicznie, wymagają adekwatnego leczenia tych zaburzeń, a nie koncentracji na syndromie DDA, nawet jeśli w historii życia tych osób występuje problem uzależnienia w rodzinie. Przestrzega też przed rozpoznawaniem syndromu DDA u osób pochodzących z rodzin alkoholowych ale nie przejawiających problemów psychicznych (Litwa, 2009).

Zdaniem Zespołu Ekspertów populacja dorosłych dzieci alkoholików dzieli się na trzy podgrupy (Standardy form pomocy psychologicznej dla różnych grup DDA, 2008):

1. Osoby w aktualnym kryzysie – nie przejawiają oznak szczególnych trudności czy zaburzeń; mogą potrzebować pomocy psychologicznej w sytuacjach kryzysowych.
2. Osoby z syndromem DDA, których główne problemy dotyczą trudności emocjonalnych i relacyjnych ale przejawiane cechy zaburzeń osobowości umożliwiają funkcjonowanie psychospołeczne.
3. Osoby źle przystosowane ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi, tj. uzależnienia, zaburzenia lękowe lub głębsze zaburzenia osobowości. Osoby te powinny być poddane adekwatnemu leczeniu prezentowanych zaburzeń psychicznych.

Pacjenci z syndromem DDA, którzy uczestniczyli w prezentowanym badaniu, wg przytoczonej powyżej klasyfikacji należeli do podgrupy drugiej. Osoby te dość dobrze funkcjonowały społecznie ale jednocześnie spełniały kryteria zaburzeń osobowości i warunek dorastania w rodzinie alkoholowej. Zasadniczy powód szukania pomocy i zgłoszenia się do leczenia stanowił problem dorastania w tzw. “rodzinnie alkoholowej”.

2. Mechanizmy obronne

Pojęcie mechanizmów obronnych wywodzi się bezpośrednio z psychoanalizy. Jednak zyskało ono uznanie wśród przedstawicieli innych podejść teoretycznych i doczekało się licznych badań i ujęć tak, że dziś stanowi bardzo obszerne zagadnienie. Na użytek badań własnych autorka posługuje się rozumieniem obron wywodzącym się z nurtu psychoanalitycznego.

2.1 Mechanizmy obronne – ujęcie freudowskie

Sigmund Freud po raz pierwszy użył terminu „obrona” w 1894 r. w pracy „Psychonerwice obronne” („*Die Abwehr-Neuropsychosen*”) (Moore, Fine, 1996 s. 190). Początkowo utożsamiał on pojęcie obronny z wyparciem i tłumaczył w ten sposób mechanizm powstawania hysterii. Łukasz Cichocki, w tłumaczeniu własnym, cytuje fragment „*Über den psychischen Mechanismus Hysterischer Phänomene*” („O psychicznym mechanizmie zjawisk histerycznych”), gdzie Freud po raz pierwszy opisuje koncepcję mechanizmu obronnego: „Zgodnie z naszymi obserwacjami ciężka trauma, jak w przypadku nerwicy pourazowej, może u osób skądinąd wolnych od tego typu zaburzeń spowodować odszczepienie pewnych wyobrażeń i pełne wysiłku ich tłumienie. To właśnie jest mechanizm powstawania hysterii” (Cichocki, 2005, s.20). Z czasem rozumienie obron przez Freuda ewoluowało i używał go w celu tłumaczenia nie tylko mechanizmu powstania nerwicy ale również psychozy. Pierwotnie uważał też, że uczucie lęku powstaje w wyniku wyparcia. Natomiast z jego późniejszych prac wynika, że jest odwrotnie: to lęk uruchamia wyparcie.

Pojęcie mechanizmów obronnych w swoim pierwotnym kształcie jest ściśle powiązane ze stworzoną przez Freuda strukturalną teorią osobowości opisującą id, ego i superego. Według tej koncepcji, jak opisuje to Catia Galatariotou, dziecko przychodzące na świat jest przepełnione impulsami popędowymi płynącymi z id i oczekuje natychmiastowego ich zaspokojenia. W przypadku niemowlęcia będzie to np. głód. Odpowiednio u osoby dorosłej takimi impulsami będą pragnienia seksualne. Początkowo pragnienia id są nieświadome ale ich niezaspokojenie budzi dużo napięcie i zostają one przesunięte do świadomości, aby mogły zostać wyrażone i zaspokojone. Jednak niemowlę szybko uczy się, że jego pragnienia nie zawsze mogą być natychmiast zaspokajane.

Doświadcza wówczas frustracji. Dzięki temu uruchomiony zostaje mechanizm przystosowania się do rzeczywistości i rodzą się tzw. „tamy psychiczne” opisane przez Freuda jako „wstyd, wstręt i moralność”. Mają one za zadanie ograniczyć, skontrolować i skanalizować impulsy id. W ten sposób człowiek uczy się czekać na zaspokojenie swoich potrzeb, a nierzadko również rezygnacji z niektórych z nich, gdy koszty ich zaspokojenia okazują się zbyt duże (Galatriotou, 2013, s.33-34).

W opisany powyżej sposób tworzy się również konflikt pomiędzy pragnieniem a tym, co jest zakazane. Konflikt ten od samego początku wpisany jest w psychologiczny rozwój osobowości. W modelu freudowskim praca ego polega na nieustannym podejmowaniu decyzji czy pozwolić na zaspokojenie pragnienia popędowego czy uznać go za niemożliwe lub niedopuszczalne. W tym drugim wariancie zmobilizowane zostają obrony, aby powstrzymać nieświadome impulsy płynące z id przed ich wtargnięciem do świadomości i zaspokojeniem. Podobnie dzieje się, gdy pojawiają się żądania płynące z karzącego superego czy ze świata zewnętrznego, który może wzbudzać kuszące ale zakazane pragnienia. Celem ego jest utrzymywanie równowagi psychicznej, a środkiem do jego realizacji są właśnie mechanizmy obronne. Sygnałem, który uruchamia mechanizmy obronne, jest lęk. Choć ego w dużej mierze jest świadomą częścią umysłu, to jego głębsze obszary, m.in. dysponujące obronami, pozostają nieświadome.

W takim rozumieniu obrony są niezbędnym mechanizmem, jaki musi powstać w prawidłowym rozwoju osobowości, ponieważ umożliwiają człowiekowi adaptację do środowiska i funkcjonowanie społeczne. Może się jednak zdarzyć, że obrony z mechanizmów zdrowych i przystosowawczych stają się mechanizmami dezadaptacyjnymi i sprzyjającymi powstaniu różnych zaburzeń psychicznych. Taka sytuacja ma miejsce, gdy dochodzi do ich nadmiernego rozwoju lub gdy są zbyt często stosowane albo są używane w celu zaprzeczania rzeczywistości. Nie spełniają one też swoich ochronnych funkcji, gdy impulsy są zbyt silne albo obrony są zbyt słabe. Wtedy dochodzi zaburzenia równowagi psychicznej, a ego musi wypracować tzw. rozwiązanie kompromisowe. Polega to na tym, że impulsy, które nie są akceptowane przez świadomość, przedostają się do niej i zostają częściowo zaspokojone ale w zmienionej i możliwej do zaakceptowania postaci. Tak dzieje się w nerwicy.

Wyparcie, uznane przez Freuda za „kamień węgielny” całej teorii psychoanalitycznej, zdefiniowane zostało przez niego jako: „odrzućcie bodźca i trzymanie

go z dala od obszaru świadomości” (Freud, 1915/2007, s. 260). Mechanizm wyparcia ma złożony, wieloetapowy charakter. W fazie pierwszej dochodzi do odrzucenia bodźca, który uznany zostaje za niemożliwy do zaakceptowania, od obszaru świadomości. W fazie drugiej niezaspokojone pragnienie nadal działa przyciągając do siebie elementy, które są z nim związane i wywierając dalszą presję na ego. W takiej sytuacji ego wywiera presję przeciwko presji wywieranej przez to co nieświadome i wyparte. Jest to wyparcie właściwe (wtórne). Jeśli mechanizm ten zawodzi, dochodzi do trzeciej fazy wyparcia czyli do sytuacji w której to, co wyparte, w całości lub częściowo przebija się do świadomości, często w zniekształconej postaci, np. w formie objawów psychopatologicznych, snów, przejęzyczeń, etc (Galatariotou, 2013).

Inne opisywane przez Freuda obrony, to: reakcja upozorowana, sublimacja, regresja, które wraz z wyparciem stanowią obrony wyższego rzędu. Bardziej pierwotne obrony, które pojawiają się w prewerbalnym okresie rozwoju, kiedy w umyśle nie ma jeszcze rozróżnienie na świadome i nieświadome oraz na id i ego to: projekcja, introjekcja, identyfikacja, uwewnętrznianie, izolacja, odczynianie, zwracanie przeciwko sobie, odwrócenie. Występują one we wczesnym okresie rozwoju dziecka oraz u dorosłych w stanach regresji i w stanach patologicznych.

Zagadnieniem mechanizmów obronnych po Freudzie zajmowali się liczni kontynuatorzy jego myśli. Pierwszą z nich była jego córka – Anna Freud. W publikacji z 1936 roku pt.: „Ego i mechanizmy obronne” usystematyzowała dokonania ojca w tym obszarze oraz wprowadziła własną koncepcję. Rozszerzyła samą definicję obron uznając, że obrony uruchamiają się nie tylko w odpowiedzi na popędy ale również na afekty i zagrażające sytuacje w świecie zewnętrznym. Opisała kolejne etapy rozwojowe przechodzenia obron od ich form pierwotnych do bardziej dojrzałych. Wyróżniła nowe mechanizmy obronne, tj. identyfikacja z agresorem, altruizm oraz zaprzeczanie. Uważała je za odrębne jednostki, niezależne od popędów. Jej zdaniem o patologii obron decyduje poziom ich niedojrzałości. W pracy klinicznej zalecała postępowanie zgodne z fazami rozwojowymi, czyli np. nie podejmowanie interpretacji przeniesienia szczególnie negatywnego w początkowej fazie terapii (Freud, 1936/2004).

2.2 Mechanizmy obronne – ujęcie kleinowskie

Ważną badaczką wczesnego okresu życia i związanych z nim obron była Melanie Klein. Jej praca dała ona początek teorii relacji z obiektem, która opiera się na dwóch psychologicznych pozycjach: paranoidalno-schizoidalnej i depresyjnej. Z pozycją paranoidalno-schizoidalną związany jest najbardziej pierwotny mechanizm obronny jakim jest identyfikacja projekcyjna. Klein odeszła od freudowskiego modelu rozwoju osobowości opartego o rozwój popędu seksualnego. Wprowadzone przez nią pojęcie ‘pozycji’ różniło się od wcześniej wyróżnionych stadiów rozwojowych i oznaczało mieszanie popędów, obron oraz specyficznych form relacji z obiektem, które przejawiają się w odmiennych zachowaniach afektywnych. Pozycje te pojawiają się w pierwszych miesiącach życia niemowlęcia, a uaktywniają z różną intensywnością i częstotliwością przez całe życie człowieka (Galatariotou, 2013).

Klein (Klein, 1975/2007), opierając swoją koncepcję na pracy z dziećmi, uważała, że ważniejsze od realnych doświadczeń i rzeczywistych relacji dziecka z rodzicami są jego relacje z obiektami wewnętrznymi czyli wyfantazjowanymi postaciami rodziców. Właśnie te wewnętrzne relacje są później przenoszone na analityka. Uważała, że lęk towarzyszy dziecku od samego początku i od samego początku ego tworzy relacje z obiektem, jakim pierwotnie jest matczyne piers. Od początku też dziecko stosuje wobec tego obiektu mechanizmy obronne. Projektuje ono na piers matki swoje pierwotne popędowe emocje: miłość i nienawiść. A ponieważ nie umie pogodzić w jednym obiekcie uczuć pozytywnych i negatywnych, dokonuje rozszczepienia obiektu na dwie części: obiekt „dobry” – idealną piers, która karmi i zaspokaja oraz obiekt „zły” – piers, która jest nieobecna, frustrująca. Dobry obiekt jest idealizowany a zły staje się prześladowcą, który budzi lęk przed byciem zniszczonym. Proces ten zachodzi w pozycji schizoidalno-paranoidalnej, która opiera się przede wszystkim na rozszczepieniu i oddzieleniu od siebie dobrych oraz złych aspektów obiektu oraz na projekcji.

Natomiast pozycja depresyjna, bardziej dojrzała rozwojowo, następująca po pozycji schizoidalno-paranoidalnej, polega na zastąpieniu obiektów częściowych obiektem całościowym, integracji ambiwalentnych uczuć miłości i nienawiści wobec jednego obiektu oraz akceptacji uczuć zależności i wdzięczności wobec obiektu. Dominującym mechanizmem jest introjeckja. Lęk prześladowczy zastępowany jest troską o potrzebny

i znaczący obiekt oraz poczuciem winy wynikającym z obawy, że wcześniejsze agresywne impulsy mogły ten obiekt uszkodzić.

Identyfikacja projekcyjna przebiega w dwóch etapach i jest ściśle związana z opisanymi powyżej pozycjami psychologicznymi. Klein definiowała projekcję jako „umieszczenie części siebie w drugiej osobie”, a następująca po niej identyfikację z tą osobą jako „opartą na przypisywaniu drugiej osobie własnych cech”. Wyróżniała normalną i patologiczną identyfikację projekcyjną. Ta pierwsza stanowi podstawę empatii – „poprzez przypisywanie części swoich uczuć drugiej osobie jesteśmy w stanie zrozumieć jej uczucia, potrzeby i sposób ich zaspokojenia; innymi słowy, wchodzimy w skórę drugiej osoby.” (Klein, 1975/2007, s. 263) Z patologią mamy do czynienia wtedy, gdy projekcje te stają się wrogie i prześladowcze, a zdolność do zrozumienia innych jest osłabiona. Nadmierna introjekcja „zagroza sile ego, ponieważ ego jest wtedy całkowicie zdominowane przez uwewnętrzniony obiekt”. Jest to typowe dla stanów psychotycznych, kiedy dochodzi do gwałtownych przemieszczeń myśli i emocji oraz zamazania granic pomiędzy osobą, która projektuje, a osobą, która jest ich adresatem.

Ron Britton i Elizabeth Spillius dokonali dalszego podziału identyfikacji projekcyjnej. Spillius podzieliła ją na: „wywołującą” i „niewywołującą” w zależności od tego czy doszło do emocjonalnego poruszenia u odbiorcy projekcji czy też nie (Spillius, 1998). A Britton na „zachłanną” i „atrybucyjną” w zależności od tego czy osoba projektująca przypisuje sobie cechy innej osoby czy odwrotnie swoje cechy przypisuje innej osobie (Britton, 1998).

Inne opisane przez Klein konstrukcje obronne to: introjekcja, projekcja (składowe identyfikacji projekcyjnej), reintrojekcja, idealizacja oraz rozszczepienie (ego i obiektu). Według Klein obrony są elementem konstelacji psychicznych i powinny być one interpretowana wspólnie z lękiem. W przeciwieństwie do Anny Freud uważała ona, że przeniesienie należy interpretować od samego początku terapii (Galatariotou, 2013).

Tematyką mechanizmów obronnych zajmowało się również wielu innych klinicystów związanych z nurtem psychoanalitycznym. Do najbardziej znanych zalicza się prace Heinza Hartmanna, Margaret Mahler, Otto Kernberga, Donalda Winnicotta, Wiliama Fairbairna czy Heinza Kohuta (Gabbard, 2009).

2.3 Mechanizmy obronne – ujęcie kernbergowskie

Odwołując się do strukturalnej koncepcji patologii osobowości Kernberga, warto przytoczyć zaproponowany przez niego podział mechanizmów obronnych, na mechanizmy (Kernberg, 1976):

- dojrzałe tj. antycypacja, stłumienie, altruizm, humor i sublimacja, które zapewniają elastyczne i przystosowawcze funkcjonowanie osoby oraz pozwalają na dostęp do świadomości różnym aspektom konfliktu i sytuacji lękorodnej;
- neurotyczne czyli oparte na wyparciu, tj.: wyparcie, reakcja upozorowana, projekcja neurotyczna, przemieszczenie, izolacja afektu i intelektualizacja, które pozwalają na unikanie cierpienia przez usuwanie ze świadomości konfliktowych, potencjalnie bolesnych aspektów doświadczeń psychicznych;
- prymitywne czyli oparte na rozszczepieniu, tj.: rozszczepienie, prymitywna idealizacja, dewaluacja, identyfikacja projekcyjna, onnipotentna kontrola i prymitywne zaprzeczanie, które fragmentują i oddzielają od siebie świadome i bolesne aspekty doświadczenia, prowadząc do spolaryzowanego, biało-czarnego przeżywania Ja i innych.

Do celów referowanych badań oparto się na współczesnym rozumieniu mechanizmów obronnych w ujęciu Otto Kernberga. Glen Gabbard, odnosząc się do teorii Kernberga podzielił mechanizmy obronne na mechanizmy niższego i wyższego rzędu, tj. prymitywne i neurotyczne (Gabbard, 2009, s. 44-45). Krótką charakterystykę poszczególnych mechanizmów przedstawia tabela 2.

Tabela 2 -Mechanizmy obronne wg Gabbarda

Mechanizmy obronne prymitywne	
Rozszczepienie	takie doświadczenie wewnętrznego podziału <i>self</i> i innego, w którym integracja nie jest możliwa; jednostka skonfrontowana ze sprzecznymi zachowaniami, myślami lub afektami, kategorycznie zaprzecza ich istnieniu lub reaguje obojętnością; zapobiega konfliktowi wynikającemu z nieprzystawalności dwóch spolaryzowanych aspektów <i>self</i> lub innego.
Identyfikacja projekcyjna	mechanizmem obronnym i aktem komunikacji międzyludzkiej, w którym podmiot wywiera swoim zachowaniem subtelny nacisk na inną osobę, aby przyjęła określoną, projektowaną na nią cechę aspektu <i>self</i> lub obiektu wewnętrznego, w wyniku czego osoba

	będąca celem projekcji zaczyna się zachowywać, myśleć i czuć zgodnie z projektowanym na nią treściami
Projekcja	takie postrzeganie i reagowanie na niedopuszczalne impulsy wewnętrzne oraz ich pochodne, jakby znajdowały się poza <i>self</i> ; różni się od identyfikacji projekcyjnej tym, że cel projekcji nie zostaje zmieniony
Zaprzeczanie rzeczywistości	odmowa uświadomienia sobie takich aspektów rzeczywistości zewnętrznej, którym trudno stawić czoła; w tym celu zignorowane zostają bodźce zmysłowe
Dysocjacja	zakłócenie poczucia ciągłości siebie w obszarze tożsamości, pamięci, świadomości lub percepcji; umożliwia podtrzymanie złudzenia kontroli psychicznej w chwilach utraty kontroli i bezradności; przypomina rozszczepienie, ale w skrajnych przypadkach może prowadzić nawet do modyfikacji wspomnienia o zdarzeniu, ponieważ <i>self</i> zostaje oddzielone od tego zdarzenia
Idealizacja	przypisywanie innym osobom cech idealnych lub bliskich ideału w celu uniknięcia lęku bądź uczuć negatywnych, np.: pogardy, zazdrości, złości
<i>Acting-out</i>	impulsywne działanie będące wyrazem nieświadomych pragnień bądź fantazji, mające na celu uniknięcie bolesnych emocji
Somatyzacja	przekształcenie emocjonalnego bólu lub innych stanów nastroju w objawy fizyczne; uwaga zostaje skupiona na problemach somatycznych, a nie wewnątrzpsychicznych
Regresja	powrót do wcześniejszej fazy rozwoju lub funkcjonowania pozwalający na uniknięcie konfliktów lub napięć związanych z aktualnym etapem rozwoju
Fantazja schizoidalna	wycofanie się w swój prywatny, wewnętrzny świat w celu uniknięcia lęku przed interakcjami międzyludzkimi
Mechanizmy obronne neurotyczne	
Introjekcja	uwewnętrznienie wybranych aspektów osoby znaczącej w celu poradzenia sobie z jej utratą, prowadzi do uwewnętrznienia reprezentacji psychicznej doświadczanej jako "inny"; może również służyć uwewnętrznieniu wrogiego lub negatywnego obiektu aby uzyskać złudzenie panowania nad nim; jest również zwykłym elementem procesu rozwoju
Identyfikacja	uwewnętrznienie cech innej osoby przez upodobnienie się do niej, które jest przeżywane jako część <i>self</i> ; jest również elementem rozwoju

2.4 Mechanizmy obronne – ujęcie wg DSM

Klasyfikacja psychiatrycznych DSM-IV-TR odwołując się do psychodynamiczne rozmienia obron definiuje mechanizmy obronne jako: „automatyczny proces psychologiczny, który chroni jednostkę przed lękiem i świadomością wewnętrznych czy zewnętrznych stresorów lub niebezpieczeństw” (Treger, 2011, s.39). Procesy te mogą zachodzić w sposób świadomy, szczególnie te o wysokim potencjale adaptacyjnym lub

nieświadomy. Podzielone są według stopnia dojrzałości i adaptacyjności. Strelau, za Amerykańskim Towarzystwem Psychiatrycznym, przedstawia podział mechanizmów obronnych wg klasyfikacji DSM-IV (Strelau, 2000).

Klasyfikacja mechanizmów obronny według DSM – IV:

1. Poziom wysokiej adaptacji, do którego należą obrony umożliwiające najwyższy poziom przystosowania jednostki i optymalne radzeniu sobie ze stresem, ponieważ umożliwiają uświadomienia sobie uczuć, emocji, myśli i idei. Zalicza się do nich: humor, altruizm, sublimacja, tłumienie, antycypacja, afiliacja, dochodzenie swoich praw (asertywność), samoobserwacja, tłumienie (supresja).
2. Poziom tzw. hamowania umysłowego, czyli „psychiczne zakazy”, do którego należą obrony pozwalające na trzymanie poza obszarem świadomości potencjalnie zagrażających myśli, uczuć, pragnień, lęków i obaw oraz wspomnień. Zalicza się do nich: intelektualizacja, formacja reaktywna (reakcja upozorowana), wyparcie, dysocjacja, przemieszczenie, dysocjacja, izolacja uczuć, odczynianie.
3. Poziom łagodnego zniekształcenia obrazu, do którego należą obrony charakteryzujące się zniekształceniem obrazu siebie lub innych ludzi. Zalicza się do nich: dewaluacja, idealizacja i onnipotencja.
4. Poziom fałszowania, do którego należą obrony charakteryzujące się utrzymaniem nieprzyjemnych lub nieakceptowanych stresorów, impulsów, myśli, uczuć lub odpowiedzialności poza świadomością i przypisywanie im przyczyn zewnętrznych. Zalicza się do nich: zaprzeczanie, projekcja (niepsychotyczna) i racjonalizacja.
5. Poziom znacznego zniekształcenia obrazu, do którego należą obrony charakteryzujące się poważnym zniekształceniem obrazu siebie lub innych. Zalicza się do nich: fantazje autystyczne (schizoidalne), identyfikacja projekcyjna oraz rozszczepienie obrazu siebie lub innych.
6. Poziom działania, do którego należą obrony charakteryzujące się podejmowaniem konkretnych aktywności lub wycofaniem się w konfrontacji ze stresorem. Zalicza się do nich: acting out, bierna agresja oraz apatyczne wycofanie się.
7. Poziom dezadaptacji (dysfunkcji obronnej), do którego dochodzi w sytuacji załamania się obron prowadząc do bardzo silnych zniekształceń w postrzeganiu

rzeczywistości. Zalicza się do nich: projekcja urojeniowa, psychotyczne zniekształcenie i psychotyczne zaprzeczanie.

2.5 Mechanizmy obronne a psychopatologia i percepcja więzi

Przyjmuje się, że rodzaj używanych mechanizmów obronnych powiązany jest z poziomem organizacji osobowości i nasileniem psychopatologii. Mają one również pełnić pośredniczącą rolę w powstawaniu zaburzeń psychicznych (Bond, 1994; Hauser i Safyer, 1995). Dojrzałe mechanizmy obronne umożliwiają adekwatną percepcję rzeczywistości, niedojrzałe zaś w różnym stopniu prowadzą do jej zniekształcenia, w skrajnych przypadkach aż do poziomu psychotycznego.

Ponadto to, jak pisze Treger powołując się na badania Finzi-Dottan i Karu, niedojrzałe mechanizmy obronne mają stanowić jeden z mediatorów, który pośredniczy pomiędzy doświadczeniem pozabezpieczonego przywiązaniem a objawami psychopatologicznymi. Koncepcja ta znalazła odzwierciedlenie w przeprowadzonym przez tego autora badaniu na grupie adolescentów. Grupę młodzieżowych pacjentów przejawiających różnorodne objawy kliniczne jednocześnie charakteryzowała gorsza percepcja więzi z matką oraz częstsze stosowania niedojrzałych mechanizmów obronnych niż w grupie kontrolnej (nieklinicznej). Stwierdzono, że gorsza opieka macierzyńska powiązana była z częstszym stosowaniem takich mechanizmów obronnych jak: fantazje schizoidalne, somatyzacja, przemieszczenie i sublimacja oraz z niższym poczuciem humoru (Treger, 2011).

3. Psychoterapia

3.1 Psychoterapia – definicje

Słowo psychoterapia wywodzi się z greckich słów: *psyche* – dusza i *therapein* – leczyć i po raz pierwszy pojawiło się w encyklopedii medycznej „Raj mądrości”. Termin psychoterapia (*‘al-‘ilaj al-nafs*) wprowadzony zostało przez arabskiego lekarza Ali Ibn Sahl Rabban al-Tabari w IX w n.e., który zaobserwował i docenił znaczenie wsparcia

psychicznego w leczeniu ludzi chorych (Nasierowski, 2010, s.12). Potocznie termin psychoterapia używany jest do nazywania różnych oddziaływań, głównie opierające się na rozmowie, które „mają na celu pocieszenie, uspokajanie, wspieranie, pokierowanie czy podtrzymywanie na duchu osobę, która sama nie potrafi się uporać ze swoimi problemami” (Grzesiuk, 2005, s.13). Jednak jego ścisłe znaczeniu zarezerwowane jest dla określenia metody leczenia zaburzeń psychicznych. W innych przypadkach niż leczenie udziela się pomocy psychologicznej lub psychospołecznej (Aleksandrowicz, 2000; Grzesiuk, 2005).

Pierwszą definicję psychoterapii zaproponował Jaspers początkiem XX wieku. Nazwał on tak „wszystkie metody leczenia, które działają zarówno na ciało jak i na psyche za pomocą środków działających *via psyche*” (Kokoszka, 1993, s. 14). Źródła psychoterapii we współczesnym rozumieniu należy upatrywać w mesmeryzmie i hipnozie w początkach XIX w.

Istnieje wiele różnych definicji psychoterapii. Jedną z najbardziej klasycznych jest definicja Norcross: „psychoterapia jest świadomym i zamierzonym zastosowaniem metod klinicznych i interpersonalnych zabiegów pochodzących ze sprawdzonych twierdzeń nauk psychologicznych, w celu towarzyszenia ludziom w modyfikacji ich zachowań, właściwości poznawczych, emocji i/lub innych indywidualnych charakterystyk na takie, które wydają się uczestnikom tego procesu pożądane” (Aleksandrowicz, Czabała, 2012, s.256).

Lidia Grzesiuk, powołując się na definicję KROTOCHNIA, za psychoterapię uważa: „specjalistyczną metodę leczenia polegającą na intencjonalnym stosowaniu zaprogramowanych oddziaływań psychologicznych wykorzystujących kompetencje psychoterapeuty w procesie niesienia pomocy osobom z zaburzeniami psychogennymi, tj. nerwice, zaburzenia osobowości, uzależnienia oraz z takimi zaburzeniami, które mają konsekwencje psychologiczne” (Grzesiuk, 2005, s. 14).

Aspekt medyczny psychoterapii najwyraźniej podkreśla Jerzy Aleksandrowicz. Píše on: „psychoterapia jest to taka forma oddziaływań psychospołecznych, która ma na celu korektę zaburzeń przeżywania i zachowania, ma usunąć objawy i przyczyny choroby, w tym cechy osobowości powodujące zaburzenia przeżywania. Oddziaływania te, wpływające na stan czynnościowy narządów, przeżywanie i zachowanie poprzez zmianę procesów psychicznych chorego, są wywierane w ramach relacji interpersonalnej posługującej się komunikacją werbalną i niewerbalną, między dwoma osobami lub w grupie, w której psychoterapeuta równocześnie leczy kilka osób. Adresatem psychoterapii mogą być

wyłącznie pacjenci, i to tacy, u których rozpoznanie uzasadnia, zgodnie ze współczesną wiedzą o etiopatogenezie, taki rodzaj terapii” (Aleksandrowicz, 2000, s.11-12). Nie jest to jednak pogląd, który jest podzielany przez wszystkich. Trudno też w tych kategoriach opisywać, np. terapię rodzinną, której adresatem nie zawsze są osoby chore, a oddziaływaniom terapeutycznym poddawany jest system rodzinny (de Barbaro, Namysłowska, 2012).

W literaturze przedmiotu spotyka się wiele różnych sposobów podziału psychoterapii. Jeden z najprostszych proponuje Zimbardo, który dzieli psychoterapię na dwie zasadnicze grupy, tj.: terapie wglądowe i behawioralne (Zimbardo i wsp., 2013, s.183). Terapie wglądowe to te, które skoncentrowane są na zrozumieniu problemu. Do tej grupy zalicza się psychoterapie psychodynamiczne, humanistyczne oraz poznawcze. Druga grupa to terapie behawioralne czyli takie, które skoncentrowane są na zmianie zachowania przez warunkowanie. Są to terapie oparte na warunkowaniu sprawczym, terapie oparte na uczeniu się przez obserwację oraz terapie oparte na warunkowaniu klasycznym.

3.2 Psychoterapia – czynniki leczące

Psychoterapia, jak wynika z przytoczonych powyżej definicji, stanowi ważną metodę leczenia zaburzeń psychicznych. W przypadku zaburzeń osobowości jest leczeniem z wyboru. W wielu innych zaburzeniach, np. lękach, depresji, jest metodą o udowodnionej eksperymentalnie skuteczności porównywalnej z farmakoterapią (Chilvers i wsp., 2001), a według niektórych badaczy nawet przeważająca nad nią (Gloaguen i wsp., 1998). Jeszcze inni wskazują również na to, że korzystne efekty takiego leczenia mogą utrzymywać długo po jego zakończeniu (Bateman, Fonagy, 2001; Shedler, 2010).

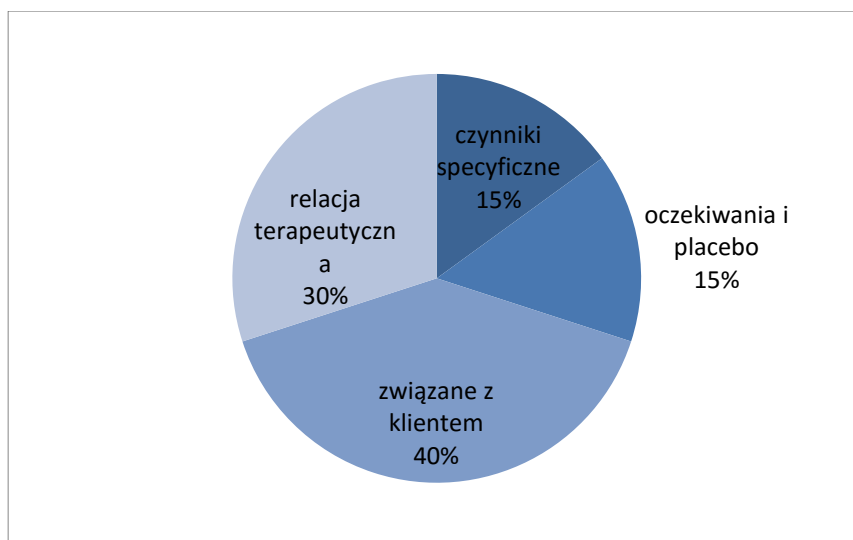
Skuteczność oddziaływań psychoterapeutycznych w leczeniu zaburzeń psychicznych udowodniono już w latach siedemdziesiątych XX wieku. Mick Cooper powołując się na prace Lamberta i Ogelsa pisze: „Czy terapia pomaga? Wyniki tysięcy badań przeprowadzonych w ciągu ostatnich pięćdziesięciu lat dają jednoznaczną odpowiedź na to pytanie: tak. Skąd badacze mają taką pewność? (...) Porównują oni poziom dobrostanu klientów przed rozpoczęciem terapii i po jej zakończeniu, stosując któryś ze wskaźników dystresu psychicznego (...). To co raz za razem odkrywają, to fakt, iż klienci radzą sobie

lepiej po terapii niż przed nią” (Cooper, 2010, s.36). Dlatego współczesne badania poszukują odpowiedzi przede wszystkim na pytania co i w jaki sposób leczy w psychoterapii.

Ogólnie czynniki leczące podzielono na dwie grupy:

1. niespecyficzne, czyli takie, które są wspólne dla większości relacji terapeutycznych;
2. specyficzne, czyli takie, które są związane z określonym modelem i orientacją terapeutyczną.

Opinie badaczy w kwestii, która z tych grup czynników jest istotniejsza, są sprzeczne. Część z nich stoi na stanowisku, że jedno podejście teoretyczne i związane z nim specyficzne interwencje są bardziej skuteczne od innych. Przykładem mogą być liczne badania dotyczące przewagi podejścia poznawczo-behawioralnego nad innymi. (Chambless, 2002). Z drugiej strony inni eksperci bazując na różnych metaanalizach szacują, że specyficzne techniki psychoterapeutyczne są odpowiedzialne tylko za ok. 15% końcowego wyniku terapii. Autorem jednego z najbardziej znanych oszacowań wpływu poszczególnych czynników na poprawę u klientów psychoterapii jest Lambert. Graficznie udział poszczególnych wyróżnionych przez czynników obrazuje tzw. „ciastko Lamberta” (Asay i Lambert, 1999).



Rysunek 2 "Ciastko Lamberta" (za Asay i Lambert w opracowaniu Cooper)

Z takim podejściem wiąże się również opisywany tzw. werdykt „ptaka dodo”. Jest to twierdzenie mówiące o tym, że różne terapie prowadzone *bona fide* mają mniej więcej taką

samą skuteczność. Oddziaływania *bona fide* oznaczają w „dobrej wierze”, czyli są to takie oddziaływania terapeutyczne, które prowadzone są przez przeszkolonych i zaangażowanych terapeutów, którzy opierają się na mocnych zasadach psychologicznych (Cooper, 2010, s. 82).

Takie ujęcie problemu ma licznych przeciwników (Chambless, 2002; Aleksandrowicz, Sobański, 2004). Twierdzą oni, że jest to nadmierna generalizacja i uproszczenie problemu. Podkreślają m.in. że nie wszystkie formy leczenia są równie skuteczne dla wszystkich pacjentów oraz że brak dowodów na skuteczność jakiejś terapii nie oznacza, że istnieją dowody przeciwko takiej terapii. Wskazują, że ocena efektywności psychoterapii nastawiona tylko na redukcję objawów jest obciążona dużym błędem, ponieważ każda forma oddziaływań psychospołecznych przynosi znaczącą ale często krótkotrwałą ulgę objawową. Istotna natomiast jest zmiana na głębszym poziomie – mierzona, np. cechami osobowości czy repertuarem stosowanych mechanizmów obronnych gdyż tylko ona zwiększa prawdopodobieństwo uzyskania takiej zmiany, która w znaczący i długofalowy sposób poprawia poziom funkcjonowania osoby.

Niezależnie od toczącej się dyskusji, które z czynników mają większe znaczenie powszechnie uważa się, że każdy proces psychoterapeutyczny uruchamia tzw. „niespecyficzne czynniki leczące”. Aleksandrowicz, powołując się na Jeroma Franka, wskazuje na (Aleksandrowicz, 2000, s. 24-29):

- Nadzieję związaną z oczekiwaniami pacjenta oraz z wiarą w możliwość uzyskania skutecznej pomocy od profesjonalisty, a także z wiarą terapeuty w skuteczność proponowanej przez siebie metody. Zdaniem tego autora jest to tzw. efekt placebo bazujący na sugestii i wzmacniany poprzez działania symboliczne oraz rytualne. Dodatkowo prestiż terapeuty (a także miejsca prowadzenia leczenia) wzmacniają oczekiwanie na uzyskanie pomocy.
- Relację terapeutyczną, która z jednej strony stwarza ramy do zaistnienia specyficznych czynników terapeutycznych a z drugiej strony zmniejsza poczucie alienacji oraz umożliwia wyjaśnienie pacjentowi przyczyn zaburzeń oraz metod ich leczenia, a także sprzyja jego uspokojeniu.
- Wzmocnienie morale, czyli „wzbudzenie i dodanie ducha”, które sprzyja odzyskiwaniu zdrowia poprzez poprawę sprawności mechanizmów układu immunologicznego.

- Nadanie imienia, czyli nazwanie zaburzenia i okoliczności, w których ono wystąpiło, dzięki czemu zmniejszeniu ulega lęk przed nieznanym oraz przed utratą kontroli. To ułatwia pacjentowi odzyskanie kontroli nad tym, co się z nim dzieje oraz nad tym, co dzieje się w jego relacjach z otoczeniem.
- Dodatkowe czynniki związane z „chorowaniem w grupie”, tj. z uczestniczeniem w psychoterapii grupowej i/lub z leczeniem w warunkach oddziału szpitalnego, które poprzez poczucie wspólnoty z innymi sprzyjają podtrzymywaniu nadziei, oczekiwań oraz aktywności, a poprzez to również zmniejszają poczucie alienacji i odbudowują poczucie kontroli. Należą do nich: kohezja (poczucie spójności z grupą), uniwersalizacja (dostrzeżenie, że nie jest się jedyną osobą mającą takie problemy), altruizm (udzielanie pomocy innym chorym) oraz katharsis (burzliwe wyładowanie emocjonalne), które może wystąpić również w innych formach terapii.

Brett Kahr, psychoterapeuta analityczny, w artykule pt.: „*The fifteen ingredients of good psychotherapy*” wymienia 15 najważniejszych, jego zdaniem, składników dobrej psychoterapii. Pierwszorzędne znaczenie w każdej terapii ma przyzwolenie terapeuty na to, co ma do powiedzenia pacjent, czyli słuchanie bez osądzania, potępienia, krytykowania, etc. W dalszej kolejności wymienia on: (2) Solidność terapeuty polegającą m.in. na byciu punktualnym, przewidywalnym, zainteresowanym i troszczącym się o pacjenta. (3) Znaczenie zainteresowania dla najmniejszych nawet detali z życia pacjenta, przechowywanie ich w pamięci i w odpowiednich momentach komunikowanie ich. (4) Znaczenie postawy terapeuty wyrażanej w tonie głosu, akcencie, sposobie wysławiania się, wyrazie twarzy, gestykulacji, manierach, która komunikuje ciepło, otwartość i wrażliwość na pacjenta. (5) Inteligencję poznawczą i emocjonalną. (6) Bezwarunkowe przestrzeganie zasady poufności. (7) Neutralność i bezstronność. (8) Anonimowość terapeuty. (9) Pozwolenie na swobodną psychoterapeutyczną wymianę („going-on-being” wg Winnicotta). (10) Postawa terapeuty wyrażająca bycie po stronie pacjenta. (11) Identyfikacja terapeuty z realnością, witalnością i kreatywnością. (12) Okazywanie pacjentowi zdolności do znoszenia, wytrzymywania różnych stanów emocjonalnych („sweat it out” wg Segal). (13) Istotne jest satysfakcjonujące życie osobiste terapeuty pozwalające mu pracować w sposób nie zgorzkniały. (14) Oddanie i poświęcenie terapeuty zasadom odpowiedzialności i rozwoju przynoszące mu uznanie w oczach kolegów i pacjentów. (15) Rozsądna współpraca z pacjentem (Kahr, 2005, tłumaczenie własne).

Empiryczne badania psychoterapii w dużej mierze potwierdzają kliniczne obserwacje tego, o jest najbardziej pomocne w tej formie oddziaływania. Cooper bazując na pracach Castanguaya i Beutlera wskazuje na 3 grupy czynników związanych z pozytywną zmianą w terapii (Cooper, 2010):

1. Czynniki związane z uczestnikami

- **Pacjent** – na efekty terapii sposób korzystny wpływają:
 - postawa wobec terapii wyrażająca motywację i zaangażowanie,
 - posiadanie pozytywnych i realistycznych oczekiwań wobec terapii,
 - jasność tego, czym jest terapia i dlaczego korzysta się z niej,
 - poziom funkcjonowania psychologicznego im wyższy, tym na ogół większe korzyści z terapii (najlepsze efekty osiągają osoby: bez diagnozy zaburzeń osobowości, z bezpiecznym stylem przywiązania, bez wysokiego poziomu perfekcjonizmu, mające umiejętność psychologizowania, gotowe na zmianę oraz mające wysoki poziom wsparcia społecznego)
 - wiek, płeć orientacja seksualna, rasa, klasa społeczna nie mają większego wpływu na efektywność terapii;
- **Terapeuta** – czynniki wpływające na efektywność leczenia:
 - dobrostan psychiczny - im wyższy, tym lepsze rezultaty w terapii pacjentów
 - rozwój zawodowy (szkolenia, superwizje, doświadczenie) ma związek z wynikami terapeutycznymi ale efekt ten jest mały, a paraprofesjonaliści osiągają podobne wyniki jak specjaliści,
 - sposób odnoszenia się do pacjentów jest istotniejszy niż cechy osobowości terapeutów,
 - pacjenci o silnych lub skrajnych wartościach oraz z marginalizowanych grup społecznych i mniejszości etnicznych preferują terapeutów o podobnych wartościach lub z podobnych środowisk ze względu na oczekiwane zrozumienie i akceptację z ich strony,
 - wiek, płeć oraz osobiste doświadczenie nie wydają się mieć istotnego związku z rezultatami osiąganymi w terapii przez pacjentów.

2. Czynniki związane z relacją:

- udowodniono, że jakość relacji wpływa na rezultaty terapii,

- siła sojuszu terapeutycznego oraz umiejętność naprawiania ewentualnych zakłóceń (im większa zgodność i współpraca w zakresie celów i zadań terapii, tym lepsze rezultaty),
- poziom empatii terapeuty (im wyższy, tym lepsze rezultaty),
- korzystnie wpływa umiejętność radzenia sobie przez terapeutę z reakcjami przeciwprzeniesieniowymi,
- korzystny wpływ trafnych interpretacji podawanych z niewielkim natężeniem,
- użyteczność informacji zwrotnych jakie otrzymują pacjenci,
- autentyczna troska, szczerość i otwartość są w umiarkowany sposób powiązane z wynikami leczenia.

3. Czynniki związane z technikami terapeutycznymi:

- istnieje niewiele dowód potwierdzających większą skuteczność specyficznych technik terapeutycznych niż oddziaływanie w „dobrzej wierze”,
- dokładne i ostrożnie sformułowane interpretacje, które są osadzone w silnym sojuszu terapeutycznym są powiązane z dużą skutecznością terapii,
- niekorzystnie na rezultat terapii wpływają skrajne postawy i zachowania terapeutów, zarówno dyrektywne jak i niedyrektywne,
- pomocne są takie zachowania terapeutów jak słuchanie, parafrazowanie i zachęcanie; mieszane reakcje dotyczą zadawania pytań oraz udzielania porad,
- korzystnie wpływa dostarczenie terapeutom informacji zwrotnych na temat postępów pacjentów, szczególnie tych zagrożonych negatywnym wynikiem leczenia,
- interwencje telefoniczne i za pośrednictwem Internetu w leczeniu lęku, depresji, zaburzeń odżywiania, nadużywania substancji psychoaktywnych wydają się być równie skuteczne jak kontakt „twarzą w twarz”.

Warto zauważyć, że aby interwencja terapeutyczna mogła się okazać skuteczna musi być dopasowana do tzw. stadium zmiany. Cooper, odwołując się do prac Prochaski, opisuje różne etapy kontinuum zmiany. Najpierw jest brak motywacji lub chęci do zmiany (etap prekontemplacji), później pojawia się ambiwalencja wobec chęci wprowadzenia zmiany

(etap kontemplacji) i chęć, aby coś w najbliższym czasie zmienić (etap przygotowania). W kolejnych etapach pojawia się działanie związane ze zmianą zachowań, utrzymanie zmiany i zakończenie procesu. Realistyczne cele stawiane w terapii powinny zakładać przemieszczenie się pacjenta o jeden lub dwa etapy (Cooper, 2010).

Natomiast Jan Czabała opisuje kolejne etapy procesu terapeutycznego i powiązane z nimi czynniki, które są wspólne dla różnych metod pracy. Wyróżnia on cztery etapy tego procesu (Czabała, 1997):

1. Etap odreagowania emocji (nawiązanie kontaktu), w którym dochodzi do uwolnienia aktualnych emocji i zmniejszenia napięcia.
2. Etap osiągania wglądu, w którym dochodzi do
 - a. korektywnego doświadczenia emocjonalnego poprzez uwolnienie nieakceptowanych uczuć, uświadomienie sobie negatywnych doświadczeń i uwolnienie dawnych przeżyć;
 - b. przekształcenia schematów poznawczych poprzez zmianę oceny dotychczasowych doświadczeń emocjonalnych oraz oceny siebie i otoczenia;
 - c. doświadczenia nowych relacji z innymi tj. z terapeutą i innymi ludźmi.
3. Etap przygotowania do zmiany zachowania, w którym dochodzi do:
 - a. poszukiwania alternatywnych wzorców reagowania, myślenia oraz zachowania;
 - b. wypróbowywania nowych wzorców zachowań;
 - c. uczenia się nowych umiejętności.
4. Etap utrwalania i rozszerzania zmian, w którym dochodzi do:
 - a. formułowania planów na przyszłość;
 - b. analizy strategii radzenia sobie z przewidywalnymi trudnościami;
 - c. ustalenia planu dalszej terapii, zakończenia.

Empirycznie uzasadniona terapia (odpowiednik EBM - *evidence based medicine*, czyli medycyny opartej na dowodach) bazując na rygorystycznych badaniach eksperymentalnych określa, jakie są skuteczne oddziaływania psychoterapeutyczne w przypadku konkretnych zaburzeń psychicznych. Wśród terapii mających taki status w odniesieniu do zaburzeń osobowości jest psychoterapia psychodynamiczna. Wykazano, że największą poprawę osiągają pacjenci z grupy lękowej (cluster C), a najmniejszą pacjenci ze schizotypowymi zaburzeniami osobowości, natomiast pośrednie rezultaty osiągają pacjenci z granicznym zaburzeniem osobowości (Perry i wsp., 1999).

3.3 Psychoterapia wglądowa

3.3.1 Psychoterapia wglądowa – zagadnienia ogólne

W badaniu własnym podstawowym podejściem teoretycznym stosowanej psychoterapii był nurt psychodynamiczny i psychoanalityczny związany z kleinowską teorią relacji z obiektem, w którym głównym aspektem pracy terapeutycznej jest analiza przeniesienia i mechanizmów obronnych uwzględniająca obszary nieświadome manifestujące się poprzez sny, przeżyczenia, objawy psychosomatyczne, etc.

Celem tak zdefiniowanej psychoterapii jest przede wszystkim uzyskanie wglądu i zrozumienie istoty problemów. Aby to osiągnąć, terapeuta w pracy z pacjentem posługuje się specyficznymi technikami, które osadzone są w wyraźnie zdefiniowanych ramach procesu terapeutycznego. Równocześnie proces zmian, jak pisze Gabbard cytując Loewalda, „zostaje uruchomiony również dlatego, że psychoanalityk pozwala na rozwój nowej ‘relacji z obiektem’ między sobą a pacjentem” (Gabbard, 2009, s. 95). Innym ważnym aspektem prowadzącym do zmiany jest, podkreślana przez Fonagy’ego, „’umiejętność odnajdowania siebie’ w umyśle terapeuty. Jeśli terapeuta komentuje dostrzegane uczucia i komunikaty niewerbalne, to na podstawie jego obserwacji pacjent może zacząć konstruować portret siebie. Dzięki temu niejawne wzorce stają bardziej dostępne świadomej refleksji” (Gabbard, 2009, s.107). W ten sposób psychoterapia „prowadzi do przebudowania pamięci niejawnej związanej ze stylem przywiązania” (Gabbard, 2009, s. 108).

Terapia dynamiczna składa się z dwóch zasadniczych komponentów: ekspresywnego czyli skierowanego na analizę przeniesienia i mechanizmów obronnych oraz podtrzymującego służącemu wzmocnieniu obron i tłumieniu nieświadomych konfliktów. Oba te komponenty obecne są w każdym procesie terapii dynamicznej.

Poniżej przedstawiono najważniejsze parametry procesu terapeutycznego w modalności psychodynamicznej oraz podstawowe techniki pracy i zjawiska w nim zachodzące (Gabbard, 2009; McWilliams, 2011; Thomae, Kaechele, 1996). Są to:

- Długość terapii – w zależności od czasu trwania dzieli się ją na długo i krótkoterminową. Jako kryterium krótkoterminowej psychoterapii przyjmuje on okres czasu poniżej 24 tygodni (6 miesięcy) lub ilość sesji do 24-25. Terapie długoterminowe zazwyczaj mają charakter otwarty.

- Częstość sesji uzależniona jest tego, który z komponentów przeważa: większa częstość spotkań sprzyja intensyfikacji przeniesienia i jest charakterystyczna dla pracy terapeutycznej z dominującą komponentą ekspresywną. Zazwyczaj jest to od jednej do trzech pięćdziesięciminutowych sesji w tygodniu, w czasie których terapeuta siedzi twarzą do pacjenta lub siedzi obok kozetki, na której leży pacjent. Ta druga postawa jest typowa dla psychoanalizy, która odbywa się cztery – pięć razy tygodniu. W terapii podtrzymującej częstość sesji waha się od dwóch w tygodniu do jednej w miesiącu, a czas ich trwania od dwudziestu pięciu do pięćdziesięciu minut.
- Postawa terapeuty cechująca się:
 - neutralnością – czyli uczestniczeniem w procesie terapeutycznym w sposób spontaniczny ale nie w pełni zaangażowany, zdyscyplinowany i zdystansowany, co oznacza powstrzymywanie się od oceniania zachowań, myśli, pragnień i uczuć pacjenta;
 - anonimowością wywodzącą się z freudowskiej koncepcji, wg której analityk powinien być tak nieprzejrzywym dla pacjenta jako lustro; aktualnie rozumiana jest jako powściągliwość terapeuty w kontakcie z pacjentem oznaczająca nieujawnianie szczegółów dotyczących prywatnego życia terapeuty czy zwierzania się pacjentowi ze swoich problemów;
 - wstrzemięźliwością czyli ograniczeniem związanym z kontaktami fizycznymi z pacjentem i nie przenoszeniem relacji terapeutycznej poza gabinet.
- Swobodne skojarzenia jako podstawowy tryb komunikacji pacjenta z terapeutą, szczególnie istotne w pracy o charakterze ekspresywnym. Wykorzystanie marzeń sennych również jest typowe dla ekspresywnych form terapii. Wywodzi się z założenia, że w snach, które Freud nazwał „królewską drogą” do zrozumienia nieświadomości, znajdują się symbole, które można interpretować i w ten sposób przybliżyć pacjentowi nieświadome treści w nich zawarte.
- Ustanowienie przymierza (sojuszu) terapeutycznego jako świadomej, racjonalnej i bezkonfliktowej relacji pomiędzy pacjentem (a dokładniej zdrowymi aspektami ego pacjenta) i terapeutą, które skierowane jest na osiągnięcie celu leczenia. W dużym stopniu jest uwarunkowane doświadczeniami pacjenta w relacji z rodzicami. Jednocześnie stanowi ważny prognostyk dla przebiegu i końcowego wyniku terapii.
- Interwencje terapeutyczne od najbardziej ekspresywnych do podtrzymujących:
 - a. interpretacja – polega na czynieniu świadomym treści, które dotąd były nieświadomione. Wyjaśnia związki między uczuciem, myślą, zachowaniem,

- objawem a jego nieświadomym źródłem lub znaczeniem. Może dotyczyć przeniesienia, znaczących relacji z innymi, dawnych i aktualnych przeżyć pacjenta, oporu i fantazji;
- b. obserwacja – stwierdzenie, poprzez które terapeuta zaprasza pacjenta do współpracy w odkrywaniu nieświadomych motywów poprzez opis jego zachowań niewerbalnych, emocji, sekwencji komentarzy, etc;
 - c. konfrontacja – polega na ujawnianiu świadomych treści, których pacjent nie chce zaakceptować lub dąży do ich unikania czy umniejszania;
 - d. klaryfikacja (objaśnienie) – pomaga pacjentowi w wypowiedzeniu treści, które jest mu trudno ubrać w słowa poprzez przeformułowanie lub podsumowanie jego wypowiedzi w celu przedstawienia bardziej spójnego komunikatu;
 - e. zachęta do ujawniania szczegółów – służy pogłębieniu poruszanego tematu;
 - f. empatyczny komentarz – jest przejawem dostrojenia się do stanu emocjonalnego pacjenta;
 - g. psychoedukacja – polega na dzieleniu się z pacjentem wiedzą psychologiczną;
 - h. rada i pochwała – służą wzmocnieniu ego i są przeciwieństwem interpretacji; rada stanowi bezpośrednią sugestię dotyczącą tego, jak pacjent ma się zachować, a pochwała stanowi wzmocnienie wybranego zachowania; udzielając ich odchodzi się od zasady neutralności terapeuty.
- Przeniesienie, w najprostszym ujęciu rozumiane jest jako odtwarzanie się przeszłości w teraźniejszości. Oznacza to, że pacjent przeżywa osobę spotykaną w teraźniejszości np. terapeutę jako znaczącą osobę z przeszłości i przypisuje mu cechy tamtej osoby oraz doświadcza uczuć, które ona w nim wywoływała. Słownik psychoanalizy definiuje je jako: „przemieszczenie wzorców myśli, zachowań i uczuć pierwotnie przeżywanych w związku ze znaczącymi osobami w dzieciństwie, na jakąś osobę, z którą podmiot pozostaje w bieżącej relacji interpersonalnej. Proces ten jest w znacznym stopniu nieświadomy (...) i pojawia się spontanicznie” (More, Fine, 1996, s. 224). Gabbard podkreśla, że współcześnie zjawisko to jest rozpatrywane w dwóch wymiarach - powtórzenia i selfobięktu. Po pierwsze jako powtórzenie dawnego doświadczenia z obiektami z przeszłości, czyli np.: pacjent obawia się i spodziewa, że terapeuta zacznie się zachowywać jak rodzic. A po drugie w wymiarze selfobięktu, czyli jako poszukiwanie doświadczeń reparatornych lub korygujących z nowym obiektem lub selfobięktem (wg Kohuta – twórcy psychologii self – termin ten jest określeniem ogólnym, który opisuje rolę, jaką inne osoby

odgrywają wobec self w kontekście odzwierciedlania i idealizacji), tzn. że pacjent pragnienie korektywnego doświadczenia, którego zabrakło mu w dzieciństwie (Gabbard, 2009, s.102; s.30). W świetle współczesnych badań (Western, Gabbard, 2002) uważa się, że przeniesienie jest związane z wewnętrznymi reprezentacjami obiektów, które są uruchamiane przez rzeczywiste cechy terapeuty. Reprezentacje to sieci neuronów, które można wzbudzić jednocześnie. Najważniejszą rolę w powstawaniu wewnętrznych reprezentacji siebie i inne, które połączone są ze stanami afektywnymi odgrywa kora czołowa oczodołowa (Schore, 2001). Z punktu widzenia techniki terapeutycznej, to w terapii ekspresywnej stosuje się interpretację przeniesienia szczególnie w kontekście aktualnych problemów pacjenta. Inaczej jest w terapii podtrzymującej, gdzie celem jest wywołanie przeniesienia o charakterze pozytywnej zależności pacjenta od terapeuty, a samo przeniesienie jest tylko monitorowane przez terapeutę ale zazwyczaj nie jest interpretowane.

- Przeciwprzeniesienie jest istotnym zjawiskiem pozostającym najczęściej w związku z przeniesieniem. Pierwotnie przez Freuda rozumiane było jako odpowiedź na przeniesienie pacjenta, czyli jako wydobywanie nierozwiązanych konfliktów z nieświadomości analityka. Natomiast wg Kernberga, który pracował z pacjentami z głębokimi zaburzeniami osobowości, jest to świadoma, stosowana i ogólna reakcja emocjonalna na pacjenta. Gabbard definiuje je w kategoriach kompleksowej reakcji wywołanej po części przeżyciami z przeszłości terapeuty, a po części uczuciami wzbudzonymi zachowaniem pacjenta. Obecnie akcentuje się fakt, że jest to nie tyle przeszkoda w leczeniu, co źródło cennych informacji o wewnętrznym świecie pacjenta.
- Opór w psychoterapii psychodynamicznej definiowany jest jako przejaw mechanizmów obronnych, które ujawniają się trakcie leczenia i jest z tym leczeniem nieodłącznie związany. Jest związany z pragnieniem pacjenta, aby utrzymać status quo i uniknąć różnych nieprzyjemnych uczuć od nienawiści po miłość do zakazanego obiektu, „broni” zaburzeń pacjenta. Może być świadomy, przedświadomy lub nieświadomy. Od mechanizmów obronnych różni się tym, że można go obserwować. Rozumienie oporu jest kluczowe dla terapii. A forma, jaką opór przyjmuje, jest zwykle związana z odtwarzaniem dawnej relacji, która ma wpływ na relacje aktualne. W teorii relacji z obiektem rozumiany jest jako nieświadoma tendencja do trzymania wybranej relacji z obiektem wewnętrznym. W terapii ekspresywnej podlega pracy analitycznej, gdyż dąży się do zrozumienia jego natury. W psychologii

self jest rozumiany jako zdrowe psychiczne działania chroniące rozwój self. W terapii podtrzymującej uważa się, że jest zjawiskiem przystosowawczym i dąży się do wzmocnienia obron, których opór jest przejawem.

- Przepracowywanie problemu zazwyczaj polega na powtarzaniu interpretacji przeniesienia i oporu tak długo, jak długi wgląd w pełni nie zintegruje się ze świadomością pacjenta. Literatura przedmiotu opisuje tzw. trójkąt rozumienia wg Menningera (Gabbard, 2009). Zgodnie z tym modelem terapeuta zauważa określony schemat przeniesieniowy pacjenta oraz wzorce relacji, jakie pacjent opisuje mówiąc o związkach spoza gabinetu. Następnie łączy to z doświadczanymi relacjami z przeszłości pacjenta. Dzięki temu uświadamia pacjentowi wzorce tych relacji w różnych sytuacjach, co pozwala na odzyskanie kontroli przez ego pacjenta. Ma głównie zastosowanie w terapiach ekspresywnych.

3.3.2 Psychoterapia wglądowa – mechanizm działania

Prowadzone od lat badania wykazały skuteczność leczenia psychoterapeutycznego, coraz dłuższa jest również lista scharakteryzowanych czynników, które pomagają osiągnąć korzystne zmiany. Cały czas trwają poszukiwania biologicznego podłoża mechanizmów zmian, jakie zachodzą w terapii.

Autorem pierwszych przełomowych badań w tym obszarze jest Eric Kandel. Przeprowadził on doświadczenia ze ślimakiem morskim, u którego w wyniku uczenia się liczba synaps zwiększyła się podwójnie lub potrójnie. W ten sposób wykazał on, że połączenia neuronów można na trwale zmieniać i wzmacniać w procesie regulacji ekspresji genów przez naukę i interakcję ze środowiskiem. W trakcie nauki liczba synaps u tego ślimaka zwiększa się podwójnie lub potrójnie (Kandel, 1979). Badacz ten twierdzi, że mózg jest strukturą plastyczną i dynamiczną, a psychoterapia może powodować podobne zmiany w synapsach mózgu jak uczenie się u ślimaka. Dzieje się tak, ponieważ w procesie uczenia się, którego szczególną formą jest psychoterapia, dochodzi do takiej interakcji ze środowiskiem, która może wpływać na funkcje transkrypcyjne genów prowadzące do zmiany ekspresji genów i połączeń neuronalnych (Gabbard, 2009).

Gabbard przytacza również badania Jung-Beeman i wsp., którzy wykazali, że uzyskanie nagłego wglądu ma swoje biologiczne podłoże i związane jest z aktywacją przedniej części zakrętu skroniowego górnego prawej półkuli mózgu. Pokazano, że w czasie

rocznej psychoterapii psychodynamicznej normalizuje się mózgowy metabolizm serotoniny u osoby z zaburzeniami osobowości z pogranicza i z depresją. Bardzo interesujące okazały się również badania Singera, które sugerują, że zdolność oddzielenia emocjonalnych i zmysłowych aspektów empatii umożliwia tworzenie reprezentacji wewnętrznych stanów fizjologicznych oraz subiektywnych stanów emocjonalnych innych ludzi (Gabbard, 2009).

Mechanizmy zmian w psychoterapii w dużym stopniu zależą również od samych pacjentów. Jak pisze Gabbard powołując się na badania Blatt, pacjenci dzielą się na introlekcyjnych, czyli takich którzy lepiej reagują na wgląd uzyskany za pomocą interpretacji oraz anaklitycznych czyli takich, dla których istotna jest przede wszystkim odpowiednia jakości relacji terapeutycznej, gdyż z niej czerpią więcej niż z interpretacji. Na poziomie neuronalnym ustalono, że trwała zmiana w terapii zależy od częściowej deaktywacji problematycznych połączeń między sieciami skojarzeniowymi i większego wzbudzenia nowych, bardziej przystosowawczych (Gabbard, 2009).

Dodatkowe strategie terapeutyczne, to: sugestia, konfrontacja z dysfunkcyjnymi przekonaniami, analiza metod rozwiązywania problemów i ujawniania wybranych informacji o sobie, które ma służyć zrozumieniu przez pacjenta sposobu, w jaki wpływa na inne osoby. Zaobserwowano również, że niezależnie od metody psychoterapii, w interakcji między pacjentem a terapeutą pojawiają się tzw. „chwile wzajemnego porozumienia” (np. spojrzenie, poczucie głębokiego zaangażowania, żart, etc). Przez Lyons-Ruth zostały one nazwane „przejawami niejawnej wiedzy relacyjnej”, czyli takiej która opiera się o tzw. wiedzę proceduralną (Lyons-Ruth, 1998). Sięga ona głębiej niż interpretacje, które wpływają na pamięć jawną i świadomą narrację. Wiedza proceduralna natomiast prowadzi do przebudowy pamięci niejawnej związanej ze stylem przywiązania. Bardzo istotne z punktu widzenia opisywanego eksperymentu jest to, iż ustalono, że pod wpływem relacji z terapeutą może dochodzić do modyfikacji pozabezpieczanego stylu przywiązania (Allen i wsp., 2014), który z drugiej strony sam z siebie jest czynnikiem utrudniający pozytywny wynik terapii (Cooper, 2010, s. 106-108).

3.3.3 Psychoterapia wglądowa w modalności TFP

Szczególną formą psychoterapii wglądowej, która została zorientowana na leczenie pacjentów z głębokimi zaburzeniami osobowości o strukturze borderline jest psychoterapia

skoncentrowana na przeniesieniu – TFP (*transference-focused psychoterapii*). Wywodzi się ona z założenia, że stany borderline mają swoje podłoże w zaburzeniach wewnętrznych relacji z obiektem. Podstawową w tym ujęciu, ale nie jedyną, techniką pracy z pacjentem jest interpretacja przeniesienia. Podejście TFP uwzględnia specyfikę zaburzeń osobowości o strukturze borderline, które charakteryzują się skrajnymi reakcjami afektywnymi wraz z towarzyszącymi im zachowaniami, które dezorganizują zarówno życie jak i terapię takich pacjentów. Leczenie oparte na TFP zapewnia strukturę, która umożliwia kontrolowanie zachowań typu acting out oraz daje ramy, które umożliwiają przeżywanie, obserwowanie i reflektowanie wewnętrznych reprezentacji relacji, tzw. „diad relacyjnych”. Założenia teoretyczne tej metody terapii bazują na stwierdzeniu, że wewnętrzne reprezentacje pacjentów ujawniają się w przeniesieniu wobec terapeuty. Jak piszą Frank Yeomans i Diana Diamond „podstawą terapii jest wspomaganie ponownej aktywacji zdysocjowanych lub projektowanych zinternalizowanych relacji z obiektem, które składają się na przeniesienie, w celu zaobserwowania i uświadomienia sobie charakteru wewnętrznych reprezentacji pacjenta, a następnie zintegrowania ich w pełniejszą, bogatszą i bardziej zniuansowaną tożsamość” (Yeomans, Dimond, 2013, s. 270). W języku teorii przywiązania oznacza to, że w relacji z terapeutą dochodzi do aktywacji pierwotnych modeli operacyjnych przywiązania, które zwykle u tych pacjentów mają charakter nieufny, spreczny lub konfliktowy. Celem terapii jest zwiększenie ufności przywiązania. W początkowej fazie terapii dochodzi u pacjenta do aktywacji wewnętrznych wzorców relacji z obiektem. Terapeuta obserwując swoje reakcje przeciwprzeniesiowe, niewerbalną komunikację pacjenta oraz jego werbalne wypowiedzi, zastanawia się nad tym, co się dzieje, jednocześnie zachowując neutralność wobec sił zaangażowanych w konflikty pacjenta. Postawa taka pomaga pacjentowi w obserwacji, akceptacji a następnie również w integracji części Ja, które do tej pory były odgrywane i/lub projektowane. Praca interpretacyjna koncentruje się na diadach Ja-obiekt, które są przeżywane zarówno w relacji z terapeutą jak i z postaciami zewnętrznymi. Dzięki temu pacjent ma możliwość poszerzyć swoje możliwości refleksyjne, co sprzyja stopniowej integracji tożsamości (Yeomans, Diamond, 2013).

TFP łączy w sobie cechy terapii opartej na mentalizacji i psychoterapii psychodynamicznej. Mentalizacja poprawia przede wszystkim zdolności pacjenta do adekwatnego spostrzegania swojego stanu emocjonalnego oraz stanu emocjonalnego osoby, z którą wchodzi się w relację. Natomiast terapii psychodynamicznej, która zakłada istnienie

nieświadomego konfliktu w umyśle pacjenta, oferuje techniki pracy oparte o interpretację przeniesienia w świetle bieżących relacji.

4. Teoria przywiązania

Teoria przywiązania (w języku angielskim *attachment theory*) została sformułowana przez brytyjskiego psychologa Johna Bowlby'ego w latach siedemdziesiątych XX wieku. Powstawała pomiędzy 1969 a 1980 rokiem i opisana została w trzech tomach „Przywiązanie i strata”, „Seapracja, lęki i złość” oraz „Strata: lęk i depresja”. Bowlby oparł się na wiedzy płynącej z obserwacji niemowląt, badań nad rozwojem wczesnodziecięcym oraz na psychoanalizie i psychopatologii rozwojowej. Zdaniem Bowlby'ego przywiązanie ma charakter wrodzony i kształtuje się od pierwszych dni życia. Zachowania o charakterze przywiazaniowym obserwuje się nie tylko u człowieka ale również u wielu gatunków zwierząt – ssaków i ptaków (Bowlby, 1967/2007). Mają one ogromne znaczenie z punktu widzenia zarówno ewolucji, ponieważ zwiększają szanse na przeżycie potomstwa jak i psychologii, gdyż stanowią bazę do budowania wszystkich późniejszych relacji. Teoria, której początki dał Bowlby, stanowi do dziś inspirację dla wielu badaczy i jest ogromnym obszarem wiedzy (Józefik, Iniewicz, 2008).

W kontekście przeprowadzonych przez autorkę badań, pokrótce omówione zostaną przede wszystkim te zagadnienia związane z przywiązaniem, które są pomocne w rozumieniu problematyki zaburzeń osobowości oraz mają istotne znaczenie w psychoterapii.

4.1 Teoria przywiązania – podstawowe pojęcia

Kluczowe znaczenie w tej teorii przywiązania mają takie pojęcia jak zachowania przywiazaniowe, bezpieczna baza i wewnętrzne modele operacyjne.

Samo pojęcie „przywiązanie” przez współczesną psychologię zdefiniowane jest jako „bliski społeczno-emocjonalny związek między dzieckiem a rodzicem lub innym stałym opiekunem” (Zimbardo i wsp., 2014, s. 178).

Zachowania przywiązaniowe, nazwane przez Bowlby’ego „behawioralnym systemem przywiązania”, są uwarunkowane biologicznie i stanowią instynktowne wzorce reakcji, zwiększające szanse na przeżycie w obliczu zagrożenia. Dotyczą one nie tylko niemowląt i małych dzieci ale przejawiają się jako wzorce relacji w każdym okresie życia człowieka. Jak pisze David Wallin „przywiązanie, które zapewnia nie tylko bliskość fizyczną ale przede wszystkim poczucie bezpieczeństwa, jest życiową potrzebą człowieka” (Wallin, 2011, s.16).

Wyróżnia się trzy typy zachowań w stosunku do figury przywiązania (Wallin, 2011, s. 14):

1. Poszukiwanie, monitorowanie i utrzymywanie bliskości - w przypadku niemowlęcia są to takie zachowania jak: płacz, przywieranie, wołanie czy pełzanie dziecka do matki;

2. Wykorzystywanie figury przywiązania jako „bezpiecznej bazy” – u małych dzieci są to zachowania polegające na eksplorowaniu świata w obecności matki, która, jeśli to będzie konieczne, zapewni mu ochronę i wsparcie, daje to poczucie bezpieczeństwa i pozwala na dalsze poznawanie świata;

3. Uciekanie się do figury przywiązania jako do „bezpiecznej przystani” w chwilach zagrożenia lub niepokoju; u dzieci są to zachowania związane z dążeniem do bliskości z matką w sytuacji postrzeganej jako niebezpiecznej, np.: w ciemności, w nowym, nieznanym miejscu czy przy rozstaniu; u dorosłych zaś polega na szukaniu pomocy w chwilach zagrożenia u osoby uznanej za silniejszą lub mądrzejszą.

Podstawę przywiązania w wymiarze biologicznym stanowi fizyczna bliskość opiekuna. Jest ona niezbędna do zaistnienia jego wymiaru wewnętrznego związanego z poczuciem prawdziwego bezpieczeństwa odczuwanego przez dziecko. Aby do tego doszło, opiekun musi zapewnić dziecku swoją emocjonalną dostępność i odpowiednie reagowanie na jego potrzeby. Potrzebne jest stworzenie ciepłej, bliskiej i trwałej relacji pomiędzy opiekunem a dzieckiem, z której obie strony będą czerpały radość i satysfakcję. Zachowania przywiązaniowe aktywują się nie tylko w przypadku utraty kontaktu fizycznego

ale również dostępności emocjonalnej oraz takich bodźców jak ból, strach, zimno i głód. (Bowlby, 1967/2007).

Formułując teorię przywiązania Bowlby zaobserwował ogromne znaczenie rzeczywistych doświadczeń dla rozwoju dziecka. Sprzeciwił się w ten sposób dominującej wówczas psychoanalitycznej koncepcji Klein, która tłumaczyła patologiczny rozwój dziecka wyłącznie jego fantazjami. Bowlby podkreślał natomiast, że relacje wewnętrzne są w ogromnym stopniu odzwierciedleniem relacji zewnętrznych (Wallin, 2011).

Empiryczną weryfikację hipotez Bowlby'ego początkowo prowadziła Mary Ainsworth – psycholog rozwojowy. Zauważyła ona, że wrodzony system przywiązania jest plastyczny, tzn. że ludzie różnią się między sobą jakością zachowań przywiazaniowych, a różnice te zależne są od zachowań ich opiekunów. Obserwacja ta pozwoliła jej na sformułowanie klasyfikacji wzorców przywiązania w dzieciństwie i w życiu dorosłym. Ainsworth jest autorką pojęcia „bezpiecznej bazy” oraz, wspólnie z Bowlby'm, „wewnętrznych modeli operacyjnych”.

Wewnętrzne modele operacyjne, czyli tzw. „swoiste reguły przywiązania” kształtują się pomiędzy dzieckiem a pierwszą figurą przywiązania i pozwalają dziecku przewidzieć zachowania opiekuna. Ainsworth, w interakcji pomiędzy matką a dzieckiem, zauważyła dwie istotne prawidłowości: przywiązanie kształtuje się stopniowo, a od ilość czasu poświęcanego dziecku ważniejsza jest jakość opieki, jaką ono dostaje (Wallin, 2011).

Wallin cytuje kolejną ważną badaczkę teorii przywiązania – Mary Main. Uważała ona, że wewnętrzne modele operacyjne mają charakter „ustrukturyzowanych procesów, które umożliwiają lub blokują dostęp do informacji” (Wallin, 2011, s. 42). W dorosłym życiu stanowią one stabilne zasady, którymi człowiek kieruje się w relacjach z innymi i które sterują jego uczuciami, zachowaniem, uwagą, pamięcią i poznaniem. Freudowski „przymus powtarzania”, Main tłumaczyła stabilnością wewnętrznych modeli operacyjnych. Zwracała uwagę, że pozabezpieczane wzorce przywiązania cechują się małą elastycznością i sprawiają, że osoby takie postrzegają swoje relacje poprzez te reprezentacje i niejako dopasowują swoje spostrzeżenie świata do tych reguł, aktywnie je wzmacniając.

4.2 Teoria przywiązania – etapy rozwoju przywiązania

Rozwój systemu przywiązania następuje wieloetapowo. Wyróżnia się następujące cztery okresy tego procesu (Marvin, Britner, 2008; Holmes, 2007):

- Trwa **od urodzenia do ok. 12 tygodnia życia**. Niemowlę w tym okresie słabo odróżnia matkę od innych osób w otoczeniu, przede wszystkim z powodu niedojrzałości narządu wzroku i układu nerwowego. Wysyłane przez dziecko sygnały, np. w formie uśmiechu, szeroko otwartych oczu czy gruchania, zdaniem autorów teorii nie są jego kierowane do konkretnych osób. Najnowsze badania natomiast pokazują, że matka jest rozpoznawana już w pierwszej dobie życia noworodkach, głównie poprzez rozróżnianie jej głosu. Wykazano, że dziecko preferuje kontakt z nią niż z innymi osobami (Schaffer, 2009). Dziecko w tym czasie reaguje na bodźce społeczne, np. głos, twarz. Zachowania dziecka i opiekuna wzajemnie na siebie oddziałują. Dla rozwoju świata wewnętrznego dziecka ważne jest odzwierciedlanie zachowań dziecka.
- Trwa **od ok. 3 do 6 miesiąca życia**. W tym czasie niemowlę jest zdolne do wyróżnia ludzkiej twarzy z tła i coraz wyraźniej zaczyna wybierać kontakt z matką (głównym opiekuna) niż z innymi osobami, np. wyciąga do niej ręce, płacze w specyficzny sposób, gdy ona odchodzi. Zaczyna się tworzyć hierarchia figur przywiązania. Jest to początek kształtowania relacji przywiązania, a zdolność otoczenia do reagowania na komunikaty wysyłane przez dziecko stanowi podstawę do tworzenia się wzoru przywiązania. Niemowlę stopniowo rozwija nowe umiejętności tj. intencjonalne trzymanie, chwytanie, sięganie poprzez które wpływa na zachowania opiekuna.
- Rozpoczyna się **między 6 a 9 miesiącem życia i trwa do ok. 3 roku życia**, nazywany jest „przywiązaniem nastawionym na cel”. Jego początek wyznacza utworzenie silnej więzi z opiekunem i lęk przed obcymi. Poszerza się repertuar zachowań przywiązaniowych dziecka: podążanie za odchodzącym opiekunem, witanie go po powrocie, uciekanie do niego w chwilach zdenerwowania. Zachowanie takie umożliwia rozwój aparatu mowy i rozwój motoryczny. Dziecko zaczyna traktować głównego opiekuna jako bezpieczną bazę w poznawaniu świata. Bardzo ważne są adekwatne, opiekuńcze zachowania opiekuna, które wpływają na tworzenie wewnętrznego modelu operacyjnego, stanowiącego fundament dla przyszłych związków z ludźmi i predyktor rozwoju osobowości.

- Rozpoczyna się **ok. 3 roku życia i trwa przez całe życie**. Polega na tworzeniu coraz bardziej złożonych systemów operacyjnych. Stopniowo zmieniają się figury przywiązania ale wykształcony schemat tworzenia i utrzymywania więzi, stanowiący bazę dla tworzenia relacji, pozostaje dość stabilny. U dziecka coraz bardziej zwiększa się elastyczność zachowań, wynikająca z dalszego rozwoju mowy oraz rozwoju poznawczego, który zwiększa możliwość kontroli emocji i znoszenia frustracji. Dziecko zaczyna dostrzegać swoją odrębność od rodziców, a obserwując zachowania opiekunów i to, co na nie wpływa, zdobywa wgląd w ich uczucia i motywy ich działań. Stopniowo zależność od nich przechodzi w postawę partnerską. Jest w stanie coraz bardziej „negocjować” własne plany z uwzględnieniem planów i uczuć innych. Celem tego etapu jest uzyskanie autonomii i niezależności, co wyraża się w dojrzałym społecznym funkcjonowaniu.

4.3. Teoria przywiązania – wzorce i style przywiązania

Zachowania przywiązaniowe u małych dzieci można badać w tzw. „procedurze nieznannej sytuacji” (*Ainsworth Strange Situation*). Twórczynią tej metody jest Mary Ainsworth (Hesse, 2008). Procedura ta polega na tym, że matka wraz dzieckiem (około 12 miesiąca życia) zostaje zaproszona przez badacza do pomieszczenia wypełnionego zabawkami. Następnie matka jest proszona o opuszczenie pokoju na 3 minuty. Po tym czasie wraca, wita się z dzieckiem i wraz z badaczem ponownie opuszcza pomieszczenie, a dziecko zostaje same. Po 3 minutach wraca i znów wita się z dzieckiem. Obserwacji podlegają reakcje dziecka w chwili rozstania z matką i jej powrotu. Całe badanie trwa ok. 20 minut.

Na podstawie obserwacji zachowań dzieci i ich interakcji z matkami Ainsworth wyróżniła trzy podstawowe wzorce przywiązania we wczesnym dzieciństwie: typ B, C i A. Uzupełnieniem obserwacji dokonanych przez Ainsworth było późniejsze odkrycie przez Mary Main jeszcze jednego, dodatkowego wzorca przywiązania typu D.

Ponadto Main opracowała ustrukturyzowany „wywiad przywiązania dorosłych” – AAI (*Adult Attachment Interview*), który umożliwia badanie stylu przywiązania u osób dorosłych. Badacze zauważyli, że na bazie pierwszych doświadczeń tworzą się wewnętrzne modele operacyjne. Dzięki nim dziecko rozpoznaje wzorce interakcji, które pojawiły się wcześniej i potrafi przewidzieć, jak opiekun się zachowa. Modele te mogą podlegać

„aktualizacji” poprzez nowe doświadczenia w relacjach. Jednocześnie są dość stabilne ze względu na to, że działają poza świadomością i są chronione przez mechanizmy obronne. Przejawiają się one w typowych schematach powracających w zachowaniu, wyobraźni oraz narracji życiowej osoby.

Main uważała, że wywiad AAI służy ocenie „aktualnego, dominującego stanu umysłu dotyczącego przywiązania” (Wallin, 201, s. 34). Jego struktura obejmuje listę pytań dotyczących wspomnień związanych z przywiązaniem zgodnie z zasadą od ogólnego opisu relacji po coraz bardziej szczegółowe wspomnienia dotyczące relacji z rodzicami. Interpretacji podlega przede wszystkim sposób komunikacji – proces i forma, mniej sama treść. Umożliwia to badanie zachowań przywiazaniowych oraz reprezentacji umysłowych.

Zaobserwowano dużą zależność pomiędzy zachowaniem dziecka w „procedurze nieznanej sytuacji” a stanem umysłu rodzica w kontekście przywiązania badanym w wywiadzie AAI. Na tej podstawie wnioskowano, że wewnętrzne modele operacyjne rodziców kształtują takie same modele u dzieci. Zaś kategoria przywiązania w wywiadzie AAI u dorosłego umożliwia z dużym prawdopodobieństwem (ok. 75%) przewidzieć wzorzec przywiązania u jego dziecka (Wallin, 2011, s. 38).

Tabela 3 - Charakterystyka wzorców i stylów przywiązania (za Wallin)

TYP B – wzór przywiązania z poczuciem bezpieczeństwa
<u>Zachowanie dziecka w procedurze nieznanej sytuacji:</u> przed epizodem rozstania z ciekawością interesuje się otoczeniem, chętnie się bawi; podczas nieobecności matki reaguje przejawami tęsknoty; po jej powrocie aktywnie ją wita, dążąc do kontaktu fizycznego, szybko się uspokaja i chętnie wraca do zabawy. Wyraźnie preferuje matkę od osoby badacza. Taka matka opisywana jest zwykle jako wrażliwa i reaktywna, tzn. adekwatnie reagująca na sygnały i komunikaty ze strony dziecka, zgodnie z koncepcją „wystarczająco dobrej matki” Winnicotta, przejawia styl komunikacji oparty o przewagę: wrażliwości nad brakiem dostrojenia, akceptacji nad odrzuceniem, współpracy nad kontrolą oraz dostępności emocjonalnej nad dystansem. Dziecko wydaje się mieć porównywany dostęp zarówno do impulsów związanych z odkrywaniem świata w chwilach poczucia bezpieczeństwa jak i do impulsów popychających je do szukania uspokojenia w kontakcie z drugą osobą w chwilach zagrożenia.
<u>Stan umysłu dorosłego w wywiadzie przywiązania dorosłych:</u> cechuje się poczuciem bezpieczeństwa i autonomią; przejawia się m.in.: spójną wypowiedzią i gotowością do współpracy oraz spójnym omówieniem i oceną doświadczeń związanych z przywiązaniem – pozytywnych i negatywnych.
Styl przywiązania bezpieczny, ufny, autonomiczny typ F w wywiadzie AAI

TYP A – wzór unikowy
<u>Zachowanie dziecka w procedurze nieznanej sytuacji:</u> w chwili opuszczenia pomieszczenia przez matkę nie przejawia oznak niepokoju, zachowuje pozorny spokój, pomimo wzrostu paramentów stresu (wzrasta tempo bicia serca oraz poziom kortyzolu wyraźniej niż u dzieci, które przejawiają oznaki zdenerwowania i rozpacz). W chwili powrotu matki nie wyraża potrzeby ukojenia, ignoruje ją (np. odwraca się plecami, wyrwa się z objęć), preferuje zabawę koncentrując się na zabawkach (Holmes 2007). Powstrzymuje sygnały świadczące o dążeniu do łączności z matką. Nie traktuje jej jako „bezpiecznej bazy” - przejawia nieufność, a w sytuacji zagrożenia nie dąży do nawiązania kontaktu z nią (Namysłowska 2005). Gdy jest przytulane, najczęściej jest bezwładne. Matka aktywnie odrzuca zachowania przywiązaniowe dziecka, karze za próby nawiązania łączności lub odsuwa się, gdy jest ono smutne. Jest niedostępna emocjonalnie, przejawia awersję do kontaktu fizycznego i skrzepowanie gdy, do niego dochodzi. Brak zachowań przywiązaniowych stanowi strategię obronną stanowiącą przystosowanie do życia w środowisku, w którym prośby o miłość i wsparcie nie są przyjmowane i zaspokajane. Taki sposób zachowania pozwala uniknąć odrzucenia i złości, która by to odrzucenie dodatkowo potęgowała.
<u>Stan umysłu dorosłego w wywiadzie przywiązania dorosłych:</u> cechuje się zdystansowaniem; wypowiedzi są m.in.: niespójne, opis przeszłości uogólniony, brakiem wspomnień mogących potwierdzić lub obalić prezentowany opis przeszłości. Styl przywiązania: zdystansowany, lękowo-unikający lub lekceważąco-unikający typ Ds w wywiadzie AAI
TYP C – wzór stawiający opór lub ambiwalentny
<u>Zachowanie dziecka w procedurze nieznanej sytuacji:</u> od początku procedury wykazuje ostrożność lub niepokój, nie podejmuje zabawy w obecności matki, jest skupione na matce. Na rozstanie z nią reaguje bardzo intensywnie. Wykazuje jeden z dwóch typów zachowań w reakcji na powrót matki: złością lub drugie biernością. Dziecko z pierwszym typem reakcji domaga się kontaktu z matką i jednocześnie odpycha ją od siebie. Dzieci z drugim typem reakcji sprawia wrażenie tak bardzo przytłoczonego rozpaczą i bezradnością, że nie jest w stanie nawiązać kontaktu z matką. Powrót matki nie uspokaja dziecka. Nie eksploruje otoczenia ani przed ani po powrocie matki. Interakcje matki i dziecka z tej grupy cechuje nieprzewidywalność. Matka reaguje niekonsekwentnie na sygnały wysyłane przez dziecko, co skutkuje tym, że dziecko nie jest w stanie przewidzieć, kiedy matka będzie dostępna emocjonalnie. Strategia przystosowawcza polega na znacznie nasilonym sygnalizowaniu potrzeb przywiązaniowych, sprawia wrażenie usiłowania wymuszenia od matki zainteresowania i troski przy jednoczesnym stłumieniu chęci do eksplorowania świata.
<u>Stan umysłu dorosłego w wywiadzie przywiązania dorosłych:</u> cechuje się zaabsorbowaniem, przejawia się m.in.: niespójną wypowiedzią, przesadną koncentracją na dawnych doświadczeniach i relacjach z cechami złości, bierności lub lęku. Styl przywiązania: zaabsorbowany, lękowo-ambiwalentny lub z oporem typ E w wywiadzie AAI
TYP D – wzór zdeorganizowany/z dezorientacją
<u>Zachowanie dziecka w procedurze nieznanej sytuacji:</u> dziecko z tym typem przywiązania w obecności rodzica chwilami zachowuje się niewytłumaczalnie, chaotycznie, dziwnie lub sprzecznie. Gdy matka wraca po chwili rozłąki, dziecko rusza w jej kierunku, a następnie zastyga w bezruchu, rzuca się na podłogę i wpada w stan oszołomienia lub transu, jakby dochodziło do załamania określonej strategii behawioralnej. Chwile takiego

zachowania trwają bardzo krótko (od 10 do 30 sekund) i są wplecione w spójny obraz któregoś z wymienionych poprzednio wzorców przywiązania (A, B lub C). Dziecko postrzega rodzica zarówno jako „bezpieczną bazę” jak i źródło zagrożenia, w związku z czym staje w sytuacji bez wyjścia, bo z jednej strony pojawia się potrzeba zbliżenia do rodzica w sytuacji zagrożenia, a z drugiej strony pojawia się impuls, aby uciekać, gdyż sam rodzic stanowi zagrożenie. Ten wzorzec powstaje w interakcji z rodzicem, który jest przerażający, przerażony lub zdysocjowany (np. u dzieci maltretowanych przez rodziców, pochodzących z rodzin bardzo ubogich, z rodzin borykających z chorobą psychiczną oraz nadużywaniem substancji psychoaktywnych).

Stan umysłu dorosłego w wywiadzie przywiązania dorosłych: cechuje się dezorganizacją, wskazuje na zmaganie się z nierozwiązanym doświadczeniem urazu, przejawia się m.in.: tym, że podczas rozmowy na temat straty czy przemocy osoba niespodziewanie gubi logikę wypowiedzi, milknie na długo lub wygłasza przemowę, poza tym wpisuje się w którąś z pozostałych kategorii.

Styl przywiązania: zdeorganizowany lub zmagający się z nierozwiązanym doświadczeniem urazu typ U w wywiadzie AAI

W doniesieniach na temat przywiązania pojawia się jeszcze tzw. typ CC - w języku angielskim *'cannot classify'*. Używany jest on w stosunku do osób, które na podstawie wywiadu przywiązania dorosłych nie mogą zostać zakwalifikowane do żadnego z podstawowych trzech stylu: A, B czy C. Przejawiają niespójne strategie przywiązaniowe, a w ich wypowiedziach pojawiają się bardziej globalne załamania (Levy, 2005)

Określone style przywiązania wiążą się z pozytywnymi lub negatywnymi następstwami w całym późniejszym życiu. Badania wykazały, że dzieci z bezpiecznym przywiązaniem w późniejszym okresie życia wykazują zdrowie emocjonalne, wyższą samoocenę, są bardziej elastyczne, mają lepszą zdolność do podejmowania inicjatywy oraz wyższe kompetencje w relacjach społecznych w porównaniu do osób z innymi stylami przywiązania. Dzieci unikowe zazwyczaj budzą w otoczeniu złość i próby kontroli. Często stosują przemoc wobec innych. Wykazano również korelację występowania tego wzorca przywiązania z zaburzeniami osobowości o typie obsesyjno-kompulsyjnym, narcystycznym i schizoidalnym. Dzieci ambiwalentne często są postrzegane jako niedojrzałe i lgnące do innych, bywają traktowane pobłażliwie. Często padają ofiarami przemocy. Wzorzec ten koreluje z rozpoznaniem zaburzeń osobowości o typie histrionicznym. Styl zdeorganizowany stanowi poważny czynnik ryzyka wystąpienia psychopatologii na przestrzeni całego życia. Szczególnie często jest on stwierdzany wśród pacjentów z osobowością borderline (Stroufe, Waters, 1977; Wallin, 2011, Levy, 2005, Levy i wsp., 2014).

Uważa się, że pozabezpieczne wzorce przywiązania prowadzą m. in. do zniekształcanie percepcji rzeczywistości i podtrzymywania sztywnych przekonań mających wpływ na relacje z innymi. Jak piszą Gawda i Czubak, powołując się na badania takich autorów jak: Cassidy, Main, LeDoux, Bateman i Fonagy, Greenberg (Gawda i Czubak, 2012), zachodzą istotne związki między przywiązaniem a psychopatologią, które można opisać na czterech płaszczyznach:

- styl przywiązania ma istotny wpływ na rozwój struktur poznawczo-afektywnych reprezentujących relację oraz utrwalenie tendencji do przeżywania określonych uczuć;
- przywiązanie wpływa na organizację neuronalną;
- patologiczne zachowania przywiązaniowe promują rozwoju późniejszych zaburzeń psychicznych;
- zachowania przywiązania wpływają na ukształtowanie się procesów motywacyjnych i socjalizacji.

Autorki te wskazują jednak na problem, że pomimo licznych badań empirycznych nie udało się wykazać jednoznacznych związków określonych stylów przywiązania z konkretnymi zaburzeniami osobowości opisywanymi w obowiązujących współcześnie klasyfikacjach psychiatrycznych. Jedną z takich propozycji połączenia teorii przywiązania z teorią więzi jest model Lyddona i Sherry, który wiąże:

- styl zaabsorbowany z osobowością zależną, obsesyjno-kompulsywną oraz histrioniczną;
- styl zaabsorbowany-lękowy z osobowością unikającą;
- styl lękowy z osobowością paranoiczną;
- styl lękowo-odrzucający z osobowością antyspołeczną, narcystyczną i schizotypową;
- styl odrzucający – z osobowością schizoidalną;
- styl zdeorganizowany – z osobowość borderline.

Model ten nie został jednak w pełni potwierdzony empirycznie. W populacji polskiej weryfikacji takiej próbowały dokonać Gawda, Czubak. W badaniu, które objęło ponad 150 osób nieleczonych z powodu zaburzeń osobowości a wykazujących nieprawidłowe cechy osobowości potwierdzone w wywiadzie ustrukturyzowanym SCID-II, autorki uzyskały wyniki wskazujące na niespecyficzny związek stylu lękowo-ambiwalentnego z następującymi cechami osobowości: unikającej, zależnej, obsesyjno-kompulsywnej,

bierno-agresywnej, depresyjnej, paranoicznej, narcystycznej i z pogranicza (Gawda, Czubak, 2012).

4.4. Teoria przywiązania – refleksyjność i mentalizacja

Szczególnie istotne dla praktyki klinicznej jest zaobserwowany przez Main międzypokoleniowy przekaz wzorów przywiązania. Jak już opisano powyżej zauważyła ona, że rodzice zdystansowani lub zaabsorbowani podejmują takie działania, które w nieświadomy sposób utrwalają ten stan umysłu. Pierwotnie stanowiły one sposób ochrony i pozwalały dostroić się do zachowań ich własnych rodziców. Jednak utrudniają one zdolność do właściwego, empatycznego reagowania na potrzeby ich własnych dzieci. Dzieci zaś dopasowują się do rodziców i reagują w taki sposób, aby utrzymać niezmienny stan psychiczny rodziców (Wallin, 2011).

Badania prowadzone przez Petera Fonagy'ego pozwoliły natomiast odkryć, że refleksyjność może pomóc przełamać destrukcyjny przekaz międzypokoleniowy. Ustalił on, że rodzice wykazujący się dużą zdolnością do refleksji wychowują dzieci cechujące się poczuciem bezpieczeństwa, a zdolność do mentalizacji stanowić może czynniki ochronny zmniejszający ryzyko przekazu pozabezpiecznych wzorców przywiązania.

Pojęcie refleksyjności i mentalizacji nawiązuje do koncepcji metapoznania. Wiedza metapoznawcza to „zdolność do rozróżniania na pozór i rzeczywistość”, umożliwia dostrzeżenia zmienności i zróżnicowania reprezentacji przekonań i uczuć oraz refleksyjność. Refleksyjność jest to zdolność do „analizowania własnych stanów i zachowań, będąc równocześnie wewnątrz swoich doświadczeń i poza nimi” (Wallin, 2011, s.49).

Main zauważyła, że poczucie bezpieczeństwa wiąże się z dobrze funkcjonującymi zdolnościami metapoznawczymi, które później Fonagy zdefiniował jako mentalizację (Fonagy i wsp., 2002). Jako mentalizację określa on „proces dzięki któremu zdajemy sobie sprawę, że nasz umysł pośredniczy w doświadczaniu świata” (Wallin, 2011, s. 53). Mentalizacja jest więc zdolnością do postrzegania motywacji zachowań własnych i cudzych, jako efektu subiektywnych stanów psychicznych. Jest adekwatnym do rzeczywistości rozumieniem psychologicznym siebie i innych, nabywanym przez dziecko pod wpływem dostrajania się opiekunów do jego stanów emocjonalnych. Dziecko odzwierciedla siebie w umyśle opiekuna i uwewnętrznia te reprezentacje. Mentalizacja pozwala na rozumienie

stanów psychicznych swoich i innych ludzi. Jest następstwem tzw. funkcjonowania refleksyjnego, które można opracowaną przez Fonagy'go Skalą Funkcji Refleksyjnej (*Reflective-Functioning Scale*). O dużej zdolności do mentalizacji świadczy: (1) świadomość natury stanów umysłu, (2) umiejętność podejmowania świadomego wysiłku służącego rozpoznawaniu stanów umysłowych leżących u podstaw różnych zachowań, (3) świadomość „rozwojowej” natury stanów umysłowych, (4) świadomość stanów umysłu w interakcjach z osobą przeprowadzającą wywiad (Wallin, 2011, s. 53-54).

Zdaniem Fonagy'ego mentalizacja stanowi „podstawę inteligencji społecznej” (Allen i wsp., 2002) oraz ma znaczenie ewolucyjne. Wykształcenie zdolności do mentalizacji umożliwiło rozwój gatunku *homo sapiens*. Dzięki tej zdolności ludzie byli zdolni do rozumienia, interpretowania i przewidywania zachowań innych ludzi oraz swoich własnych. Mogli wówczas lepiej współpracować, a dzięki temu zwiększyły się ich szanse na przeżycie. Jak opisuje twórca pojęcia w czasach prehistorycznych dzięki temu, że u *homo sapiens* rozwijała kora przedczołowa (*neocortex*) odpowiadająca za mentalizację, uzyskał on przewagę nad innymi gatunkami z rodzaju *homo*, np. *homo neandertalensis*, u którego rozwijała się głównie kora potyliczna odpowiedzialna za widzenie. I chociaż człowiek neandertalski widział dalej i mógł wcześniej dostrzec zagrożenie czy zwierzynę w czasie polowań, to człowiek myślący był w stanie lepiej przewidywać wydarzenia i tworzyć strategie działań opierające się na współpracy wszystkich członków grupy (Fonagy, Asen, 2013).

Obecnie dominuje pogląd Fonagy'ego, że „przywiązanie nie jest celem samym w sobie, ale istnieje po to, aby doprowadzić do powstania mentalizacji” (Wallin, 2011, s.55). Opiera się on na wieloletnich badaniach, z których wynika, że zdolność do mentalizacji u rodzica jest podstawowym czynnikiem sprzyjającym powstaniu bezpiecznego przywiązania u dziecka, który to styl jest niezbędny do aktywacji dziecięcej zdolności do mentalizacji.

Zdolność do mentalizacji w prawidłowym rozwoju nabywana jest przez dziecko stopniowo, poprzez przejście przez trzy kolejne etapy. Zdarza jednak, że człowiek albo nie osiąga ostatniego etapu albo pod wpływem różnych czynników funkcjonuje w sposób typowy dla wcześniejszego etapu rozwojowego.

Sposób, w jaki człowiek postrzega relacje między swoim światem wewnętrznym a rzeczywistością zewnętrzną, Fonagy określił, trybem doświadczania i wyróżnił (Wallin, 2011, s. 56-57):

- **Tryb „równoważności” psychicznej**, w którym świat wewnętrzny i rzeczywistość zewnątrz zostają zrównane – oznacza to, że człowiek nie odróżnia przekonań od rzeczywistości, nie ma self, które może interpretować lub tworzyć doświadczenia, jest tylko przedmiot, który w bierny sposób doświadcza zdarzeń.
- **Tryb „na niby”**, kiedy świat wewnętrzny zostaje oddzielony od rzeczywistości zewnętrznej – co oznacza, że wyobrażenia człowieka stają się w jego odczuciu faktami, dzieje się tak, np. w przypadku dysocjacji, zaprzeczania czy urojeń wielkościowych.
- **Tryb refleksyjny – mentalizacja** – oznacza, że człowiek rozumie, że świat wewnętrzny nie jest tożsamy z rzeczywistością zewnętrzną, ale potrafi dostrzec wzajemne powiązania i jest zdolny do refleksji nad tym, jak jego myśli i uczucia warunkują to, co się z nim dzieje i jednocześnie pozostają pod wpływem zewnętrznych zdarzeń.

W wykształceniu refleksyjnego trybu doświadczania rzeczywistości sprzyja „intersubiektywna relacja przywiązania”. Koncepcja ta odnosi się do klasycznych pojęć psychoanalitycznych. Relacji, która sprzyja wykształceniu refleksyjności to relacja, w której matka – opisana przez Biona jako „kontenerująca” daje dziecku wsparcie, ponieważ przyjmuje od dziecka emocje, z którymi ono nie potrafi sobie poradzić. Następnie przetwarza je i przekazuje dziecku te w takiej formie, w której jest one zdolne je przyjąć. Taka matka, to „wystarczająco dobra matka”, jak pisał Winnicott. Jest ona zdolna do przyjmowania i przetwarzania stanów emocjonalnych dziecka, szczególnie tych niepokojących, stwarzając mu tym samym „bezpieczną bazę”. Potrafi okazać dziecku empatię, poradzić sobie w trudnej sytuacji i uznać w nim intencjonalną postawę. W taki sposób pomaga dziecku w regulowaniu jego stanów afektywnych (Fonagy i wsp., 2002).

Do regulacji afektu dochodzi poprzez „odzwierciedlanie zależne i uwypuklone”. Odzwierciedlanie zależne oznacza, że jest ono precyzyjne, czyli że wyraz twarzy matki, jej ton głosu odpowiada afektom dziecka. W ten sposób dziecko buduje pierwsze reprezentacje własnych emocji opierając się na ekspresji emocji matki. Jednak, aby dziecko mogło to

zinterpretować jako odbicie własnych emocji, matka musi je odzwierciedlać w sposób „uwypuklony” – udawany. W tym musi albo wyolbrzymiać te emocje albo łączyć je z ich przeciwieństwem. Winnicott opisywał taką reakcję matki, jako „oddawanie dziecku jego własnego self” (Wallin, 2011, s.59)

Bezpieczne przywiązanie przekazywane jest międzypokoleniowo poprzez interaktywną regulację afektu, w której pośredniczy mentalizacja. Pozabezpieczne przywiązanie rozwija się wówczas, gdy rodzice nie są zdolni do „kontenerowania” afektów, z którymi nie radzi sobie dziecko. Rodzice ze stylem zaabsorbowanym potrafią okazać empatię, ale zazwyczaj nie potrafią sobie poradzić z trudnymi emocjami. Natomiast rodzice zdystansowani mają problem z okazaniem empatii ale zazwyczaj potrafią stworzyć wrażenie, że radzą sobie z sytuacją. Problemy emocjonalne mogą wiązać się również z niewłaściwym odzwierciedlaniem. Gdy nie jest ono „uwypuklone” może rodzić w dziecku poczucie, że jego uczucia są zaraźliwe i wywołują te same stany u matki. Takie doświadczenia wzmacniają funkcjonowanie w trybie „równoważności” i, zdaniem Fonagy’ego, mogą prowadzić do powstania osobowości borderline. Natomiast odzwierciedlenie, które nie jest „zależne” może prowadzić do wewnętrznej pustki i powstania fałszywego self, bo dziecko uwewnętrznia obraz emocjonalnego self rodzica, a nie własnego self. Takie odzwierciedlenie wzmacnia tryb funkcjonowania „na niby” i może prowadzić do rozwoju osobowości narcystycznej (Allen i wsp., 2014; Wallin, 2011).

Zdolność do interakcji pomiędzy dwoma subiektywnymi umysłami, czyli intersubiektywność, jest uwarunkowana biologicznie. Szczególne znaczenie przypisuje się odkryciu w latach dziewięćdziesiątych XX wieku przez Giacomo Rizzolatti w korze przedruchowej makaków układu „neuronów lustrzanych”. Neurony te znajdują się u wszystkich naczelnych. Aktywują się nie tylko wtedy, kiedy zwierzę wykonuje jakąś czynność, ale również wtedy, gdy obserwuje tę czynność wykonywaną przez innych i tylko w przypadku czynności świadomych będących reakcją zarówno na zachowania jak i uczucia. „Symulują w nas obserwowane u innych zachowania i uczucia, których się domyślamy” (Wallin, 2011, s.91). Obecnie przyjmuje się, że stanowią one biologiczne podłoże empatii, dostrojenia afektywnego, mentalizacji i intersubiektywności.

Zdaniem Daniela Sterna przywiązanie i intersubiektywność stanowią dwa odrębne, wzajemnie się motywujące systemy (Stern, 1985). Przywiązanie pozwala na uzyskanie

poczucia bezpieczeństwa, natomiast intersubiektywność pozwala na doświadczenie bliskości psychicznej i przynależności.

Od strony dziecka pożądanym proces regulacji emocji polega na tym, że emocje początkowo wyrażane bezwiednie, zostają skojarzone z określonymi reakcjami rodzica. Dziecko uczy się w ten sposób kilku rzeczy. Po pierwsze, że wyrażanie uczuć może mieć pozytywne rezultaty. Po drugie, że ma wpływ na otoczenie. Po trzecie, doświadcza, że określone emocje wywołują określone reakcje. Taki wzór stanowi „pierwotną strategię przywiązania”. Kiedy jednak wysyłane sygnały emocjonalne nie spotykają się z dostrojonymi reakcjami, dziecko rozwija tzw. „wtórną strategię przywiązania”. Oznacza to, że pierwotna strategia przywiązania ulega modyfikacji w taki sposób, aby dostosować się do ograniczeń rodzica – behawioralny system przywiązania ulega dezaktywacji albo przesadnej aktywacji (Allen i wsp., 2014).

Etapy rozwój self służące powstaniu mentalizacji, a dokonujące się dzięki zaistnieniu ufnej więzi dziecka z opiekunem (Fonagy i wsp., 2002):

- **Fizyczne self** – dziecko doświadcza siebie jako fizycznej całości z umiejętnościami motorycznymi; umożliwia to utworzenie reprezentacji siebie jako jednostki odrębnej od otoczenia;
- **Spoleczne self** – dziecko zaczyna dostrzegać, że to jak się komunikuje wpływa na reakcje opiekuna; tworzy się podstawa relacji przywiązania; im większa przewidywalność reakcji opiekuna, tym większe szanse na stworzenie ufnej więzi;
- **Teleologiczne self** (doświadczenie prostej przyczynowości) – dziecko ok. 8 m. ż. zaczyna rozróżniać zachowanie od jego skutków w oparciu o konkretne, fizyczne i obserwowalne przesłanki bez uwzględnienia procesów psychicznych; doświadczenie wrogości od opiekuna prowadzi do unikania mentalizacji;
- **Intencjonalne self** – dziecko uczy się, że zachowania wynikają z wcześniejszych stanów umysłu (intencje, zamierzenia) i przynoszą skutki fizyczne i psychiczne oraz tego, że jego własne doświadczenia nie są tożsame z doświadczeniami innych;
- **Reprezentatywne self** – dziecko ok. 6 r. ż. zaczyna rozumieć, że stany emocjonalne można rozpoznawać w umysłach innych ludzi; powstaje właściwy wewnętrzny model operacyjny.

4.5 Teoria przywiązania a zaburzenia osobowości i psychoterapia

Teoria przywiązania i zdolność do mentalizacji nabierają szczególnego znaczenia w kontekście psychoterapii. Spora część psychopatologii, jak pisze Wallin, może być wytłumaczona brakiem lub zahamowaniem zdolności do mentalizacji. Natomiast psychoterapia może być rozumiana jako szansa na wzbudzenie lub przywrócenie zdolności do metalizacji. Odwołując się do przytoczonych powyżej odkryć, uważa on, że bliska relacja stanowi swoisty ‘tygiel’, w którym kształtuje się osobowość człowieka. W procesie psychoterapii terapeuta staje się dla pacjenta nową figurą przywiązania i w relacji z nim pacjent wypracowuje nowe wzorce przywiązania (Wallin, 2011, s. 69). Terapeuta ma pomóc pacjentowi w odnalezieniu obrazu siebie w swoim umyśle. Bazą, dzięki której psychoterapia działa, jest relacja cechująca się bezpiecznym przywiązaniem oraz intersubiektywnością, w której pacjent może zyskać zdolność do mentalizacji i regulacji afektu (Allen i wsp., 2014). W badaniach Sterna przeprowadzonych we współpracy z psychoanalitykami wykazano, że zasadniczą interwencją terapeutyczną prowadzącą do korzystnej zmiany terapeutycznej jest przeżywanie relacji a nie tylko jej analizowanie (Stern, 2004). Uważa się, że „empatycznie dostrojony terapeuta może w dużym stopniu dać pacjentowi to, co wrażliwie reagujący rodzic daje dziecku” (Wallin, 2011, s.71). Badania pokazują, że również w wieku dojrzałym można „wypracować poczucie bezpieczeństwa”. Jest to możliwe w odpowiednich bliskich relacjach, np. małżeńskich czy terapeutycznych (Crowell i wsp., 2002).

Aby psychoterapia mogła pełnić taką funkcję, konieczne jest stworzenie przestrzeni, w której możliwe będzie zintegrowanie dawnych przeżyć i stworzenie nowego modelu relacji w teraźniejszości. Wallin cytuje Bowlby’ego, który tak scharakteryzował rolę psychoterapeuty: „zadaniem terapeuty jest usankcjonowanie myśli, do których rodzice pacjenta zniechęcali, bądź których mu zabraniali myśleć, przeżywania uczuć, do których go zniechęcali, bądź których mu zabraniali przeżywać oraz kontemplowanie działań, których zabraniali mu kontemplować” (Wallin, 2011, s. 119).

W przypadku pacjentów obsesyjnych, narcystycznych czy schizoidalnych wtórna strategia przywiązania polega na dezaktywacji systemu przywiązania i wyraża się poprzez tłumienie uczuć i unikanie bliskości, z powodu czego doświadczają oni licznych kłopotów

emocjonalnych i relacyjnych. Praca z takimi pacjentami wymaga z jednej strony empatycznego dostrojenia, a z drugiej konfrontacji.

Natomiast strategia nadmiernej aktywacji systemu przywiązania typowa dla pacjentów histrionicznych i borderline'owych wiąże się z nadmierną zależnością, nadmierną czujnością, tendencją do wyolbrzymiania zagrożenia przez opuszczenie oraz poczuciem bezradności i niską samooceną. Pacjenci tacy w terapii powinni uzyskać pomoc w regulacji reaktywności emocjonalnej oraz w lepszym zrozumieniu emocji (Wallin, 2011).

Trzecia grupa pacjentów, to osoby z przywiązaniem zdeorganizowanym. W kontekście tych pacjentów wprowadzone zostało pojęcie „traumy w relacji przywiązania”. Źródła urazu mogą być różne, np.: depresja czy złość ze strony opiekuna lub jego długotrwałe i powtarzające się niedostrojenie. Często taka trauma zostawia ślad o charakterze cielesnym. Może prowadzić do rozwoju osobowości z pogranicza lub zaburzeń psychotycznych (Allen i wsp., 2014).

4.6 Styl przywiązania a percepcja więzi u osób z zaburzeniami osobowości–perspektywa badawcza

Aby badać przywiązanie opracowano różne narzędzia. Najpopularniejszym wydaje się być wywiad przywiązania u dorosłych, tj. AAI – Adult Attachment Interview (Hesse, 2008), opisany powyżej. Pozwala on na określenie stylu przywiązania². Inne, również popularne narzędzie, to kwestionariusz percepcji więzi z rodzicami tj. PBI – Parental Bonding Instrument (Horecka-Lewitowicz, 2006; Parker, 1983; Parker i wsp., 1979; 1999)–opisany szerzej w części badawczej.

Narzędzia te różnią się od siebie nieco odmienną materią, którą badają oraz sposobem pozyskiwania informacji. AAI ma formę ustrukturyzowanego wywiadu, w którym badany jest aktualny stan umysłu rozmówcy i używane przez niego strategie przywiązaniowe. PBI to kwestionariusz, który bada tzw. percepcję więzi, czyli to, jak osoba ankietowana postrzega sposób, w jaki zajmowali się nią rodzice w pierwszych 16 latach jej

² Korzystanie z AAI wymaga posiadania specjalnych kompetencji, które można uzyskać w ramach odpowiedniego, specjalistycznego przeszkolenia. Autorka badania, w chwili podejmowania eksperymentu oraz w trakcie jego trwania, nie miała możliwości uzyskania potrzebnych uprawnień, w związku tym w prezentowanym badaniu zastosowano kwestionariusz PBI.

życia. Zachowania rodzicielskie, każdego z rodziców z osobna, opisywane są poprzez dwie skale: opieki i kontroli. Pożądane wyniki, które są skorelowane ze zdrowiem psychicznym i dobrym funkcjonowaniem, to wysokie wartości w skali opieki i niskie w skali kontroli. W literaturze używa się angielskiego określenia *optimal parenting* (Giakoumaki i wsp., 2013), które na język polski można spróbować przetłumaczyć jako „optymalne rodzicielstwo”. Oba narzędzia mają dobre właściwości psychometryczne. Istnieją badania, w których autorzy używają ich razem, ponieważ umożliwiają opis różnych aspektów przywiązania (Patrick i wsp. 1994; Manassis, 1999; Picardi i wsp., 2013). Opracowano także narzędzia, które próbują badać percepcję więzi wczesnodziecięcej pacjenta z perspektywy klinicysty (Russ i wsp., 2003)

Wieloletnie badania zaburzeń osobowości, zwłaszcza osobowości borderline, niebicie wykazały ważną rolę etiologiczną traumatycznych wydarzeń życiowych, tj.: jak opuszczenie i nadużycia przede wszystkim w formie przemocy seksualnej i fizycznej. Nie mniej istotne są wczesne doświadczenia objawiające się w relacjach z opiekunami (Levy 2005; Clarkin, 2006; Levy i wsp. 2006a; Levy i wsp. 2014). Istnieją badacze, którzy sugerują, że pozabezpieczny styl przywiązania typu A lub C oraz relatywnie niski wynik w skali opieki matczynej są niezależnymi czynnikami etiologicznymi osobowości z pogranicza (Nickell A. i wsp., 2002). Odwołując się do języka psychoanalitycznej teorii relacji z obiektem, wczesne niepowodzenia w opiece nad dzieckiem skutkują niepowodzeniami w rozwoju wewnętrznych reprezentacji obiektów jako dobrych i karmiących opiekunów, które w późniejszym czasie umożliwiają wykształcenie samodzielnego ukojenia w sytuacji niepokoju. (Hooley, Wilson-Murphy, 2012) Doświadczenie kontaktu z niestałymi, mało troskliwymi i kontrolującymi opiekunami prowadzi do powstania nieprzystosowawczych wzorców relacji oraz zaburzonego stylu przywiązania. Skutkuje to poważnymi trudnościami w relacjach, które stanowią kluczowy problem pacjentów z organizacją osobowości typu borderline. (Levy 2005; Levy i wsp., 2005; 2014; Clarkin, 2006; Fonagy i wsp., 2008). Takie nieoptymalne, wczesne doświadczenia w relacji z opiekunami prowadzą nie tylko do zaburzeń osobowości z pogranicza ale również do zaburzeń z wiązki A i C wg DSM (Giakoumaki, 2013), co znajduje wyraz w słabszym funkcjonowaniu w życiu codziennym, mierzonym np. skalą GAF (Paris i wsp., 1991).

Sam fakt możliwości skutecznego leczenia psychoterapeutycznego zaburzeń osobowości, szczególnie osobowości z pogranicza, został potwierdzony w licznych

badaniach. Udowodniono efektywność różnych form oddziaływań psychoterapeutycznych. Jako takie wymienia się m.in. zoperacjonalizowaną psychoterapię psychoanalityczną czyli terapię opartą na przeniesieniu – TFP (Levy i wsp. 2006b), mentalizację – MBT (Bateman, Fonagy, 2001; 2009; Bateman i wsp. 2007; Laurensen i wsp., 2014), terapię dialektyczno-behawioralną – DBT (Linehan, 2007) oraz terapię schematu – SFT (van Asselt i wsp., 2008). Do niedawna efektywność terapii mierzona była przede wszystkim poprzez poprawę objawową tj.: redukcję nasilenia i ilości objawów (lękowych i/lub depresyjnych), zmianę behawioralną tj.: zmniejszenie zachowań siucydalnych i autoagresywnych oraz poprzez redukcję interwencji medycznych – pobyty w SOR-ach, przyjęcia do oddziałów psychiatrycznych ogólnych, a także ogólną poprawą funkcjonowania społecznego i w relacjach interpersonalnych (Bateman, Fonagy, 1999; 2001).

Przykładem takiego badania może być przeprowadzone w latach dziewięćdziesiątych XX wieku randomizowane badanie autorstwa Batemana i Fonagy’ego, które wykazało skuteczność leczenia zaburzeń osobowości typu borderline (BPD) psychoterapią psychoanalityczną. Pacjenci z diagnozą BPD (44 osoby) zostali losowo podzieleni na dwie podgrupy. Grupa kontrolna została poddana typowemu leczeniu psychiatrycznemu tzw. *as usual treatment*, druga grupa - psychoterapii psychoanalitycznej. Leczenie psychoterapią psychoanalityczną prowadzone było przez okres 18 miesięcy w warunkach oddziału dziennego. Obie grupy były systematycznie oceniane pod kątem takich parametrów jak: częstotliwość prób samobójczych, częstotliwość podejmowanych samouszkodzeń, liczba przyjęć do szpitala psychiatrycznego oraz długości hospitalizacji, używanie leków psychotropowych. Dodatkowo badano poziomu lęku, depresji, ogólnego dystresu, poziomu funkcjonowania interpersonalnego i przystosowania społecznego. Od momentu ukończenia szóstego miesiąca terapii do półtora roku po zakończeniu leczenia oddziale dziennym (w tym czasie bowiem prowadzona była obserwacja) podgrupa leczona psychoterapią psychoanalityczną uzyskiwała we wszystkich analizowanych parametrach lepsze wyniki w porównaniu do grupy kontrolnej. Co więcej mimo braku aktywnego leczenia pacjenci ci wykazywali dalszą poprawę (Bateman, Fonagy, 2001).

Bateman i Fonagy wskazali przy tej okazji również na trudność prowadzenia badań w tej populacji pacjentów. Zaznaczyli oni, że wstępne kryteria spełniło 60 osób. Jednak ze względu na specyfikę samych zaburzeń, czyli ogromnej niestabilności tych osób, aż 16 pacjentów nie ukończyło badania lub zrezygnowało z udziału w nim. Wstępne warunki badania polegały na potwierdzeniu diagnozy BPD w wywiadzie SCID-II (ustrukturyzowany

wywiad do badania zaburzeń osobowości) i DIB (wywiad diagnostyczny dla osobowości borderline) oraz wykluczeniu innych zaburzeń psychicznych tj. schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, uzależnienia, upośledzenie umysłowe oraz zaburzenia organiczne.

Leczenie w oddziale dziennym obejmowało: indywidualną psychoterapię analityczną (1xtyg.), grupową psychoterapię zorientowaną psychoanalitycznie (3xtyg.), społeczność terapeutyczną (5xtyg.), spotkania z osobą prowadzącą oraz konsultacje farmakologiczne. W grupie kontrolnej pacjenci korzystali z porad psychiatrycznych średnio 2 razy w miesiącu, byli hospitalizowani w oddziałach psychiatrycznych ogólnych (90% pacjentów średnio przez 11,6 dni) oraz mieli możliwość leczenia w oddziale dziennym psychiatrycznym, w którym oddziaływania oparte były o pracę z problemem (72% pacjentów średnio przez 6 miesięcy). Leczenie farmakologiczne w obu grupach początkowo było takie samo i obejmowało leki z grupy przeciwdepresyjnych i przeciwpsychotycznych. Po ukończeniu eksperymentu wykazano przede wszystkim znaczną redukcję konieczności hospitalizacji pacjentów leczonych specyficznie, a co za tym idzie również redukcję kosztów związanych z leczeniem tej grupy pacjentów oraz redukcję tzw. depresyjności. W momencie kończenia leczenia kryteria dla depresji badanej kwestionariuszem Becka spełniało 19 osób z grupy leczonej analitycznie i wszyscy z grupy kontrolnej. Natomiast po kolejnych 18 miesiącach, jak wynika z przedstawionych przez autorów danych, „bez depresji” było 13 osób w grupie leczonej i 3 w grupie kontrolnej.

W ostatniej dekadzie natomiast zaczęły się pojawiać doniesienia, wedle których psychoterapia wglądowa może korzystnie wpływać również na styl przywiązania pacjentów z głębokimi zaburzeniami osobowości typu borderline (Levy i wsp., 2006b).

Badania nad stylem przywiązania i obrazem więzi pokazują wyraźne różnice pomiędzy osobami z zaburzeniami osobowości a osobami, u których nie stwierdza się takich zaburzeń. Jednym z częściej wykorzystywanych narzędzi, w oparciu o które rozróżnia się te dwie populacje, jest ustrukturyzowany wywiad do badania zaburzeń osobowości SCID-II. Wiele danych potwierdza wstępne obserwacje, że osoby z zaburzeniami osobowości prezentują pozabezpieczny styl przywiązania.

W jednym z pierwszych badań tego typu wykazano, że w całej grupie pacjentek z osobowością z pogranicza stwierdzono zaabsorbowany styl przywiązania (typ C), przy czym aż 75% spośród nich zmagala się dodatkowo z nierozwiązaną traumą (typ D).

Natomiast w badaniu kwestionariuszem PBI wskazywały one na specyficzny obraz relacji z rodzicami, szczególnie z matką, polegający na spostrzeganiu matki jako mało opiekuńczej i silnie kontrolującej (Patrick i wsp., 1994). Fonagy badając pacjentów z zaburzeniami osobowości wykazał, że aż 79% z nich przejawiała styl przywiązania z nierozwiązaną traumą. Ponadto, szczególnie wśród osób z zaburzeniem z pogranicza, znamienne niższy jest poziom tzw. funkcji refleksyjnej (Fonagy, Target, 1996). Inne badania z początku lat dwutysięcznych prowadzone na większych grupach pokazują, że wśród osób z zaburzeniem typu borderline tylko ok. 5 do 7% przejawia ufną styl przywiązania. Typowe są style przywiązaniowe pozabezpieczone. W badaniu Barone styl unikający stwierdzono u 20% pacjentów, styl zaabsorbowany u 23% i zdeorganizowany u 50% (Barone, 2003). IJezendoorn natomiast przedstawił charakterystykę przywiązania w specyficznej grupie mężczyzn – sprawców przestępstw, u których rozpoznawano zaburzenia osobowości. Największą ilość nieprzystosowawczych cech przejawiali ci, którzy prezentowali tzw. typ CC przywiązania, najmniej zaś osoby z typem A. Największą korelację ze stylem przywiązania typu D i CC stwierdzono w zaburzeń osobowości schizotypowych i antyspołecznych (Levy, 2005).

Początkowe obserwacje Main i jej następców sugerowały, że styl przywiązania jest przekazywany z pokolenia na pokolenie i na przestrzeni życia nie ulega zmianom. Wyjątki od tej reguły nasunęły przypuszczenia, że możliwe są zmiany w tym obszarze, a wcześnie doświadczenia nie są charakteru całkowicie deterministycznego. Fonagy wskazał na istotną rolę refleksyjności w tym procesie (Fonagy, Bateman, 2006). Dlatego wysunięto przypuszczenie, że psychoterapia wglądowa może mieć korzystny wpływ na styl przywiązania. Przypuszczenia te potwierdził eksperyment przeprowadzony przez Ottona Kernberga i jego współpracowników.

W artykule p.t.: *“Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder”* autorzy opisują przeprowadzone przez siebie badanie w latach 1999-2002 w USA (Levy i wsp., 2006b). Wzięło w nim udział dziewięćdziesiąt osób (84 kobiety i 6 mężczyzn) wieku pomiędzy 18 a 50 lat z diagnozą borderline. Pacjenci ci zostali w sposób losowy przydzieleni do leczenia trzema różnymi formami psychoterapii: TFP, DBT lub wspierającej psychoterapii psychodynamicznej. Osoby z zaburzeniami z tzw. I osi DSM-IV, czyli z takimi rozpoznaniem jak schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, aktywne uzależnienie od substancji psychoaktywnych czy zaburzenia poznawcze, zostały z

badania wykluczone. Weryfikacja diagnozy zaburzeń osobowości przeprowadzona była w oparciu o *International Personality Disorder Examination*. Podstawę badania stanowiła ocena stylu przywiązania w wywiadzie AAI oraz funkcji refleksyjnej (RF - *reflection function*) w skali R. Wstępne badania wykazały, że niezależnie od przyjętego sposobu podziału, stylu przywiązania typu B miało zaledwie 5% badanych. W podziale na 3 kategorie styl C miało 48% a styl A 47%; przy uwzględnieniu 4 kategorii styl C - 21,6%, styl A - 41,7% i styl D - 31,7%, a w podziale na 5 kategorii: styl C - 15%, styl A - 28,3%, styl D - 33,3% i styl CC - 18,3%. Po 12 miesiącach u pacjentów leczonych terapią TFP wykazano istotny wzrost ufnego stylu przywiązania z 5 do 15%. Zmiany takiej nie zaobserwowano u pacjentów leczonych innymi formami terapii. Jednocześnie opisano wzrost spójności narracji oraz refleksyjności, które osiągnięto w wyniku leczenia terapią wglądową, a które skorelowane są zmianą stylu przywiązania. Nie stwierdzono natomiast istotnej statystycznie zmiany w przypadku nierozwiązanej traumy lub utraty.

Zmianę stylu przywiązania autorzy tłumaczą przede wszystkim wzrostem refleksyjności, którą umożliwiła intensywna terapia wglądowa - TFP. Dzięki temu pacjenci z osobowością z pogranicza mogli zdobyć nowe doświadczenie relacji z osobą terapeuty, który stanowił dla nich tzw. bezpieczną bazę, poprzez to możliwe stało się również mentalizowanie. Taka „bezpieczna baza” pomaga eksplorować świat zarówno w sensie fizycznym jak i psychologicznym, a w sytuacjach zagrożenia stanowi bezpieczne schronienie.

W badaniu tym nie uwzględniono jednak badania percepcji więzi w postaci postrzegania stylu rodzicielskiego. Brakuje zatem bezpośrednich danych, które pozwoliłyby się odnieść do tego, czy TFP w tej grupie pacjentów wpłynęła na zmianę ich postrzegania relacji z rodzicami w okresie dzieciństwa, nawet jeśli dowiedziono korzystnych zmian stylu przywiązania. Jak już wspomniano wcześniej wyniki tych dwóch narzędzi nie przekładają się na siebie w prosty sposób.

Wzajemne powiązania PBI i AAI opisane zostały m.in. w pracy p.t. „*Assessing attachment convergent validity of the adult attachment interview and the parental bonding instrument*” (Manassis i wsp., 1999). Autorzy badania na grupie 130 adolescentów w wieku od 13 do 19 lat (średnia - 15,3), u których rozpoznawano zaburzenia zachowania i zaburzenia emocjonalne, porównali wyniki uzyskane w obu narzędziach badających więź, tj. PBI i AAI. Celem było znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy na podstawie wyników

uzyskanych w kwestionariuszu PBI można przewidzieć styl przywiązania wg AAI. Wyniki wskazały, że wysoki wynik w skali matczynej opieki i niski w skali kontroli, czyli tzw. optymalny styl rodzicielski dobrze korelował z autonomicznym stylem przywiązania wg AAI, natomiast odwrotne wyniki najczęściej spotykane były wśród badanych z nierozwiązanym stylem przywiązania. W AAI wskaźniki dotyczące matczynej miłości i zaangażowania były istotnymi czynnikami pozwalającymi przewidzieć wyniki w skali opieki i kontroli macierzyńskiej w PBI. Jednak wyniki te były dobrze skorelowane tylko wśród osób ze stylem bezpiecznym. U osób, które okazywały dużą idealizację lub złość w stosunku do matki, zależności takiej nie stwierdzono. Dlatego badacze ci sugerują dużą ostrożność w używaniu PBI w celu oceny przywiązania w populacjach, w których podejrzewa się nieoptymalny rozwój przywiązania.

Badania z użyciem Parental Bonding Instrument (PBI) wykazały jego dużą stabilnością w czasie. Autorzy badania *“The Stability of the Parental Bonding Instrument”* (Wilhelm i wsp., 2005) wykazali, że na przestrzeni 20 lat pomiar dokonany tym narzędziem nie polegał istotnym wpływom związanymi z doświadczeniami życiowymi czy zaburzeniami psychicznymi takimi jak zaburzenia depresyjne czy lękowe. Potwierdzili oni również obserwacje, że wysoka kontrola rodzicielska i niska opieka mają związek z wystąpieniem zaburzeń depresyjnych. Badaniem objętych była grupa niespełna 400 osób w latach 1978 i 1998.

W tym miejscu warto zaznaczyć, że wartości uzyskiwane w poszczególnych skalach opieki i kontroli są różne dla różnych badanych populacji. Tabela nr 4. przedstawia wyniki podawane przez różnych autorów.

Rezultaty Parkera dotyczą tzw. populacji nieklinicznej i wg niektórych autorów stanowią one punkt odniesienia, swoistą „normę” (Parker, 1983; Parek i wsp., 1979). Podobnie rezultaty uzyskane przez Suzuki odnoszą się do Japońskiej populacji nieklinicznej (Suzuki i wsp., 2011) i potwierdzają obserwacje Parkera dotyczące parametrów pożądanej percepcji więzi z rodzicami.

Fossatinatomiast przebadła zarówno osoby zdrowe jak i osoby zaburzeniami osobowości (Fossati i wsp., 2001). Porównała wyniki osób z diagnozą BPD z wynikami osób z diagnozą z wiązki A lub C wg DSM oraz wynikami osób bez diagnozy zaburzeń osobowości (populacja niekliniczna).

Tabela 4 - wyniki w poszczególnych skalach kwestionariusza PBI w różnych populacjach badanych

Skala PBI	Parker Grupa niekliniczna	Suzuki Grupa niekliniczna	Fossati		
			Grupa niekliniczna	ZO wiązka A/C	ZO wiązka B/BPD
Matka Troska	27,0	28,1	26,99	22,53	21,30
Matka Kontrola	13,5	11,4	17,02	21,53	20,94
Ojciec Troska	24,0	24,2	21,93	18,58	17,51
Ojciec Kontrola	12,5	10,5	15,20	16,22	18,71

Przedstawione rezultaty dobrze ilustrują obserwacje kliniczne, zgodnie z którymi osoby nie cierpiące na zaburzenia psychiczne doświadczyły tzw. optymalnego stylu rodzicielskiego. Spostrzegały one swoich rodziców jako dających dużo opieki i relatywnie mało kontrolujących. Zwraca uwagę fakt, że w badaniu Fossati populacja niekliniczna odbiegała od pożądanego obrazu. Matki cechowała tzw. „kontrola z uczuciem”, ojców „kontrola bez uczucia”. Natomiast osoby z zaburzeniami osobowości opisywały swoich rodziców jako mało opiekuńczych i silnie kontrolujących, czyli przejawiający styl rodzicielski - „kontroli bez uczucia”.

Inne badanie Parkera przeprowadzone na grupie ponad 250 osób wykazało, że u pacjentów z depresją, u których dodatkowo współwystępują zaburzenia osobowości diagnozowane w oparciu o DSM częściej stwierdza się niepożądane zachowania rodzicielskie. Istotnie statystycznie dane wskazywały na związek z zaburzeniami z wiązki C (lękowej) oraz B (dramatycznej). Nie wykazano takiego związku z wiązką A, co zdaniem autorów badania wskazuje na większą komponentę biologiczną (temperamentalną) tych zaburzeń niż pozostałych, w których dominujący wpływ mają mieć czynniki środowiskowe. Wykazano zależność pomiędzy wzrastającą ilością nieprzystosowawczych cech osobowości a wrastającą kontrolą macierzyńską i malejącą opieką ojcowską (Parker i wsp. 1999).

Ogólnie przyjmuje się, że tak jak pozabezpieczny styl przywiązania koreluje z różnymi, nieswoistymi problemami psychicznymi (m. in. z zaburzeniami osobowości), tak samo koreluje z nimi problematyczna, dysfunkcjonalna tzw. nieoptymalna postawa rodzicielska, która przejawia się nadmierną kontrolą oraz niedostateczną opieką. W szczególności istotna jest tutaj osoba matki, chociaż pojedyncze doniesienia wskazują również na znaczenie roli ojca. Wykazano również związek problematycznej opieki rodzicielskiej z różnymi objawami, które często współtowarzyszą zaburzeniom osobowości. Zależność taką zaobserwowaną m.in. w zaburzeniach jedzenia, gdzie niska opieka i wysoka kontrola szczególnie ze strony matek powiązana była z nasileniem objawów (Jauregui i wsp., 2011). Wykazano również związek ciężkości zaburzeń jedzenia ze współwystępującymi zachowaniami autoagresywnymi oraz z niską opieką ze strony ojca (Fujimori i wsp., 2011)

W innym badaniu wykazano współwystępowanie niskiej opieki i wysokiej kontroli rodzicielskiej również z lękowymi zaburzeniami osobowości oraz zaburzeniami schizotypowymi (Giakoumaki i wsp., 2013). Picardi zauważył, że u pacjentów z zaburzeniami lękowymi, które współtowarzyszą osobowości z pogranicza, obserwuje się niskie wartości w skali opieki zarówno macierzyńskiej jak i ojcowskiej (Picardi i wsp., 2013). Podobnie niska opiekuńczość ze strony rodziców koreluje z podejmowanymi zachowaniami samobójczymi przez adolescentów i młodych dorosłych. Zależności takiej nie stwierdzono w grupie, której pacjenci deklarowali myśli o śmierci czy myśli samobójcze, ale nie podejmowali takich działań (Saffer i wsp., 2015).

Bardzo interesujące wyniki związane ze stylem rodzicielskim uzyskano we wspomnianym już wcześniej badaniu Suzuki i współpracowników. Empirycznie potwierdzili oni wieloletnie obserwacje kliniczne dotyczące istotnej roli opieki rodzicielskiej dla nasilenia rozwoju osobowości i to nie tylko cech zaliczanych do uwarunkowanych środowiskowo, ale również tych, które uważane są za uwarunkowane biologicznie. Wykazali oni, że interakcja czynników genetycznych i środowiskowych, do których zaliczyli styl rodzicielski, jest krytyczna dla rozwoju niektórych cech osobowości. W badaniu odwołano się do biopsychospołecznego modelu osobowości Cloningera oraz wcześniejszych badań genetycznych. Istotny jest tu peptyd BDNF (*Brain Derived Neurotrophic Factor*) czyli neurotropowy czynnik pochodzenia mózgowego, którego ekspresja związana w polimorfizmem Val66Met jest związana z rozwojem różnych zaburzeń psychicznych, chociaż nie stwierdzono bezpośredniego związku z cechami

osobowości. Allel Met tego genu związany jest z mniejszą aktywności BDNF i u transgenicznych myszy stwierdzano mniejszą objętość hipokampa, gorsze uczenie się oraz nasilenie zachowań lękowych. W badaniu na grupie ponad 700 dorosłych zdrowych osób wykazano interakcję pomiędzy BDNF a opieką macierzyńską badaną w PBI. Wykazano, że osoby z allelem Met/Met są bardziej podatne zarówno na negatywne jak i pozytywne wpływy środowiska w tworzeniu się niektórych cech osobowości. Stwierdzono, że im mniejsza była percepcja opieki macierzyńskiej, tym większą podatność na zranienia ma taka osoba (co wiąże się z większą predyspozycją do wystąpienia zaburzeń lękowych) oraz mniejszą zdolność do samokierowania. Najmniejszą zależność zaobserwowano dla wariantu Val/Val, a pośrednią dla wariantu Met/Val (Suzuki i wsp., 2011).

Niekorzystny styl rodzicielski jest również czynnikiem utrudniającym zmianę w leczeniu różnych zaburzeń psychicznych. Natomiast pozytywna odpowiedź na terapię interpersonalną w leczeniu depresji jest skorelowana z umiarkowanym poziomem opieki rodzicielskiej. Doświadczenia takie jak nadużycia seksualne, fizyczne czy psychiczne nie miały wpływu na odpowiedź na terapię (Johnstone i wsp., 2013).

W przeprowadzonej analizie literatury przedmiotu nie znaleziono doniesień, które by badały bezpośredni wpływ terapii wglądowej na percepcję więzi. Opisano korzystny wpływ wglądowej (TFP) na styl przywiązanie. Badanie to nie uwzględniło jednak wpływu takiej terapii na percepcję więzi. Już po zakończeniu badania własnego pojawiło się doniesienie o wpływie terapii innej modalności na percepcję więzi mierzoną kwestionariuszem PBI. Autorzy Hoffart-Lunding i Hoffart (2016) przedstawiają wpływ terapii schematu na postrzeganie więzi z rodzicami wśród osób z lękowymi zaburzeniami osobowości (wiązka C w DSM-IV) wraz ze współtowarzyszącymi objawami w postaci napadu lęku z/bez agorafobii. Badaniem objętych było 45 osób. Zastosowano psychoterapię trwającą jedenaście tygodni. W ciągu pierwszych 5 tygodni program koncentrował się na pracy z napadami lęku w ujęciu poznawczym. W czasie kolejnych 6 tyg. stosowany był programu terapii schematu skoncentrowanej na osobowości. Pacjenci uczestniczący w badaniu oceniani byli przed rozpoczęciem leczenia, w środku badania, po jego zakończeniu oraz w rok później. Stwierdzono, że niska opieka ojcowska przed rozpoczęciem badania wiązała się z większą redukcją cech nieprzystosowawczych z wiązki C stwierdzanych po roku od zakończenia badania. Ponadto zauważono również, że postrzeganie macierzyńskiej opieki zmniejszyło się po upływie roku w porównaniu do pierwszego pomiaru. Co więcej, im

większa była ta zmiana, tym mniejsza poprawa zachodziła w stosunku do redukcji niepożądanych cech osobowości (Hoffart-Lunding, Hoffart, 2016).

CZĘŚĆ II: BADAWCZA

1. Założenia i wątpliwości badawcze

Biorąc pod uwagę literaturę przedmiotu (poza ostatnim doniesieniem, które pojawiło się po zakończeniu eksperymentu) przyjęto następujące założenia badawcze:

Zaburzenia osobowości są w sposób nieswoisty powiązane z tzw. nieoptymalnym stylem rodzicielskim przejawiającym się postrzeganiem przez badanych niskiej opieki i wysokiej kontroli ze strony rodziców. Uzyskiwane przez badaczy wyniki częściej wskazują na istotniejszą rolę matki.

Zaburzenia osobowości i pozabezpieczny styl przywiązania są opisywane jako czynniki negatywnie wpływające na wynik terapii. Z drugiej strony istnieją liczne doniesienia, że terapia wglądowa korzystnie wpływa m.in. na poprawę objawową i poziom funkcjonowanie tych pacjentów. Ponadto, w ostatnim dziesięcioleciu pojawiły się doniesienia o korzystnym wpływie psychoterapii wglądowej na styl przywiązania u osób z rozpoznaniem osobowości borderline.

Wszyscy pacjenci objęci eksperymentem spełniali kryteria zaburzeń osobowości, co zostało potwierdzone w wywiadzie ustrukturalizowanym SCID-II. Jednak poziom psychopatologii nie był jednolity. W oparciu o uzyskane dane empiryczne i doświadczenie kliniczne populację badaną podzielono na grupę o niższym poziomie psychopatologii, czyli pacjentów spełniających kryteria zaburzeń osobowości, jednak diagnoza ta nie stanowiła głównej przyczyny poszukiwania pomocy specjalistycznej (pacjenci Ośrodka Psychoterapii Dorosłych Dzieci Alkoholików) i grupę o wyższym poziomie psychopatologii, dla których problem zaburzeń osobowości był zasadniczym powodem zgłoszenia się do leczenia. W każdej z tych grup podstawą leczenia była psychoterapia wglądowa. Przyjęto założenie, że każda z tych grup pacjentów otrzymała leczenie psychoterapeutyczne dostosowane do potrzeb. W związku z tym oczekiwano korzystnego efektu terapii zarówno w całej badanej populacji jak i w poszczególnych grupach.

Aby ocenić efektywność oddziaływań terapeutycznych wybrano cztery obszary, w których, zgodnie z założeniami, oczekiwano korzystnych zmian:

- postrzeganie więzi wczesnodziecięcej, jako obszaru o kluczowym znaczeniu dla prezentowanej pracy,
- stosowane mechanizmy obronne, które stanowią czynnik pośredniczący w występowaniu objawów psychopatologicznych oraz są powiązane z tworzeniem się więzi,
- nasilenie niepożądanych cech osobowości związanych z występowaniem objawów psychopatologicznych,
- nasilenie objawów psychopatologicznych.

Opierając się na wynikach przytoczonych wcześniej badań, przy braku doniesień dotyczących bezpośredniego wpływu terapii wglądowej na postrzegane więzi z rodzicami mierzonej kwestionariuszem PBI, zdecydowano się badać korzystny wpływ psychoterapii również w tym wymiarze. Należy jednak zaznaczyć, że przyjęcie tego założenia obarczone było sporymi wątpliwościami, ponieważ dane pochodzące z literatury nie są jednoznaczne. Sugerują one, że wyników uzyskanych w wywiadzie AAI dotyczących stylu przywiązania nie można w prosty sposób odnosić do postrzegania więzi, mierzonego kwestionariuszem PBI, szczególnie w populacji pacjentów z zaburzeniami osobowości. Pacjenci ci, jak należy się spodziewać, nie doświadczyli optymalnych warunków rozwoju. Dane empiryczne wskazują bowiem, że ważnym czynnikiem rozwoju zaburzeń osobowości jest patologia dotycząca więzi, a pozabezpieczny styl przywiązania jest najczęstszym opisywanym w tej grupie (od ok. 90 do 100%). Wiadomo też, że przywiązanie kształtuje się w oparciu o sposób, w jaki jednostka jest traktowana przez swojego opiekuna. Możliwe zatem, że obraz więzi jest czymś bardziej podstawowym niż styl przywiązania, a w związku z tym jest on mniej podatny na różnego rodzaju wpływy niż sam styl przywiązania. Badania empiryczne z jednej strony mówią o dużej stabilności narzędzia PBI (i związanego z tym obrazu więzi z rodzicami), z drugiej wskazują na ogromne znaczenie aktualnego stosunku emocjonalnego do opiekuna (szczególnie do matki) na wynik badania. Dlatego nie koresponduje on w sposób bezpośredni ze stylem przywiązania. Jak wspomniano wcześniej istnieją doniesienia, że silne zabarwienie emocjonalne może w istotny sposób wpływać na tą percepcję. Styl przywiązania i postrzeganie więzi z rodzicami są ze sobą dość ściśle powiązane. Na uwagę należy też mieć, że omawiane narzędzia badają nieco odmienne perspektywy, co więcej - w całkiem różny sposób. W AAI ważny jest tzw. stan umysłu badanej osoby. Może ona, pod wpływem terapii wykształcić większą refleksyjność i zmienić stosunek emocjonalny do

rożnych wydarzeń w swoim życiu, np. do tego, w jaki aktualnie sposób postrzega swoich rodziców. PBI natomiast w większym stopniu bada percepcję zachowań rodziców.

Podsumowując, celem badania była próba oceny wyniku leczenia psychoterapią wglądową pacjentów z zaburzeniami osobowości mierzoną takimi parametrami jak obraz więzi, mechanizmy obronne, cechy osobowości oraz objawy psychopatologiczne. Warty odnotowania jest fakt, że jest to grupa badawcza o niekorzystnym rokowaniu dotyczącym wyniku leczenia, ponieważ cechuje się występowaniem co najmniej dwóch czynników, które w literaturze przedmiotu opisywane są jako mające niekorzystny wpływ na rezultat końcowy terapii, tj. sama diagnoza zaburzeń osobowości oraz zakładany, na podstawie danych literaturowych, niekorzystny obraz więzi. Z powyższymi dwoma czynnikami powiązane jest również na ogół słabe funkcjonowanie w relacjach, które jednak *per se* nie było weryfikowane w tym badaniu.

2. Pytania i hipotezy badawcze

W oparciu o analizę literatury przedmiotu oraz doświadczenie kliniczne postawiono następujące **pytania badawcze**:

1. Czy w badanej populacji psychoterapia wglądowa wpływa na wynik terapii poprzez korzystną zmianę mierzoną:
 - a) zmianą percepcji więzi wczesnodziecięcej,
 - b) zmianą mechanizmów obronnych,
 - c) zmianą nasilenia niepożądanych cech osobowości
 - d) zmniejszeniem nasilenia objawów psychopatologicznych?
2. Czy wynik leczenia psychoterapią wglądową zależy od poziomu psychopatologii?
3. Czy wynik leczenia psychoterapią wglądową zależy od formy leczenia?
4. Czy wynik leczenia psychoterapią wglądową mierzony percepcją więzi zależy od wybranych czynników związanych z osobą pacjenta, tj. wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, rozłąka z rodzicami lub ich śmierć w dzieciństwie pacjenta, nadużywanie alkoholu

w rodzinie pochodzenia, doświadczenie nadużycia seksualne w dzieciństwie, doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie, doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie, zachowania anorektyczne, zachowania bulimiczne, zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń, używanie narkotyków i fakt hospitalizacji psychiatrycznych?

5. Czy wynik leczenia psychoterapią wglądową mierzony zmianą mechanizmów obronnych w kierunku bardziej dojrzałych zależy od wybranych czynników związanych z osobą pacjenta, tj. wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, rozłąka z rodzicami lub ich śmierć w dzieciństwie pacjenta, nadużywanie alkoholu w rodzinie pochodzenia, doświadczenie nadużycia seksualne w dzieciństwie, doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie, doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie, zachowania anorektyczne, zachowania bulimiczne, zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń, używanie narkotyków i fakt wcześniejszych hospitalizacji psychiatrycznych?

6. Czy wynik leczenia psychoterapią wglądową mierzony redukcją niepożądanych cech osobowości zależy od wybranych czynników związanych z osobą pacjenta, tj. wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, rozłąka z rodzicami lub ich śmierć w dzieciństwie pacjenta, nadużywanie alkoholu w rodzinie pochodzenia, doświadczenie nadużycia seksualne w dzieciństwie, doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie, doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie, zachowania anorektyczne, zachowania bulimiczne, zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń, używanie narkotyków i fakt wcześniejszych hospitalizacji psychiatrycznych?

7. Czy wynik leczenia psychoterapią wglądową mierzony redukcja nasilenia objawów psychopatologicznych zależy od wybranych czynników związanych z osobą pacjenta, tj. wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, rozłąka z rodzicami lub ich śmierć w dzieciństwie pacjenta, nadużywanie alkoholu w rodzinie pochodzenia, doświadczenie nadużycia seksualne w dzieciństwie, doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie, doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie, zachowania anorektyczne, zachowania bulimiczne, zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń, używanie narkotyków i fakt wcześniejszych hospitalizacji psychiatrycznych?

8. Czy poprawa objawowa, mierzona nasileniem objawów nerwicowych, koreluje z innymi obszarami zmiany, tj.

a) percepcja więzi

- b) mechanizmy obronne
- c) zmiana cech osobowości?

Aby odpowiedzieć na postawione pytania badawcze przyjęto następujące **hipotezy badawcze**:

Hipoteza nr 1: Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb wpływa na korzystny wynik terapii:

- a) Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb wpływa na korzystny wynik terapii w postaci poprawy percepcji więzi w kierunku bardziej optymalnego (wzrost opieki i spadek kontroli rodzicielskiej)
- b) Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb wpływa na korzystny wynik terapii w postaci zwiększenia dojrzałości mechanizmów obronnych
- c) Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb wpływa na korzystny wynik terapii w postaci zmniejszenia nasilenia niepożądanych cech osobowości
- d) Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb wpływa na korzystny wynik terapii w postaci redukcji nasilenia objawów psychopatologicznych.

Hipoteza nr 2: Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby o mniejszym poziomie zaburzeń osiągają lepszy końcowy wynik terapii niż osoby o większym poziomie psychopatologii:

- a) Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby o mniejszym poziomie zaburzeń osiągają większą zmianę percepcji więzi w kierunku bardziej optymalnej niż pacjenci o większym poziomie psychopatologii.

- b) Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby o mniejszym poziomie zaburzeń osiągają lepszy końcowy wynik terapii w postaci zwiększenia dojrzałości mechanizmów obronnych niż pacjenci o większym poziomie .
- c) Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby o mniejszym poziomie zaburzeń osiągają lepszy końcowy wynik terapii w postaci większego zmniejszenia niepożądanych cech osobowości niż pacjenci o większym poziomie psychopatologii.
- d) Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby o mniejszym poziomie zaburzeń osiągają lepszy końcowy wynik terapii w postaci redukcji nasilenia objawów psychopatologicznych niż pacjenci o większym poziomie psychopatologii.

Hipoteza nr 3: Tryb prowadzenia leczenia wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby leczone w trybie ambulatoryjnym osiągają lepszy końcowy wynik terapii niż osoby leczone w trybie wyjazdowym:

- a) Tryb prowadzenia leczenia wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby leczone w trybie ambulatoryjnym osiągają lepszy końcowy wynik terapii w postaci zmiany percepcji więzi na bardziej optymalny niż osoby leczone w trybie wyjazdowym.
- b) Tryb prowadzenia leczenia wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby leczone w trybie ambulatoryjnym osiągają lepszy końcowy wynik terapii w postaci zwiększenia dojrzałości mechanizmów obronnych niż pacjenci leczeni w trybie wyjazdowym.
- c) Tryb prowadzenia leczenia wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do

potrzeb w taki sposób, że osoby leczone w trybie ambulatoryjnym osiągają lepszy końcowy wynik terapii w postaci większego zmniejszenia niepożądanych cech osobowości niż pacjenci leczeni w trybie wyjazdowym.

- d) Tryb prowadzenia leczenia wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby leczone w trybie ambulatoryjnym osiągają lepszy końcowy wynik terapii w postaci redukcji nasilenia objawów psychopatologicznych niż pacjenci leczeni w trybie wyjazdowym.

Hipoteza nr 4: Na wynik końcowy terapii mierzony zmianą percepcji więzi u pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową mają wpływ zmienne niezależnych tj. wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, rozłąka z rodzicami lub śmierć w dzieciństwie pacjenta, nadużywanie alkoholu w rodzinie pochodzenia, doświadczenie nadużycia seksualnego w dzieciństwie, doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie, doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie, zachowania anorektyczne, zachowania bulimiczne, zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń, używanie narkotyków, fakt wcześniejszych hospitalizacji psychiatrycznych.

Hipoteza nr 5: Na wynik końcowy terapii mierzony zmianą mechanizmów obronnych w kierunku bardziej dojrzałych u pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową mają wpływ zmienne niezależnych tj. wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, rozłąka z rodzicami lub śmierć w dzieciństwie pacjenta, nadużywanie alkoholu w rodzinie pochodzenia, doświadczenie nadużycia seksualnego w dzieciństwie, doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie, doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie, zachowania anorektyczne, zachowania bulimiczne, zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń, używanie narkotyków, fakt wcześniejszych hospitalizacji psychiatrycznych.

Hipoteza nr 6: Na wynik końcowy terapii mierzony redukcją nasilenia niepożądanych cech osobowości u pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową mają wpływ zmienne niezależnych tj. wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, rozłąka z rodzicami lub śmierć w dzieciństwie pacjenta, nadużywanie alkoholu w rodzinie pochodzenia, doświadczenie nadużycia seksualnego w dzieciństwie, doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie, doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie, zachowania anorektyczne, zachowania bulimiczne, zachowania autoagresywne w postaci

samookaleczeń, używanie narkotyków, fakt wcześniejszych hospitalizacji psychiatrycznych.

Hipoteza nr 7: Na wynik końcowy terapii mierzony redukcją nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową mają wpływ zmienne niezależnych tj. wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, rozłąka z rodzicami lub śmierć w dzieciństwie pacjenta, nadużywanie alkoholu w rodzinie pochodzenia, doświadczenie nadużycia seksualnego w dzieciństwie, przemocy fizycznej w dzieciństwie, przemocy psychicznej w dzieciństwie, zachowania anorektyczne, zachowania bulimiczne, zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń, używanie narkotyków, fakt wcześniejszych hospitalizacji psychiatrycznych.

Hipoteza nr 8: U pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb niezależnie od miejsca prowadzenia leczenia redukcja objawów psychopatologicznych skorelowana jest z innymi obszarami zmiany:

- a) U pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb niezależnie od miejsca prowadzenia leczenia redukcja objawów psychopatologicznych skorelowana jest ze zmianą percepcji więzi
- b) U pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb niezależnie od miejsca prowadzenia leczenia redukcja objawów psychopatologicznych skorelowana jest ze zmianą mechanizmów obronnych
- c) U pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb niezależnie od miejsca prowadzenia leczenia redukcja objawów psychopatologicznych skorelowana jest z redukcją niepożądanych cech osobowości.

3. Przebieg badania

Osoby uczestniczące w badaniu były ustnie i pisemnie informowane o projekcie badawczym i proszone o wyrażenie zgody na udział w nim. Na 125 osób zaproszonych do badania, 124 przyjęło zaproszenie ale spośród nich kolejnych 5 osób wycofało swoją zgodę. Po wyrażeniu przez pacjenta gotowości do uczestnictwa w eksperymencie, podpisywał on

„formularz zgody pacjenta na przeprowadzenie badania” (załącznik nr 1) oraz „formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych” (załącznik nr 2). Na kolejnym etapie badania uczestnik otrzymywał, zgodnie z protokołem badania (załącznik 3 i 4), dwukrotnie panel kwestionariuszy do uzupełnienia (aneks).

W OLZON uczestnik badania w pierwszym tygodniu hospitalizacji, po wyrażeniu zgody na udział w badaniu, proszony był o wypełnienie ankiet: kwestionariusz oceny relacji z rodzicami (PBI), kwestionariusz oceny dojrzałości mechanizmów obronnych (DSQ40), kwestionariusz osobowości neurotycznej 2006 (KON-2006), kwestionariusz objawowy (KO SIII) oraz kwestionariusz osobowości SCID-II. Następnie w oparciu o odpowiedzi zawarte w kwestionariuszu osobowości przeprowadzany był ustrukturyzowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości z osi II DSM w celu postawienia diagnozy zaburzeń osobowości zgodnej z DSM-IV-TR. W 24 tygodniu leczenia stacjonarnego, tj. w ostatnim tygodniu leczenia w OLZON, uczestnik badania ponownie był proszony o wypełnienie drugiego panelu ankiet, tj.: PBI, DS., KON-2006 i KO SIII. Natomiast psychoterapeuta prowadzący jego leczenie proszony był o wypełnienie ankiety terapeuty.

W OP DDA badanie uwzględniało dwa moduły leczenia: ambulatoryjny i wyjazdowy. Pacjent, w tzw. module ambulatoryjnym, po zakwalifikowaniu do tej formy leczenia, tj. do psychoterapii grupowej prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych OP DDA, przed rozpoczęciem leczenia otrzymywał informację o badaniu oraz proszony był o wzięcie w nim udziału. Po wyrażeniu zgody, wypełniał pierwszy panel ankiet, tj. PBI, DSQ40, KON-2006 i KO SIII oraz kwestionariusz osobowości SCID-II. Następnie w oparciu o odpowiedzi zawarte w kwestionariuszu osobowości przeprowadzany był ustrukturyzowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości z osi II DSM w celu postawienia diagnozy zaburzeń osobowości zgodnej z DSM-IV-TR. W ostatnim tygodniu leczenia w Ośrodku, czyli po 9 miesiącach leczenia ambulatoryjnego, uczestnik badania proszony był o wypełnienie drugiego panelu ankiet, tj.: PBI, DSQ40, KON-2006 i KO SIII, a terapeuci prowadzący jego psychoterapię proszeni byli o wypełnienie ankiety terapeuty. Natomiast pacjent, w tzw. module wyjazdowym, po zakwalifikowaniu do tej formy leczenia, tj. do psychoterapii grupowej prowadzonej podczas czterech sześciodniowych sesji wyjazdowych, na spotkaniu poprzedzającym pierwszy wyjazd był informowany o badaniu i proszony o wzięcie w nim udziału. Po wyrażeniu zgody wypełniał pierwszy panel ankiet oraz był z nim przeprowadzany ustrukturyzowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości, podobnie jak w module ambulatoryjnym. Następnie w ostatnim dniu ostatniej

sesji wyjazdowej proszony był o wypełnienie drugiego panelu ankiet, a psychoterapeuci prowadzący jego leczenie o wypełnienie ankiety terapeuty.

Ponadto w obu Ośrodkach w trakcie procesu kwalifikacji do leczenia pacjenci rutynowo wypełniali ankietę życiorysową, z której część danych również poddana została opracowaniu statystycznemu.

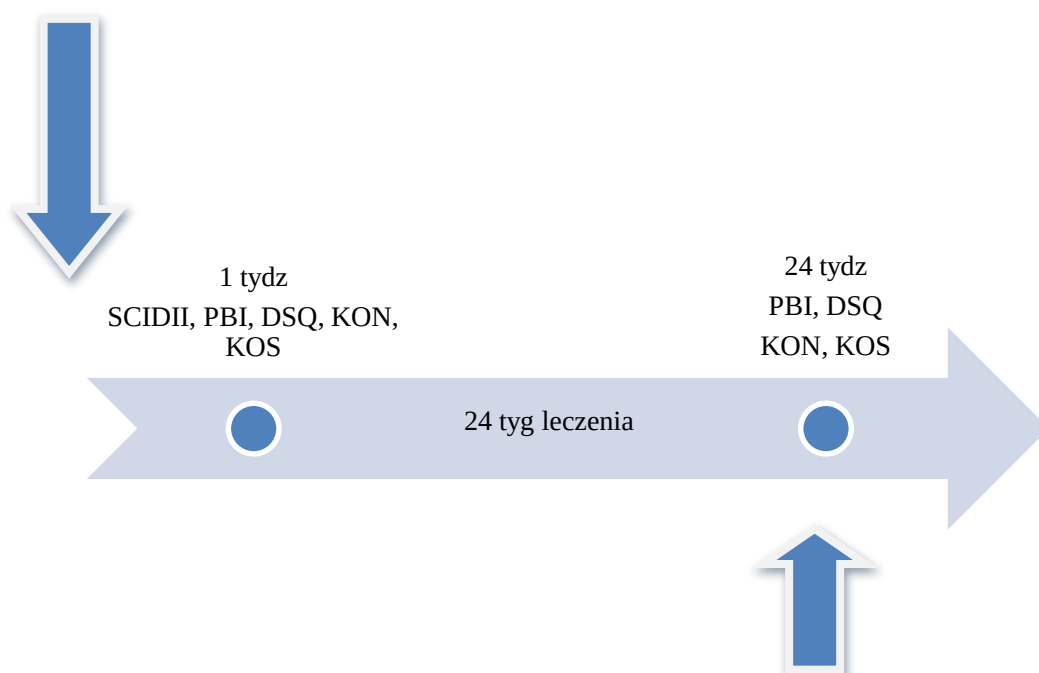
Pacjentami obu Ośrodków były osoby pełnoletnie, zarówno kobiety jak i mężczyźni.

Badanie w obu ośrodkach rozpoczęto z dniem 1.07.2011 roku. Natomiast termin zakończenia, ze względu na inne uwarunkowania organizacyjne pracy ośrodków, różnił się. W OP DDA badanie zakończyło się 30.06.2012 roku, a w OLZON 31.12.2012 roku.

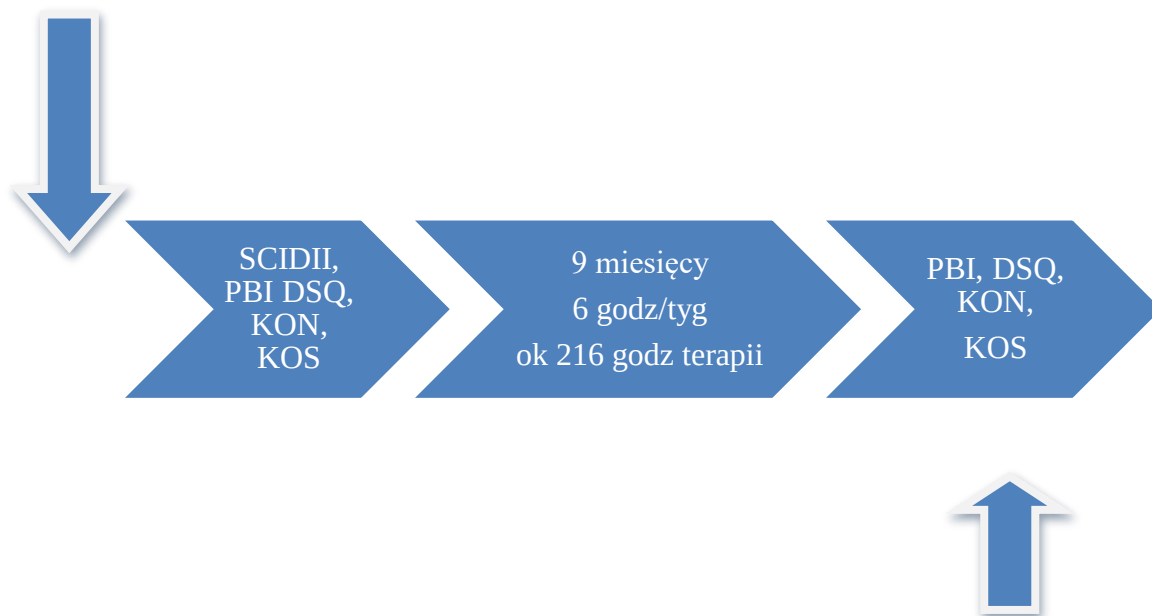
Początkowo zgodę na udział w badaniu wyraziły 124 osoby, z czego 78 było pacjentami OLZON a 46 – OP DDA. 5 osób z OLZON wycofało zgodę na udział w badaniu, a kolejnych 20 nie ukończyło leczenia z różnych powodów, tj. rezygnacja pacjenta z podjętej psychoterapii czy wcześniejszy wypis z oddziału w związku z łamaniem zasad regulaminu. Łącznie w tym czasie 53 osoby wzięły udział w badaniu w OLZON. W OP DDA 10 osób zrezygnowało z leczenia, czyli badanie ukończyło 36 osób – 22 osoby były uczestnikami grup ambulatoryjnych, a 14 osób – grupy wyjazdowej. Łącznie przeanalizowano grupę 89 badanych. Przy czym nie wszyscy uczestnicy wypełniali ankietę w sposób umożliwiający ich analizę. W pojedynczych przypadkach zdarzały się braki odpowiedzi na kilka lub kilkanaście pytań, dlatego przy każdej zamieszczonej analizie statystycznej podana została liczba uczestników (N), których odpowiedzi poddane zostały danemu opracowaniu.

Analizy statystyczne nie wykazały żadnych istotnych parametrów charakteryzujących osoby, które nie ukończyły leczenia.

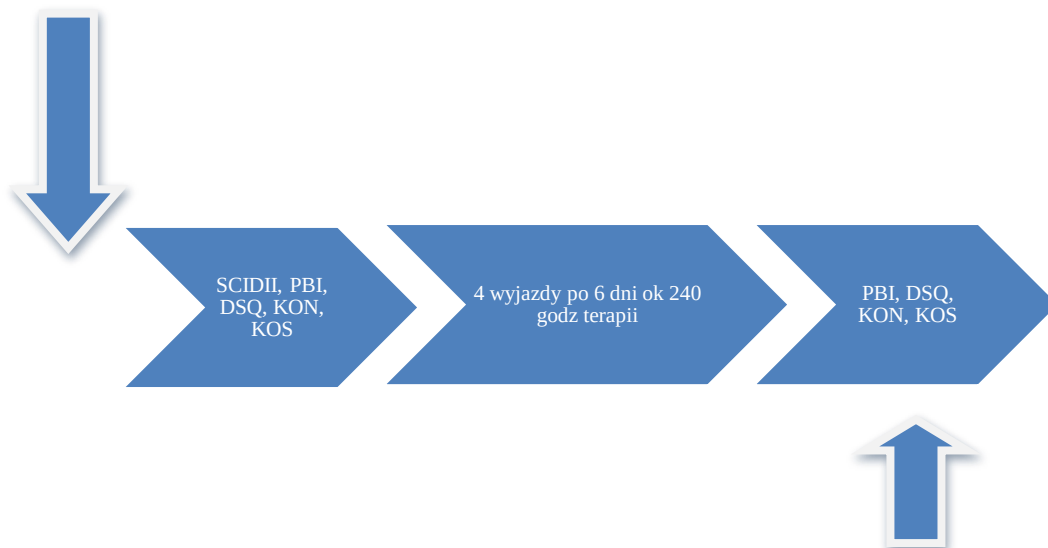
Szczegółowy opis modelu pracy obu Ośrodków znajduje się poniżej w rozdz. 5.



Rysunek 3 Przebieg badania OLZON



Rysunek 4 Przebieg badania moduł A OP DDA



Rysunek 5 Przebieg badania OP DDA moduł W

4. Grupa badana

Przed przeprowadzeniem badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (Opinia nr KBET/85/B/2011 z dnia 30 czerwca 2011 roku), zgodę dyrekcji OP DDA KCTU w Krakowie oraz dyrekcji Szpitala im. J. Babińskiego w Krakowie, zgodę każdego uczestnika na udział w badaniu i zgodę na przetwarzanie danych osobowych. Uczestnicy byli informowani o celu badania oraz o dobrowolności udziału w nim, a także o możliwości rezygnacji z udziału na każdym etapie badania.

Badaną populację stanowiła grupa pacjentów ze zdiagnozowanymi zaburzeniami osobowości – specyficznymi lub mieszanymi, którzy zgłosili się do leczenia w dwóch opisanych wcześniej ośrodkach, tj. w Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala Specjalistycznego im. J. Babińskiego w Krakowie (zwanego dalej OLZON) oraz w Ośrodku Psychoterapii Dorosłych Dzieci Alkoholików Krakowskiego Centrum Terapii Uzależnień (zwanego dalej OP DDA). Diagnoza zaburzeń osobowości została u każdego uczestnika badania potwierdzona w ustrukturyzowanym wywiadzie klinicznym do badania zaburzeń osobowości SCID-II wg DSM-IV-TR. W przypadku pacjentów OLZON diagnoza zaburzeń osobowości była zasadniczym powodem podejmowania leczenia. Natomiast u pacjentów OP DDA diagnoza zaburzeń osobowości współistniała z syndromem dorosłego dziecka alkoholika (syndrom DDA) w OP DDA. Rozpoznanie DDA stanowiło główny powód zgłoszenia się po pomoc. Dodatkowo u części pacjentów współwystępowały inne rozpoznania psychiatryczne lub ogólnomedyczne, poza diagnozami, które wykluczają z leczenia w obu Ośrodkach, a tym z samym z udziału w badaniu. Należą do nich: zaburzenia z kręgu schizofrenii, zaburzenia psychiczne uwarunkowane zmianami na podłożu organicznym oraz czynne uzależnienie od substancji psychoaktywnych.

Warto zauważyć, że wśród biorących udział w badaniu pacjentów z OLZON mogły znaleźć się osoby, które dorastały w tzw. rodzinach alkoholowych. Jednak fakt bycia dorosłym dzieckiem alkoholika (tzw. syndrom DDA) nie stanowił u nich zasadniczego źródła cierpienia, a w związku z tym również nie był on głównym motywem do szukania pomocy. Inaczej było w OP DDA, gdzie syndrom DDA był zasadniczym rozpoznaniem, któremu współtowarzyszyły zaburzenia osobowości o zasadniczo niższym poziom nasilenia patologii osobowości. W przeciwnym przypadku rozpoznaje się zaburzenia osobowości (jak w grupie pacjentów OLZON). Doniesienia badawcze i doświadczenie kliniczne

pokazują, że mniejszemu nasileniu patologii osobowościowej, towarzyszy zazwyczaj wyższy poziom funkcjonowania życiowego i mniejsze nasilenie objawów psychopatologicznych.

Planując badanie przyjęto założenie, że poziom zaburzeń osobowości wśród pacjentów OP DDA był zbliżony. Do grupy maratonowej, czyli grupy, której pacjenci korzystali z terapii w warunkach wyjazdowych, kwalifikowane w większym stopniu są osoby na zasadzie własnych preferencji czy też możliwości niż na bazie kryteriów klinicznych.

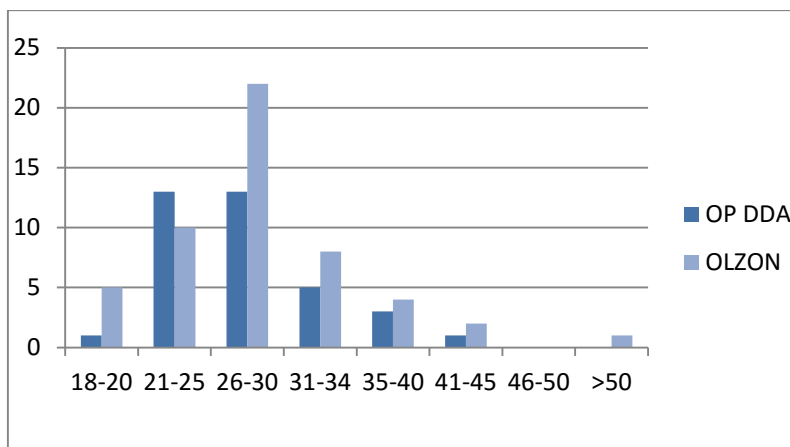
4.1 Szczegółowa charakterystyka badanej populacji.

W oparciu o literaturę przedmiotu i dostępne dane pochodzące z ankiety życiorysowej rutynowo wypełnionej przez pacjentów obu Ośrodków wyłoniono tzw. zmienne niezależne. Zostały one poddane opracowaniu statystycznemu jako potencjalnie istotne dla wyniku terapii. W analizach statystycznych ankiety życiorysowej uwzględniono 36 osób z OP DDA i 52 osoby z OLZON, które ukończyły badanie. Początkowo na udział w badaniu wyraziło zgodę 124 pacjentów, przy czym 5 z nich wycofało zgodę, a 20 osób nie ukończyło z różnych powodów. Jedna z osób leczonych w OLZON nie wypełniła ankiety życiorysowej.

4.1.1 Wiek badanych

Rozkład wiekowy w badanych podgrupach pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych w OP DDA oraz z zaburzeniami osobowości leczonych w OLZON przedstawia się następująco: w OP DDA 26 osób, tj. 72% badanych, mieściło się w przedziale między 21 a 30 r. ż. (po 13 osób między 21 a 25 r. ż. i między 26 a 30 r. ż.). W OLZON najliczniejszą grupę – 63% również stanowiły osoby w przedziale wiekowym między 21 a 30 r. ż. – łącznie 32 osoby (odpowiednio 10 i 22 osoby). Ogółem w całej badanej populacji osoby w trzeciej dekadzie życia stanowił 67%.

Do celów opracowań statystycznych przyjęto następujący podział: 1 grupa: od 18 do 25 lat (N:28), 2 grupa: od 26 do 30 lat (N:35) i 3 grupa: powyżej 31 r. ż. (N: 25)

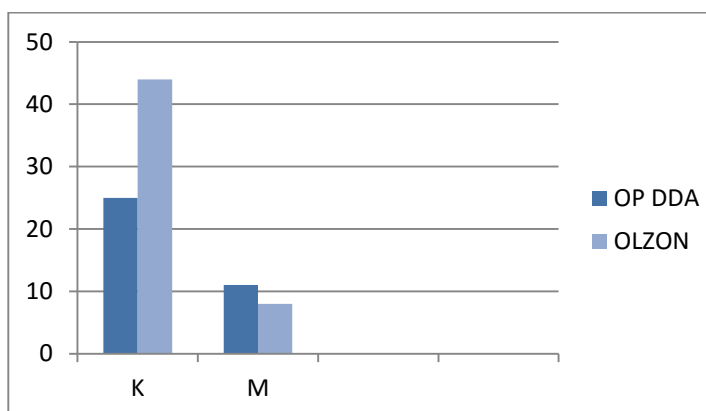


Rysunek 6 - wiek badanych

4.1.2 Płeć badanych

Udział kobiet i mężczyzn biorących udział w badaniu przedstawia się następująco: w OP DDA wzięło udział 11 mężczyzn, co stanowi 30% badanej podgrupy, i 25 kobiet, natomiast w OLZON uczestniczyło tylko 8 mężczyzn (16%) i 44 kobiety (84%). Ogółem wśród badanych mężczyźni stanowili zaledwie 22%.

Tak duża dysproporcja liczebności grup uniemożliwiła poprawne metodologiczne opracowanie wpływu tego parametru na końcowy wynik terapii.

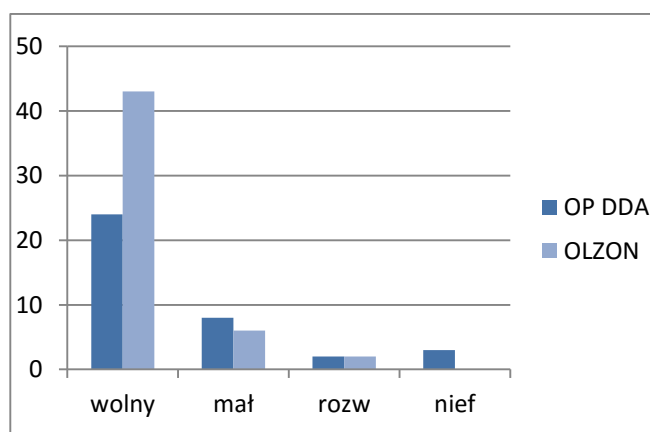


Rysunek 7 - płeć badanych

4.1.3 Stan cywilny badanych

W badaniu pod względem stanu cywilnego najliczniejszą grupę – 77% stanowiły osoby stanu wolnego: 24 osoby (tj. 67%) w OP DDA i 43 osoby (tj. 84%) w OLZON. Na rycinie oznaczone jako „wolny”, co oznacza, że były panną lub kawalerem. W związku małżeńskim pozostawało 8 osób w OP DDA i 6 w OLZON, a w związkach nieformalnych (na rycinie oznaczone jako „nief”) były 3 osoby w OP DDA. 2 osoby w OP DDA były rozwiedzione. Żadna z osób uczestniczących w badaniu nie była wdową lub wdowcem.

Podobnie jak w przypadku płci, tak duża dysproporcja liczebności grup uniemożliwiła poprawne metodologiczne opracowanie wpływu tego parametru na końcowy wynik terapii.

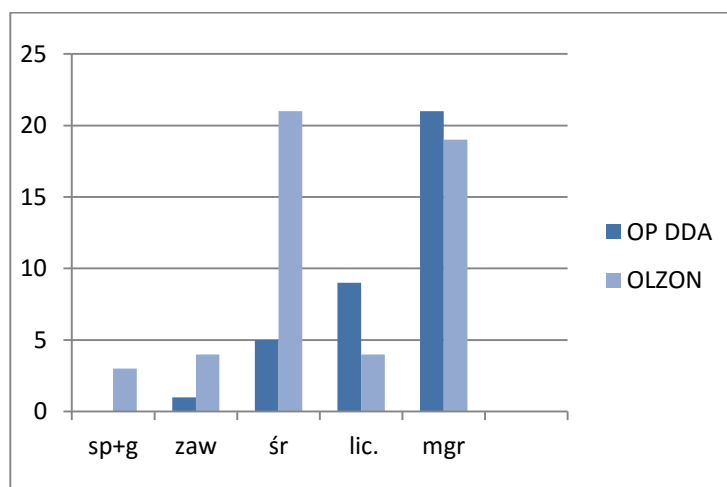


Rysunek 8 - stan cywilny badanych

4.1.4 Wykształcenie badanych

Wykształcenie badanych przedstawiało się następująco: w OP DDA osób z wykształceniem zawodowym (na ryc. oznaczone jako „zaw”) - 1, ze średnim („śr”) – 5, z wyższym („wyż”) - 30 (9 z licencjackim, 21 z magisterskim). Oznacza to, że osoby z wyższym wykształceniem stanowiły 83%. W OLZON wykształcenie podstawowe i/lub gimnazjalne (na ryc. „sp+g”) miały 3 osoby, zawodowe – 4 osoby, średnie – 21 osób, wyższe - 23 osoby (4 – licencjackie, 19 - magisterskie). W tej grupie osoby z wyższym wykształceniem stanowiły 45% a osoby z wykształceniem średnim 41%. Ogółem osoby z wyższym wykształceniem stanowiły 61% badanych.

Do celów opracowań statystycznych przyjęto następujący podział: 1 grupa: osoby z wykształceniem średnim (N:27) i 2 grupa z wykształceniem wyższym magisterskim (N:40).



Rysunek 9 - wykształcenie badanych

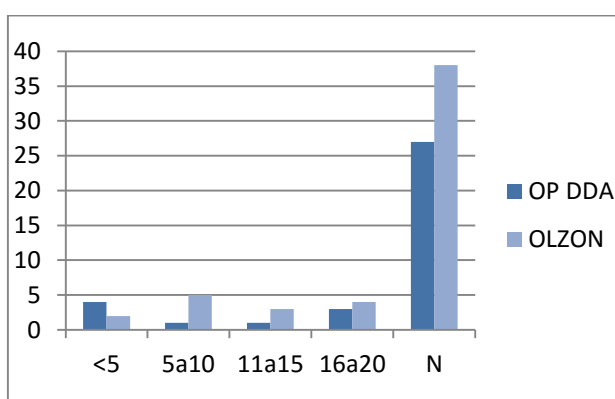
4.1.5 Doświadczenie śmierci lub rozłąki z którymś z rodziców

Niewiele spośród osób biorących udział w badaniu doświadczyło śmierci rodziców. W OP DDA tylko 1 osoba doświadczyła śmierci matki przed ukończeniem 5 r. ż. i 1 osoba po ukończeniu 20 r. ż.; śmierci ojca doświadczyła 1 osoba między 11 a 15 r. ż. i 1 osoba między 16 a 20 r. ż. oraz 4 osoby po 20 r. ż. W OLZON śmierci rodziców doświadczyło łącznie 9 osób: śmierci matki 1 osoba – przed ukończeniem 5 r. ż., 1 osoba między 5 a 10 r. ż., 1 osoba między 16 a 20 r. ż. i 1 po ukończeniu 20 r. ż.; natomiast śmierci ojca doświadczyła 1 osoba między 5 a 10 r. ż., 1 osoba między 16 a 20 r. ż. i 3 osoby po ukończeniu 20 r. ż. Oznacza to, że w obu Ośrodkach śmierci matki nie doświadczyło ponad 90%, a śmierci ojca ponad 80%. Ze względu na fakt tak dużych różnic ilościowych nie przeprowadzono analiz statystycznych tej zmiennej.

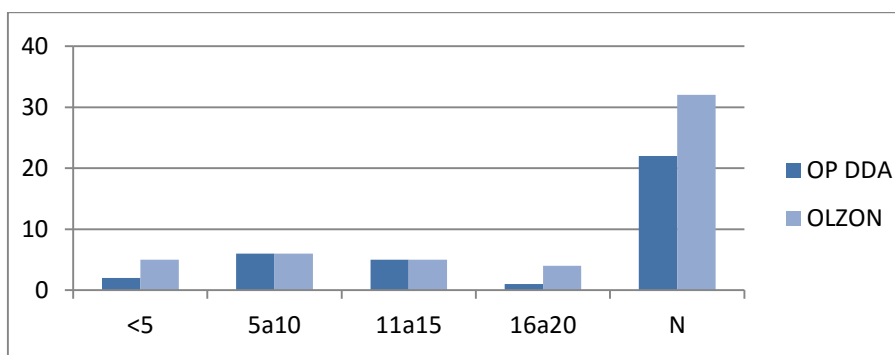
Podobnie większość badanych nie doświadczyła rozłąki z rodzicami lub doświadczyła jej w późniejszych okresach swojego życia. 19 osób (53%) z OP DDA i 29 osób (58%) z OLZON nie doświadczyło w ogóle rozłąki z matką, a kolejnych 8 osób (22%) w OP DDA i 9 osób (18%) w OLZON doświadczyło jej po ukończeniu 20 r. ż. Na rycinie łącznie oznaczone jako „N” – 27 osób w OP DDA i 38 osób w OLZON czyli po 75% w obu Ośrodkach. W przypadku ojca 17 osób (47%) z OP DDA i 23 osoby (45%) z OLZON nie

doświadczyło rozłąki z ojcem, a kolejnych 5 osób (14%) w OP DDA i 9 (18%) osób w OLZON doświadczyło jej po ukończeniu 20 r. ż., łącznie 61% w OP DDA i 63% w OLZON. W najwcześniejszym okresie życia, czyli przed ukończeniem 5 r. ż. 4 osoby z OP DDA i 2 osoby z OLZON doświadczyło rozłąki z matką i analogicznie po 2 osoby i 5 osób z ojcem.

Do celów analizy statystycznej przyjęto podział na dwie podgrupy w przypadku każdego z rodziców ze względu na zaistnienie takiego doświadczenia w życiu lub nie. Rozłąka z matką: nie było takiego doświadczenia (N:48) vs było takie doświadczenie (N:40). Rozłąka z ojcem: nie było takiego doświadczenia (N:39) vs było takie doświadczenie (N:49).



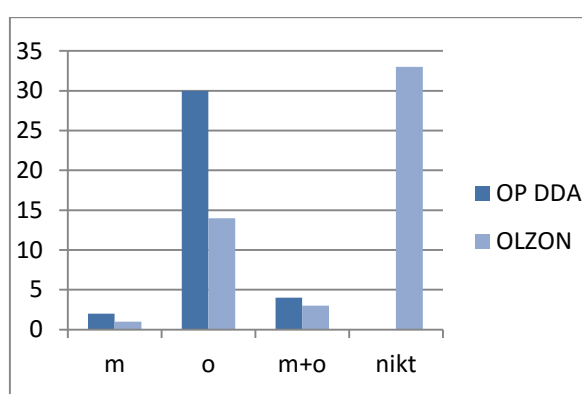
Rysunek 10 – rozłąka z matką



Rysunek 11 - rozłąka z ojcem

4.1.6 Nadużywanie alkoholu w rodzinie pochodzenia

Istotny z punktu widzenia badania był problem nadużywania alkoholu w rodzinie pochodzenia. Dotyczył on wszystkich badanych w OP DDA. W OLZON jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie, a kolejnych 18 udzieliło odpowiedzi twierdzącej: 1 osoba (2%) wskazała na matkę, 14 osób (28%) na ojca i 3 (6%) na oboje rodziców. 32 osoby (64%) uważały, że w rodzice lub opiekunowie nie nadużywali alkoholu ani innych środków psychoaktywnych. W OP DDA 2 osoby (6%) wskazały na nadużywanie alkoholu przez matkę, 30 (83%) – przez ojca i 4 (11%) – przez oboje rodziców.

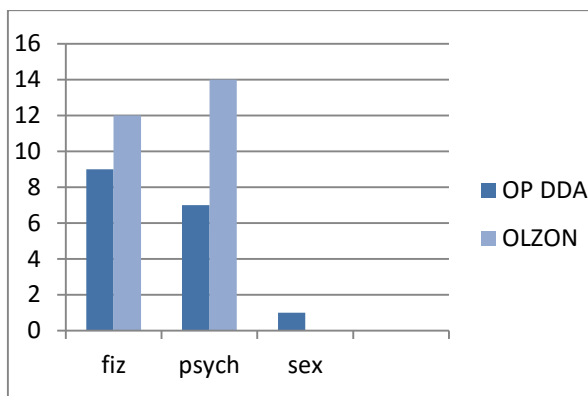


Rysunek 12 - nadużywanie alkoholu w rodzinie

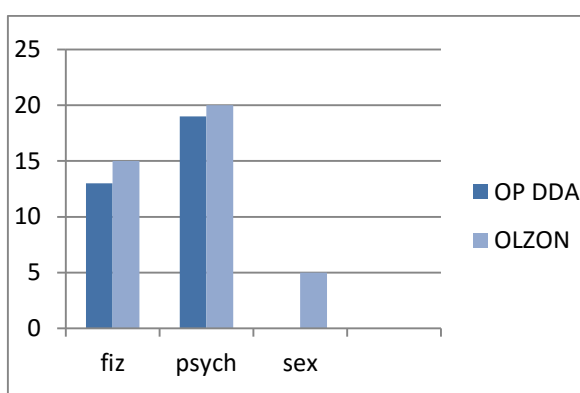
Do celu opracowań statystycznych w badanej populacji wyróżniono dwie podgrupy: 1 grupa - ojciec nadużywający alkoholu (N:43) i 2 grupa - nie było problemu alkoholowego w rodzinie (N:32).

4.1.7 Doświadczenie przemocy

Z danych ankietowych wynika, że tylko 20% badanych nie doświadczyło żadnej formy przemocy przed uzyskaniem pełnoletniości. Ze strony matki doświadczyło przemocy: fizycznej (na ryc. oznaczone jako „fiz”) ok. 25% – 9 osób w OP DDA i 12 (24%) w OLZON; psychicznej (na ryc. - „psych”) odpowiednio - 7 osób (20%) i 14 osób (28%) oraz seksualnej 1 osoba w OP DDA. Natomiast ze strony ojca doświadczyło przemocy: fizycznej – 13 osób (36%) w OP DDA i 15 osób (30%) w OLZON; psychicznej – 19 osób (53%) w OP DDA i 20 (40%) w OLZON oraz seksualnej – 5 osób (10%) w OLZON.



Rysunek 13 - doświadczenie przemocy ze strony matki



Rysunek 14 - doświadczenie przemocy ze strony ojca

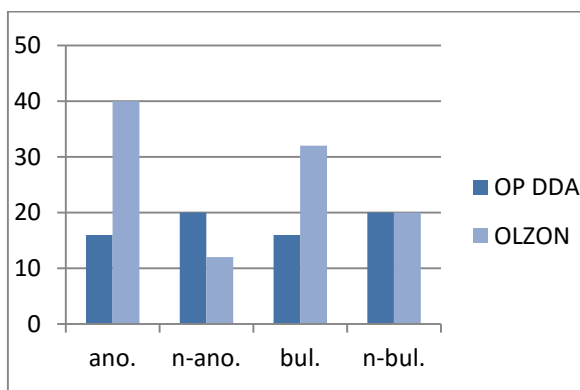
Do celu opracowań statystycznych doświadczenie przemocy podzielono na 3 grupy: przemoc psychiczna, fizyczna i seksualna. Ze względu na zbyt duże dysproporcje liczebności nie wykonano analiz dotyczących przemocy seksualnej oraz doświadczenie przemocy psychicznej ze strony matki. Pozostałe grupy to: doświadczenie przemocy fizycznej (łącznie dla obu rodziców) (N:49) vs brak doświadczenia przemocy fizycznej (N:39) oraz doświadczenie przemocy psychicznej ze strony ojca (N:39) vs brak doświadczenia przemocy psychicznej ze strony ojca (N:49).

4.1.8 Zachowania związane z zaburzeniami jedzenia

W ankiecie życiorysowej na zachowania polegające na ograniczaniu jedzenia (na rys. oznaczone jako „ano.”) w OP DDA wskazało 16 osób. Tyle samo odpowiedziało twierdząco

na pytanie dotyczące zachowań bulimicznych. Natomiast w OLZON zachowania anorektyczne potwierdziło 40 osób, a bulimiczne 32 osoby. Oznacza to, że w OP DDA ok. 55% nie wykazywało zachowań anorektycznych i tyle samo nie wykazywało zachowań bulimicznych. W OLZON osoby nie wykazujące zachowań bulimicznych stanowiły ok. 36%, anorektycznych 23%. Należy zaznaczyć, że żadna z badanych osób nie spełniała kryteriów dla rozpoznania *anorexia nervosa* w czasie badania.

Do celów analizy statystycznej problemy związane z zaburzeniami jedzenia podzielono w następujący sposób: były zachowania bulimiczne (N: 48) vs nie było zachowań bulimicznych (N:40) oraz były zachowania anorektyczne (N:56) vs nie było zachowań anorektycznych (N:32).



Rysunek 15 - zachowania anorektyczne i bulimiczne badanych

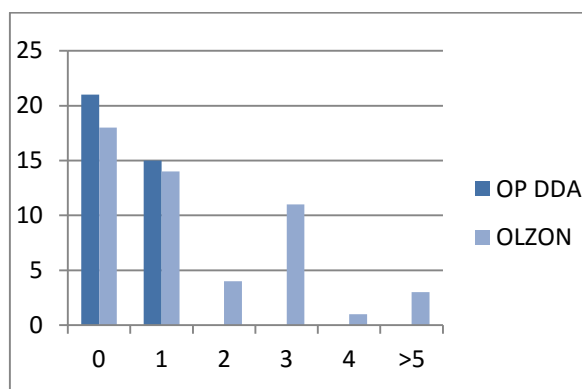
4.1.9 Zachowania autoagresywne

Badane podgrupy różniły się również pod względem takich zachowań autoagresywnych jak samookaleczenia. Ankieta życiorysowa opiera się na subiektywnej ocenie badanego i prosi o określenie, czy problem ten występował w przeszłości, czy jest obecnie aktualny oraz jak często występowały te zachowania. Pytania ankietowe dotyczą również form dokonywanych samookaleczeń, tj. nacinanie, nakłuwanie lub przypalenia skóry, wyrwanie włosów, uderzanie się, szorowanie.

Do celów analizy statystycznej badaną grupę podzielono na dwie części: osoby, które dokonywały kiedykolwiek w jakiegokolwiek formie samookaleczeń (N:49) vs osoby bez takich zachowań (N:39)

Próby samobójcze

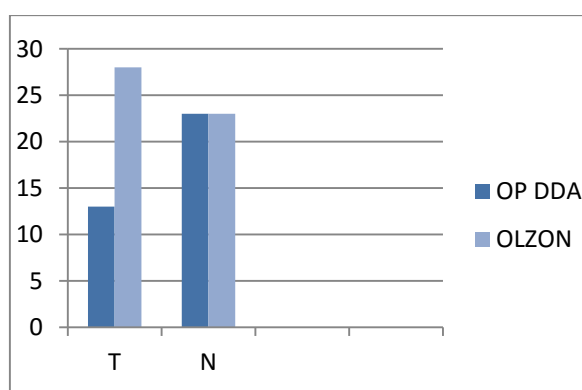
W OP DDA 21 osób (58%) nigdy nie podejmowało prób samobójczych a pozostałych 15 osób (42%) miało 1 próbę samobójczą. Natomiast w OLZON tylko 18 osób (36%) nie miało prób samobójczych. 14 osób (28%) miało 1 próbę, 4 osoby - 2 próby, 11 osób - 3 próby, 1 osoba - 4 próby i kolejne 4 osoby więcej niż 5 (tj. 7, 9 i 12) prób samobójczych, czyli 36 % miało 2 lub więcej prób samobójczych.



Rysunek 16 - próby samobójcze wśród badanych

4.1.10 Używanie narkotyków

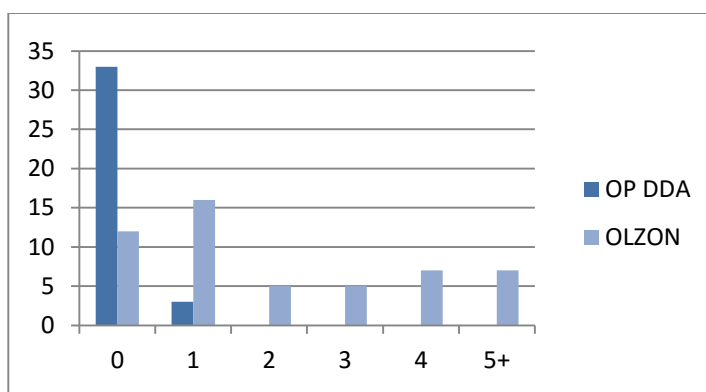
Używanie narkotyków w przeszłości potwierdziło 13 osób (36%) w OP DDA i 29 osób (56%) w OLZON. Do celów opracowania statystycznego przyjęto podział grupy na osoby, które nigdy nie stosowały narkotyków (N:46) vs osoby, które używały narkotyki (N:42).



Rysunek 17 - używanie narkotyków przez badanych

4.1.11 Historia leczenia psychiatrycznego

Bazując na wynikach ankiet dotyczących wcześniejszego leczenia psychiatrycznego do obliczeń statystycznych wybrano fakt wcześniejszej hospitalizacji psychiatrycznej. Wśród badanych w OP DDA 2 osoby (6%) były hospitalizowane psychiatrycznie. Natomiast w OLZON hospitalizowanych było 40 osób (77%). W szpitalu psychiatrycznym wcześniej 1 raz było szesnaście osób, 2 razy - pięć osób, 3 razy - pięć osób, 4 razy - siedem osób, 5 i więcej razy - siedem osób. W związku z czym badanych podzielono na osoby, które nigdy nie były hospitalizowane psychiatrycznie (N:46) vs osoby z jedną lub więcej hospitalizacją psychiatryczną (N:42)



Rysunek 18 - wcześniejsze hospitalizacje psychiatryczne w badanej grupie

Ponadto 11 osób (30%) w OP DDA i 3 osoby (6%) w OLZON nigdy wcześniej nie korzystało z leczenia psychiatrycznego w jakiegokolwiek formie, tj. ani z farmakologicznego ani z psychoterapeutycznego.

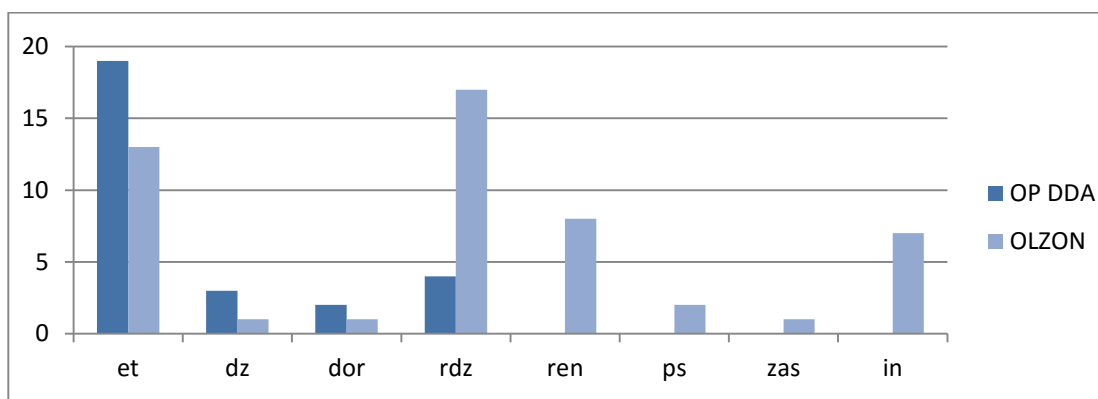
4.1.12 Poziom funkcjonowania:

- **Źródło utrzymania**

Wśród badanych z OP DDA głównym źródłem utrzymania – 53% była praca etatowa (na ryc. oznaczona jako „et”) - 19 osób, 4 osoby (tj. 11%) pozostawały na utrzymaniu rodzinnym („rdz”), 3 - prowadziły samodzielną działalność gospodarczą („dz”), a 2 utrzymywały się z prac dorywczych („dor”). Oznacza to, że 89% utrzymywało się samodzielnie zarabkując. Natomiast wśród badanych w OLZON najliczniejszą grupę stanowiły osoby będące wyłącznie na utrzymaniu rodziny – 17 osób, kolejne 5 osób korzystało z pomocy rodziny i renty lub prac dorywczych, razem 43%. 13 osób utrzymywały

się z pracy etatowej (tj. 25%), 8 osób (tj. 16%) utrzymywało się wyłącznie z renty („ren”), 4 kolejne dodatkowo korzystały z pomocy rodziny (2 osoby) lub pobierały zasiłek dla bezrobotnych (1 osoba) lub pracowały (1 osoba) razem 24%. 2 osoby korzystały z pomocy społecznej („ps”), 1 utrzymywała się z działalności gospodarczej, 1 była na zasiłku dla bezrobotnych i 1 pracy dorywczej. Na rycinie jako „in” zaznaczono osoby, które wskazały różne źródła utrzymania (tj. 3 osoby - rodzina i prace dorywcze, 2 - osoby rodzina i renta, 1 - osoba renta i zasiłek, 1 - osoba renta i praca etatowa). Podsumowując tylko 30% badanych utrzymywała się samodzielnie na siebie zarabkując.

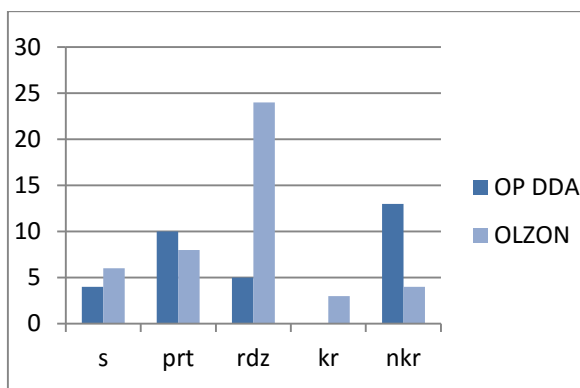
Rysunek 19 - źródło utrzymania badanych



• Zamieszkanie badanych

Badani w OP DDA najczęściej – 36% zamieszkiwali z osobami niespokrewnionymi (na ryc. oznaczone jako „nkr”) czyli np.: w akademikach, na stacji, etc. – 13 osób, kolejnych 10 osób – 28% zamieszkiwało ze współmałżonkiem (7 osób) lub partnerem (3 osoby). Na ryc. oznaczone jako „prt”. 5 osób – 14% zamieszkiwało z rodzicami (na ryc. - „rdz”) a 4 osoby samotnie (na ryc. – „s”). Natomiast w OLZON blisko połowa badanych – 48%, czyli 24 osoby zamieszkiwało z rodzicami, 8 osób (16%) zamieszkiwało ze współmałżonkiem (7 osób) lub partnerem (1 osoba), 4 osoby zamieszkiwały z osobami niespokrewnionymi (8%) i 3 osoby (6%) z innymi krewnymi (na ryc. oznaczone jako „kr”) tj. dziadkowie, rodzeństwo, etc. Oznacza to, że usamodzielnienie przejawiające się zamieszkiwaniem poza rodziną pochodzenia w OP DDA cechowało się 86% badanych.

Natomiast w OLZON tak zdefiniowane usamodzielnienie osiągnęło prawie o połowę mniej badanych tj. 46%.



Rysunek 20 - zamieszkanie badanych

4.2 Populacja badana - podsumowanie

Poszukując odpowiedzi na pytanie o wpływ różnych czynników na końcowy rezultat terapii przyjęto jako jedno z kryteriów podziału badanej populacji, poziom psychopatologii uczestników badania. Bazując na doświadczeniu klinicznym wyróżniono grupę z mniejszą patologią osobowościową, którą stanowiły osoby leczone w OP DDA, oraz grupę z głębszą psychopatologią osobowościową leczone w OLZON. Podział ten jest uzasadniony licznymi danymi, które zostały zebrane i przedstawione powyżej oraz zostaną omówione w następnych rozdziałach. Szczegółowe dane uzyskane w badaniach kwestionariuszowych przedstawione zostały w części empirycznej. Ogólnie u pacjentów z OP DDA stwierdzono w pierwszym pomiarze wykonanym przed rozpoczęciem leczenia bardziej pożądaną obraz więzi, mniejsze nasilenie patologicznych cech osobowości (mierzonych kwestionariuszem KON-2006 oraz uzyskanych w wywiadzie klinicznym SCID-II), a także mniejsze nasilenie objawów psychopatologicznych „nerwicowych”. Niższy poziom psychopatologii wiąże się zasadniczo z lepszym poziomem funkcjonowania życiowego, co znalazło swoje odzwierciedlenie również w danych pochodzących z ankiety życiorysowej.

Podsumowując przytoczone wcześniej informacje osoby z mniejszym nasileniem zaburzeń osobowości w porównaniu do osób z głębszymi zaburzeniami osobowości były: lepiej wykształcone (wyższe wykształcenie miało ponad 80% pacjentów OP DDA w stosunku do 45% pacjentów OLZON), trzykrotnie częściej samodzielnie zarabiała na własne utrzymanie (90% w stosunku do 30%), prawie dwukrotnie częściej zamieszkiwały

samodzielnie poza rodziną pochodzenia (86% w stosunku do 46%), rzadziej korzystały z leczenia specjalistycznego (dla 30% OP DDA było pierwsze miejscem korzystania z takiej pomocy, podczas gdy tylko dla 5% taki status miał OLZON), ośmiokrotnie rzadziej były hospitalizowane psychiatrycznie (ok. 10% w stosunku do 80%), wyraźnie rzadziej też przejawiały tendencje samobójcze (ok. 40% w stosunku do ok 66%) oraz zachowania autoagresywne i zachowania związane z zaburzeniami jedzenia.

5. Ośrodki psychoterapeutyczne

Do badania wybrane zostały dwa krakowskie ośrodki oferujące psychoterapię wglądową pacjentom z rozpoznaniem zaburzeń osobowości. Ze względu na nieco odmienny profil leczonych w tych miejscach pacjentów, ośrodki te oferują też nieco odmienny profil oddziaływań, które jak się przyjmuje są dostosowane do specyficznych potrzeb leczonych tam osób.

5.1 Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic

Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic (OLZON) Szpitala im. Józefa Babińskiego w Krakowie jest specjalistyczną jednostką przeznaczoną do leczenia tzw. specyficznych zaburzeń osobowości. Są to pacjenci spełniający kryteria zaburzeń osobowości wg klasyfikacji ICD-10 oraz DSM, a u których nasilenie objawów i głębokość zaburzeń funkcjonowania znacznie utrudnia a czasami wręcz uniemożliwia leczenie w warunkach ambulatoryjnych lub w oddziałach dziennych. Spowodowane jest to przede wszystkim tendencjami tych pacjentów, mających strukturę osobowości typu borderline wg klasyfikacji O. Kernberga, do podejmowania licznych zachowań o charakterze acting-out, są to np. samouszkodzenia, próby samobójcze, nadużywanie substancji psychoaktywnych, itd. Psychoterapia wglądowa niesie ze sobą ryzyko przejściowego nasilania się takich zachowań i często może prowadzić do przerywania leczenia. Dlatego ważną rolę w leczeniu takich osób pełni struktura, jaką zapewnia oddział szpitalny oraz związana z tym bezpieczna przestrzeń do podejmowania interwencji psychoterapeutycznych. Innym ważnym aspektem

i źródłem trudności w pracy terapeutycznej są mechanizmy obronne pacjentów oparte na roszczeniu oraz projekcyjnej identyfikacji wymagające ścisłej współpracy całego zespołu leczącego. Do leczenia przyjmowane są osoby pełnoletnie, które często mają w wywiadzie wielokrotne pobyty w oddziałach psychiatrycznych ogólnych z powodu różnorodnych objawów, tj. zaburzenia lękowe, depresyjne, zachowania autoagresywne, próby samobójcze, uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia jedzenia, czasami również epizodów przemijających zaburzeń psychotycznych. Szacuje się, że u ok. 50 % pacjentów zgłaszających do psychoterapii w warunkach ambulatoryjnych z objawami zaburzeń z osi I, rozpoznaje się również zaburzenia osobowości. Takie współwystępowanie rozpoznań znacznie obniża efektywność standardowego leczenia. Niezbędne jest wówczas podjęcie specjalistycznych oddziaływań ukierunkowanych na problemy osobowościowe.

Czas hospitalizacji w oddziale wynosi 24 tygodnie. Oddział dysponuje 35 miejscami w trybie stacjonarnym. Rocznie przyjmowanych ok. 70 – 80 pacjentów. Oddział nie ma profilu zamkniętego, co oznacza, że pacjenci mogą poruszać się swobodnie po terenie całego szpitala.

Zespół terapeutyczny oddziału składa się z: lekarzy, psychologów, psychoterapeutów o orientacji psychoanalitycznej, pracownika socjalnego, terapeuty zajęciowego, pielęgniarek psychospołecznych, dietetyka oraz stażystów. Każdy pacjent jest pod opieką tzw. pielęgniarki prowadzącej. Rolę konsultanta do spraw psychiatrycznych i ogólnomedycznych pełni tzw. lekarz oddziałowy, który nie angażuje się bezpośrednio w pracę psychoterapeutyczną z pacjentami ale ściśle współpracuje z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego.

Przyjęcie do oddziału następuje po przejściu czteroetapowej procedury kwalifikacji. Kryteria wykluczające to: rozpoznanie schizofrenii lub zaburzeń osobowości typu antysocjalnego, wysokie ryzyko zachowań agresywnych oraz u osób z diagnozą uzależnienia od substancji psychoaktywnych okres abstynencji krótszy niż sześć miesięcy. Z przyczyn formalnych do leczenia nie są również kwalifikowani pacjenci w trakcie karnych spraw sądowych.

W czasie pierwszej rozmowy kwalifikacyjnej, prowadzonej przez lekarza psychiatrę, podejmowana jest decyzja dotycząca przejścia do następnych konsultacji. Poza sprawdzeniem kryteriów wykluczających, wstępnej weryfikacji podlega również własna motywacja pacjenta do leczenia oraz jego możliwości do autorefleksji i poziom znoszenia

frustracji. Kolejne spotkanie poświęcone jest zebraniu wywiadu życiorysowego w oparciu o ankietę życiorysową. Następnie konsultant psychoterapeuta, bazując na uzyskanych wcześniej informacjach, odbywa spotkanie z pacjentem, które ma na celu pogłębienie wstępnej oceny możliwości konsultowanej osoby do pracy wglądowej w warunkach oddziału. Kolejny etap to omówienie pacjenta w zespole terapeutycznym, po którym następuje rozmowa podsumowująca z kierownikiem oddziału lub jego zastępcą. W czasie tego spotkania pacjentowi przedstawione zostają wnioski zespołu z całego procesu kwalifikacji i zapada ostateczna decyzja co do przyjęcia do OLZON. W przypadku odmowy pacjent otrzymuje również uzasadnienie ustne i pisemne dlaczego w danym momencie podjęcia leczenia jest niemożliwe lub niewskazane.

Procedura przyjęcia do oddziału uwzględnia oprócz standardowego badania psychiatrycznego i badania internistycznego z elementami badania neurologicznego również szczegółowe zapoznanie pacjenta z zasadami panującymi w ośrodku, z regulaminem i programem terapeutycznym. Od samego początku wchodzi on w relacje z zespołem terapeutycznym i społecznością terapeutyczną oraz nawiązuje relację z teamem terapeutycznym, w skład którego wchodzi psychoterapeuta i pielęgniarka prowadząca. Sesje psychoterapeutyczne odbywają dwa razy w tygodniu przypadku terapii indywidualnej i trwają 50 minut lub trzy razy w tygodniu w przypadku terapii grupowej, której sesje trwają 90 minut. Natomiast o częstotliwość rozmów z pielęgniarką decyduje sam pacjent. Zazwyczaj spotkania trwają ok. 20-30 minut. W przypadku wystąpienia „nagłych” problemów, które nie mogą czekać do dyżuru pielęgniarki prowadzącej pacjent ma możliwość poproszenia o tzw. rozmowę interwencyjną. Przykładem takich nagłych, kryzysowych sytuacji może być pojawienie się lub nasilenie myśli samobójczych lub autoagresywnych. Pielęgniarki, w przeciwieństwie do innych członków zespołu, pozostają w oddziale przez całą dobę w ramach godzinnych dyżurów. Rola pielęgniarek psychospołecznych jest nieco odmienna od klasycznej roli pielęgniarki psychiatrycznej i nie ogranicza się do podawania leków czy pielęgnacji pacjenta. Opieka psychospołeczna opiera się na myśleniu analitycznym, ale rozumienie nie jest przekazywane pacjentowi w formie interpretacji tak jak to ma miejsce w psychoterapii lecz w formie „zwykłej” rozmowy i podejmowanych w stosunku do niego codziennych działaniach. Odwołuje się do założeń, że nawet bardzo głęboko zaburzeni pacjenci mają tzw. „zdrową część”, która umożliwia im funkcjonowanie społeczne. Coś co we współczesnych trendach badań nad psychoterapią nazywa się „kapitalizacją”. W praktyce oznacza to często uczenie pacjentów podstawowych zachowań, np. dotyczących

dbania o siebie oraz podstawowych kompetencji społecznych, czyli jak to co mówię, jak się zachowuje wpływa na innych. W zależności od potrzeb wykorzystywane są różne interwencje: behawioralne, poznawcze oraz oparte na mentalizacji.

Kiedy oddział powstawał, jesienią 2002 roku, był pierwszą taką placówką w Polsce. Modelem teoretycznym, na którym wówczas opierał się zespół oddziału, był Szpital Cassel w Londynie. Ten londyński szpital w swojej ofercie terapeutycznej dla pacjentów z zaburzeniami osobowości łączy rozumienie psychoanalityczne z pracą społeczności terapeutyczną oraz praktyką pielęgniarstwa psychospołecznego. To zintegrowane podejście pozwoliło na stworzenie takich warunków, w których możliwe jest wykorzystanie oddziaływań opartych na teorii relacji z obiektem tworzących spójną ramę koncepcyjną, nie wykluczając jednocześnie zasadności i skuteczności podejmowania interwencji w ujęciu innych podejść teoretycznych.

Jak już wspomniano głównymi metodami leczenia są indywidualna psychoterapia psychoanalityczna lub psychoanalityczna psychoterapia grupowa (spotkania dziewięćdziesięciminutowe trzy razy w tygodniu) oraz społeczność terapeutyczna. Psychoterapia indywidualna i grupowa bazują na omówionych powyżej założeniach teoretycznych. W spotkaniach społeczności uczestniczą pacjenci, terapeuta społeczności, pielęgniarki psychospołeczne, stażyści, a raz w tygodniu również kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa i dietetyk. Spotkania trwają 45 minut. W czasie prowadzenia badania odbywały się one pięć razy w tygodniu. Rola społeczności terapeutycznej jest złożona. Z jednej strony stanowi ona kontekst oddziaływań ściśle psychoterapeutycznych, a z drugiej strony jest ona bardzo ważną metodą dokonywania zmian w jej uczestnikach. Istota tej formy pracy z osobami z zaburzeniami osobowości polega na tym, że emocje i konflikty, z którymi pacjent słabo sobie radzi, są także doświadczane przez innych członków społeczności. Aby nie doszło do ich eskalacji, muszą one zostać pomieszczone („skontenerowane”) i omówione przez społeczność. Im bardziej jest dojrzała społeczność terapeutyczna, tym mniejszy jest udział personelu w jej pracy. Inna ważna funkcja społeczności, to konfrontowanie pacjentów w tym jaki jest ich realny poziom funkcjonowania oraz pomoc w metalizowaniu.

Inne formy leczenia, takie jak: farmakoterapia, terapia zajęciowa, psychorysunek, biblioterapia, muzykoterapia czy zajęcia teatralne - mają charakter pomocniczy. Jednak podejmowane interwencje, np. dotyczące farmakoterapii – przede wszystkim odstawiania lub włączania leków psychotropowych, uwzględniają aktualny etap, na jakim znajduje

pacjent w pracy psychoterapeutycznej i odwołują się do rozumienia opartego o teorie psychodynamiczne (Wieczorek, 2008; Wieczorek, Synówka, 2012; OLZON).

5.2 Ośrodek Psychoterapii Dorosłych Dzieci Alkoholików Krakowskiego Centrum Terapii Uzależnień (OP DDA KCTU)

Ośrodek ma formę Poradni i razem z Ośrodkiem Terapii Uzależnień i Współuzależnień wchodzi w skład Krakowskiego Centrum Terapii Uzależnień. Zajmuje się pomaganiem osobom pochodzącym z rodzin z problemem uzależnień. Proponuje kompleksową diagnozę – nozologiczną, psychologiczną i problemową prowadzoną przez psychologa, psychoterapeutę i lekarza psychiatrę, oraz psychoterapię opartą przede wszystkim o podejście psychodynamiczne z uwzględnieniem aktualnej wiedzy na temat uzależnień. Program terapeutyczny został opracowany przez Zespół Ekspertów do Spraw Pomagania Osobom z Syndromem DDA i spełnia standardy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Populację pacjentów stanowią osoby z syndromem DDA, młodzi dorośli z rodzin z problemem uzależnień oraz osoby z syndromem DDA z problemem uzależnień (które po przeprowadzeniu wstępnej diagnozy podejmują najpierw terapię uzależnienia lub innego zaburzenia nawyków lub popędów, np. hazard, Internet, nałogowe objadanie się, np. w Ośrodku Psychoterapii Uzależnień i Współuzależnień, a następnie podejmują terapię w OP DDA).

Ośrodek oferuje psychoterapię indywidualną oraz grupową. Psychoterapia indywidualna obejmuje osoby przed rozpoczęciem psychoterapii grupowej lub osoby, które nie kwalifikują się do pracy grupowej.

Psychoterapia grupowa prowadzona jest w dwóch modułach mających postać:

- Grupy psychoterapeutycznej ambulatoryjnej, której czas trwania wynosi 9 miesięcy i odbywa się w trybie dwóch trzygodzinnych sesji w tygodniu w budynku ośrodka. Grupa ma charakter zamknięty, tzn. że od czasu rozpoczęcia pracy danej grupy skład jej jest stały (poza dropt-outami czyli osobami rezygnującymi z leczenia). Jest prowadzana przez team terapeutyczny w oparciu o analizę procesu grupowego odwołującego się do rozumienia psychodynamicznego. Celem pracy jest ocena aktualnego problemowego funkcjonowania i przepracowanie go w oparciu o historię

życia pacjenta. Dodatkowo pacjenci korzystają z zajęć psychorysunku i psychodramy.

- Grupy psychoterapeutycznej maratonowej (wyjazdowej) składające się z dwóch spotkań integracyjnych przed wyjazdem w budynku Ośrodka, czterech sześciodniowych maratonów terapeutycznych, które odbywające się raz w miesiącu poza Krakowem i jednego spotkania podsumowującego po powrocie. Całość leczenia zawiera się w okresie 5 miesięcy. W trakcie zajęć integracyjnych uczestnicy zapoznają się ze sobą oraz z organizacją i przebiegiem terapii, podpisują kontrakty terapeutyczne. Praca terapeutyczna, podczas sesji wyjazdowych, składa się z kilku etapów. Najpierw uczestnicy formują autodiagnozę dotyczącą bieżących relacji z ludźmi. Następnie prowadzona jest indywidualna praca na tle grupy oraz praca wynikająca z dynamiki procesu grupowego. Podstawą rozumienia problemów jest podejście psychodynamiczne. Dodatkowo używane są techniki psychodramatyczne, psychorysunek, wizualizacyjne oraz elementy pracy z ciałem. Spotkanie podsumowujące odbywa się w Ośrodku kilka dni po zakończeniu ostatniego wyjazdu i ma na celu rozstanie grupy, podsumowanie rezultatów i zakończenie terapii (Litwa, 2009; 2013; OP DDA).

6. Narzędzia badawcze

W badaniu wykorzystano cztery narzędzia testowe. Jedno z nich bada percepcję więzi, drugie - mechanizmy obronne, trzecie – cechy osobowości oraz czwarte – nasilenie objawów psychopatologicznych. W celu weryfikacji diagnozy posłużono się ustrukturyzowanym wywiadem do badania zaburzeń osobowości. Dodatkowo do opisu badanej populacji użyto „ankiety życiorysowej”. Terapeuci osób badanych wypełniali tzw. „ankietę terapeuty” stworzoną na potrzeby pracy własnej (Aneks).

6.1 Kwestionariusz oceny relacji z rodzicami

Parental Bonding Instrument (PBI)

Autorzy: G. Parker, H. Turpin, L.B. Brown (Parker i wsp., 1979).

Kwestionariusz służy subiektywnej ocenie zachowania rodziców w stosunku do osoby badanej przed ukończeniem przez nią 16 r. ż. Wypełniany jest przez taką osobę w oparciu o to, jak pamięta ona zachowania rodzicielskie w momencie badania. Kwestionariusz opracowany został w 1979 r (Parker i wsp., 1979, Parker, 1983). Podstawę teoretyczną narzędzia stanowią:

- teoria przywiązania Bowlby’ego, która podkreśla fundamentalne znaczenie wczesnych doświadczeń w relacjach z pierwszymi opiekunami, które stanowią „matrycę” dla późniejszych relacji interpersonalnych;
- koncepcja Winnicotta opisująca cechy „wystarczająco dobrej matki”, czyli takiej, która zapewnia dziecku poczucie bezpieczeństwa poprzez wysoki poziom opieki oraz dostosowany do potrzeb, stosunkowo niski poziom kontroli umożliwiający stopniowe usamodzielnianie się;
- teoria Sullivana, która zakłada, że wszystkie zachowania interpersonalne mogą być opisane w dwóch wymiarach: kontroli (kontinuum zachowań od nadmiernej kontroli i dominacji do akceptacji i wspierania autonomii oraz samodzielności) oraz troski (kontinuum uczuć od ciepła i empatii, poprzez obojętność, do braku wrażliwości i odrzucenia).

Ankieta składa się z 25 pozycji, które osobno charakteryzują zachowanie ojca, osobno matki. Cechy mierzone są w dwóch wymiarach i badają: troskę/opiekę vs odrzucenie oraz kontrolę vs autonomię:

- **skala troski**, inaczej zwana również **skalą opieki**, w jęz. ang. *care scale*; składa się z 12 stwierdzeń punktowanych od 0 do 4 (max 36 punktów); wysoki wynik w skali troski odzwierciedla uczuciowość i ciepło w relacji, niski sugeruje odrzucenie, chłód emocjonalny oraz obojętność;
- **skala kontroli**, w jęz. ang. *overprotection scale*; składa się – 13 stwierdzeń punktowanych od 0 do 4 (max 39 punktów); wysoki wynik w skali kontroli sugeruje

nadmierne ingerowanie w sprawy dziecka, nadmierne nim sterowanie, intruzywność oraz aktywne zachęcanie do psychologicznej zależności, natomiast niski wynik wskazują na promowanie niezależności i autonomii.

Pożądaný opis relacji rodzic – dziecko to: wysoka troska i niska kontrola. Wyniki podaje się jako wartość arytmetyczną i/lub w formie graficznej wpisanej w układ współrzędnych. Istnieją różne możliwości interpretacji wyników. Autorzy narzędzia podają następujące wartości stanowiące swoiste normy: skala troski dla matki 27 punktów i więcej, dla ojca 24 i więcej; skala kontroli dla matki 13,5 punktu i mniej, dla ojca 12,5 punktu i mniej. Inną wartość podaje Horecka-Lewitowicz. Wskazuje ona, że punktem przecięcia osi jest liczba 19. (Horecka-Lewitowicz, 2006). Niezależnie od przyjętej wartości kombinacja wyników daje 4 możliwe typy relacji: wysoka kontrola i wysoka troska (kontrola z uczuciem), wysoka kontrola i niska troska (kontrola bez uczucia), niska kontrola i niska troska (związek słaby lub jego brak) oraz niska kontrola i wysoka troska (relacja pozytywna).

Parental Bonding Instrument nie bada bezpośrednio stylu przywiązania – tzw. *attachment*. Opisuje natomiast percepcję więzi i styl rodzicielski z perspektywy osoby badanej, czyli to jak osoba badana postrzega sposób, w jaki się nią zajmowali rodzice (lub opiekunowie) - tzw. *parental bonding*.

Właściwości psychometryczne: Narzędzie uznane jest zadowalającą trafne i rzetelne (Stelau, 2000). W warunkach polskich ocena współczynnika wewnętrznej spójności - alfa Cronbacha jest większa od 0,70 dla całego kwestionariusza oraz poszczególnych jego skal. Trafność narzędzia wykazana przez Parkera również jest zadowalająca. Uzyskiwanie wyniki są względnie stabilne w czasie i niezależne od płci, nastroju, doświadczeń życiowych oraz doświadczenia zaburzeń depresyjnych lub neurotycznych (Wilhelm i wsp., 2005).

W badaniu własnym uzyskano również wysoką rzetelność testu PBI (tabela 5).

Tabela 5-PBI współczynnik rzetelności

PBI- skala	N	α Cronbacha
Matka_kontrola-1	116	0,931
Matka_troska-1	113	0,869

Ojciec_kontrola-1	108	0,900
Ojciec_troska-1	113	0,869
Matka_kontrola-2	84	0,927
Matka_troska-2	85	0,893
Ojciec_kontrola-2	81	0,916
Ojciec_troska-2	81	0,894

N – liczebność, 1- badanie przed leczeniem, 2 – badanie po leczeniu

W warunkach polskich narzędzie stosowane jest od kilku lat (np. Horecka-Lewitowicz, 2006; Matusiak, 2008; Józefik, Iniewicz, Ułasińska, 2010; Treger, 2011). W badaniu własnym wykorzystano polską wersję PBI w tłumaczeniu Agnieszki Popiel³. Wzór kwestionariusza zamieszczony został w rozdz. 9.1.

6.2 Kwestionariusz do oceny dojrzałości mechanizmów obronnych

Defense Style Questionnaire 40 (DSQ40)

Autor: Michel Bond (Bond, 1994).

Kwestionariusz służy ocenie mechanizmów obronnych. W pierwotnej wersji zawierającej 97 pytań został opracowany w 1983 r., następnie podlegał licznym przekształceniom. Założenia teoretyczne odwołują się do psychodynamicznych koncepcji ego i procesów nieświadomych, co powoduje, że badanie tego obszaru jest skomplikowane i uwarunkowane przyjęciem kilku wstępnych założeń, tj.:

- mechanizmy obronne przejawiają się w zachowaniach bliskich świadomości;

³A. Popiel wyraziła zgodę na wykorzystanie testu przez B. Józefik, która inicjowała niniejszy projekt badawczy, do zastosowania w badaniach prowadzonych w Klinice Psychiatrii CMUJ.

- zdarza się, że mechanizmy te zawodzą i jednostka staje się świadoma swoich nieakceptowanych impulsów;
- żyjąc wśród innych ludzi, jednostka otrzymuje różne informacje na swój temat, które mogą ulec przyswojeniu;
- wiedza ta znajduje odbicie także w świadomych aspektach osobowości, np. w systemie wartości.

Wersja użyta w badaniu oparta jest na Klasyfikacji DSM-IV i stosowana jest od 1993 r. Składa się z 40 pytań, na które badani udzielają odpowiedzi na 9 punktowej skali. Umożliwia wyróżnienie 20 mechanizmów obronnych, które przyporządkowane są trzem stylom obronnym:

- **dojrzałem:** sublimacja, humor, antycypacja i stłumienie (co w klasyfikacji DSM odpowiada grupie mechanizmów o wysokiej adaptacji);
- **neurotycznemu:** odczynianie, pseudoaltruizm, idealizacja i formacja reaktywna (co w klasyfikacji DSM odpowiada poziomowi psychicznych zakazów i lekkiemu zniekształceniu obrazu);
- **niedojrzałem:** projekcja, bierna agresja, acting out, izolacja, dewaluacja, fantazje schizoidalne, zaprzeczenie, przemieszczenie, dysocjacja, rozszczepienie, racjonalizacja i somatyzacja (co w klasyfikacji DSM odpowiada poziomowi negacji działania oraz poważnego zniekształcenia obrazu).

DSQ40 jest obecnie jednym z częściej stosowanych na świecie narzędzi do badania mechanizmów obronnych. Kwestionariusz został przetłumaczony i zaadaptowany na potrzeby wielu krajów m.in. Niemiec, Francji, Włoch, Japonii, Serbii i Czarnogóry. Przeprowadzono badania badającego jego czułość na różnice kulturowe, wynikające z wieku czy płci. Na język polski został przetłumaczony w 1995 r. przez zespół pod kierownictwem Andrzeja Kokoszki i Janusza Pałczyńskiego (Cichocki, 2005). Od tego czasu jest dość powszechnie używanym narzędziem w praktyce klinicznej oraz w badaniach naukowych. Może również służyć jako jeden z elementów oceny wyników leczenia.

Z danych literaturowych wynika, że narzędzie to ma zadowalające właściwości psychometryczne (Treger, 2011). W badaniu własnym natomiast stwierdzono niską rzetelność narzędzia. Tylko w przypadku jednego mechanizmu obronnego, tj. fantazji

schizoidalnych, w obu pomiarach uzyskano wystarczająco wysoką rzetelność (α Cronbacha $> 0,6$). W przypadku trzech kolejnych (humor, acting out i somatyzacja) α Cronbacha była większa od 0,5. Zastawienie uzyskanych parametrów zawiera poniższa tabela 6.

Tabela 6 -DSQ40 - współczynnik rzetelności

Mechanizm obronny	N1 ⁴	α Cronbacha	N2	α Cronbacha
Humor	119	0,58	88	0,59
Sublimacja	118	-0,64	89	-0,52
Antycypacja	119	0,21	89	0,37
Stłumienie	119	0,31	89	0,30
Odczynianie	119	0,49	89	0,59
Pseudoaltruizm	119	0,05	89	0,12
Idealizacja	119	0,38	89	0,38
Formacja reaktywna	118	0,27	88	-0,18
Projekcja	118	0,47	89	0,70
Bierna agresja	119	0,49	89	0,29
Acting out	119	0,56	89	0,57
Izolacja	119	0,58	89	0,48
Dewaluacja	119	-0,01	89	0,15
Fantazje schizoidalne	119	0,76	89	0,86
Zaprzeczanie	119	0,37	88	0,36
Przemieszczenie	118	0,24	89	0,31
Dysocjacja	117	0,24	89	-0,08
Rozszczepienie	118	0,38	88	0,33
Racjonalizacja	118	0,18	88	0,10
Somatyzacja	119	0,66	89	0,59

⁴ N1 – liczebność przed badaniem, N2 – liczebność po badaniu

Do dalszych analiz statystycznych wybrano tylko zaznaczone cztery mechanizmy obronne o najwyższym poziomie rzetelności, tj. humor, acting out, fantazje schizoidalne oraz somatyzacja. Wzór kwestionariusza zamieszczony został w rozdz. 9.2.

6.3 Kwestionariusz do oceny cech osobowości

Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej (KON-2006)

Autor: Jerzy Aleksandrowicz, Katarzyna Klasa, Jerzy Sobański i Dorota Stolarska (Aleksandrowicz i wsp., 2006)

Kwestionariusz służy do oceny różnych aspektów (cech) osobowości w kontekście występowania zaburzeń nerwicowych. Ułatwia opis i różnicowanie zaburzeń nerwicowych od ostrych reakcji na stres oraz ocenę zmian powstających w wyniku leczenia psychoterapeutycznego. Narzędzie tworzone było od końca lat siedemdziesiątych do 2006 roku. Powstało w oparciu o eksperymentalne określenie zmiennych, które odróżniają osoby chorujące na zaburzenia nerwicowe od osób zdrowych. Założenia teoretyczne odnoszą się do współczesnych koncepcji powstawania zaburzeń nerwicowych, według których są one przede wszystkim konsekwencją sytuacji życiowych, które przekraczają możliwości radzenia sobie z nimi. Z drugiej strony ich przewlekłe lub nawracające występowanie najczęściej wiąże się z dysfunkcjami osobowości, które powodują bezradność, szczególnie w relacjach międzyludzkich. Autorzy narzędzia stwierdzili, że żadna z propozycji wynikających z istniejących teorii osobowości lub teorii psychopatologii zaburzeń nerwicowych nie znajduje wystarczającego potwierdzenia w doświadczeniu klinicznym, a dostępne narzędzia badawcze odnoszą się albo do osobowości prawidłowej (np. NEO-FFI) albo do specyficznych zaburzeń osobowości (np. MMPI) występujących niezależnie od zaburzeń nerwicowych. (Aleksandrowicz i wsp., 2006).

Kwestionariusz składa się z 240 pytań, na które osoba badana odpowiada tak lub nie. Wyróżnione są 24 skale nazywane domniemanym obszarem osobowości, który może mieć udział w powstawaniu zaburzeń nerwicowych. Skale te, to kolejno: poczucie uzależnienia od odtoczenia, astenia, negatywna samoocena, impulsywność, trudności w podejmowaniu decyzji, poczucie wyobcowania, demobilizacja, skłonność do ryzyka, trudności w relacjach emocjonalnych, brak witalności, przekonanie o niezaradności życiowej, poczucie braku

wpływu, brak wewnątrzsterowności, wyobrażenia i fantazjowanie, poczucie winy, trudności w relacjach interpersonalnych, zawiść, postawa narcystyczna, poczucie zagrożenia, egzaltacja, irracjonalność, drobiazgowość, rozpamiętywanie, poczucie przeciążenia. Ponadto wyróżniony jest wskaźnik „X-KON”, umożliwia zbiorczą ocenę stopnia zaburzenia osobowości, wiążącego się z powstawaniem objawów nerwicowych.

Właściwości psychometryczne: skale kwestionariusza są spójne (α Cronbacha od ok. 0,6 do ok. 0,9). Trafność oceniano w odniesieniu do wyniku kwestionariusza objawowego. Kryterium włączenia do grupy chorych była ogólna wartość kwestionariusza objawowego (OWK) wskazująca na liczbę i nasilenie współwystępujących objawów, właściwe dla zaburzeń nerwicowych (230 pkt. dla kobiet i 220 pkt. dla mężczyzn), w grupie kontrolnej kryterium była OWK poniżej 100 pkt.

W badaniu własnym uzyskano wysokie wskaźniki rzetelności narzędzia. Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela 7.

Tabela 7 – KON-2006 - współczynnik rzetelności

Skala KON-2006	N1 ⁵	α Cronbacha	N 2	α Cronbacha
Poczucie uzależnienia od otoczenia	112	0,85	88	0,83
Astenia	114	0,81	87	0,85
Negatywna samoocena	113	0,88	84	0,87
Impulsywność	113	0,87	88	0,85
Trudności podejmowania decyzji	113	0,76	89	0,75
Poczucie wyobcowania	115	0,87	88	0,86
Demobilizacja	113	0,85	84	0,85
Skłonność do ryzyka	116	0,74	86	0,71
Trudności w relacjach emocjonalnych	114	0,67	89	0,72
Brak witalności	111	0,71	85	0,77
Niezaradność życiowa	113	0,86	87	0,81
Brak wpływu	113	0,82	85	0,78
Brak wewnątrzsterowności	113	0,83	88	0,81

⁵N1 – liczebność przed badaniem, N2 – liczebność po badaniu

Skala KON-2006	N1 ⁵	α Cronbacha	N 2	α Cronbacha
Fantazjowanie	115	0,78	88	0,71
Poczucie winy	115	0,83	89	0,87
Trudności w relacjach interpersonalnych	114	0,67	89	0,66
Zawiść	111	0,83	87	0,75
Narcyzm	111	0,81	86	0,72
Poczucie zagrożenia	114	0,81	88	0,82
Egzaltacja	114	0,77	88	0,70
Irracjonalność	115	0,63	84	0,71
Drobiazgowość	114	0,66	89	0,66
Rozpamiętywanie	115	0,71	89	0,71
Poczucie zagrożenia	114	0,65	88	0,68

Wybór narzędzia podyktowany był przede wszystkim możliwością jego względnie łatwego użycia⁶. Mimo że odnosi się do cech osobowości w kontekście objawów nerwicowych, to jednak umożliwia powtarzalny pomiar i opis różnych wymiarów osobowości. Wzór kwestionariusza zamieszczony został w rozdz. 9.3.

Opis poszczególnych skal kwestionariusza KON-2006:

1. **Poczucie uzależnienia od otoczenia** – odnosi się do krytycznego postrzeganie siebie jako osoby podporządkowującej się innym, zależnej, nie umiejącej odmawiać (18 pytań);
2. **Astenia** – charakteryzuje osobę jako mało dynamiczną, niezadowoloną z życia, słabą psychicznie (13 pytań);
3. **Negatywna samoocena** – odnosi się do postrzegania siebie jako osoby bezwartościowej, nieatrakcyjnej, niezadowolonej z siebie (13 pytań);
4. **Impulsywność** – odnosi się do krytycznego postrzegania siebie jako osoby drażliwej, kłótlivej, wybuchowej, skłonnej do agresji fizycznej, niezdolnej dla otoczenia (17 pytań);

⁶Zgodę na użycie kwestionariusza KON-2006 oraz KO SIII w badaniach własnych uzyskano w Katedrze Psychoterapii UJ CM od J. Sobańskiego.

5. **Trudności podejmowania decyzji** – charakteryzuje osobę mającą trudności w podejmowaniu decyzji, unikającej samodzielnego podejmowania inicjatywy, skłonnej do długich rozważań (11 pytań);
6. **Poczucie wyobcowania** – opisuje osobę jako mającą poczucie osamotnienia, braku oparcia społecznego, nie rozumianej, lekceważonej (14 pytań);
7. **Demobilizacja** – odnosi się do poczucia zmęczenia, braku nadziei i zmniejszenia dynamiki życiowej osoby (20 pytań);
8. **Skłonność do ryzyka** – opisuje postrzeganie siebie jako osoby nie obawiającej się nowych sytuacji, lubiącej ryzyko, poszukującej niebezpieczeństwa (14 pytań);
9. **Trudności w relacjach emocjonalnych** – odnosi się do postawy nieufności w relacjach z innymi, subiektywnym poczuciu trudności w kontakt międzyludzkich (12 pytań);
10. **Brak witalności** – odnosi się do krytycznego postrzeganie jako osoby pozbawionej dynamiki życiowej (20 pytań);
11. **Przekonanie o niezaradności życiowej** – charakteryzuje postrzeganie siebie jako osoby nieporadnej, mało stanowczej, łatwo się wycofującej w sytuacji nagromadzenia trudności (16 pytań);
12. **Poczucie braku wpływu** – odnosi się do postrzeganie siebie jako kogoś zależnego od okoliczności, wydarzeń losowych, innych, co związane jest z negatywnymi konsekwencjami (13 pytań);
13. **Brak wewnątrzsterowności** – charakteryzuje osobę niezdolną do podejmowania inicjatywy, samodzielnego kierowania swoim życiem, sterowania własnymi decyzjami (19 pytań);
14. **Fantazjowanie** – odnosi się do tendencji tworzenia wyobrażeń związanych z uzyskaniem podziwu, sympatii otoczenia (13 pytań);
15. **Poczucie winy** – określa skłonność do zamartwiania się, pretensji do siebie o swoje zachowania i cechy charakteru, przeżywania poczucia winy (11 pytań);
16. **Trudności w relacjach interpersonalnych** – odnosi do postrzegania siebie jako osoby nie radzącej sobie w kontaktach z ludźmi, mającej trudności w relacjach z innymi (12 pytań);
17. **Zawiść** – opisuje skłonność osoby do deprecjonowania innych, doświadczania frustracji w obliczu sukcesów innych (14 pytań);
18. **Narcyzm** – charakteryzuje osobę wyższościową, egocentryczną, z pragnieniem posiadania szczególnych przywilei (14 pytań);

19. **Poczucie zagrożenia** – opisuje postawę nieufności, przewidywania niepowodzeń, rezygnowania ze swoich celów, osoba postrzega siebie jako mało odporną, nierozumianą wykorzystywaną przez otoczenie (14 pytań);
20. **Egzaltacja** – charakteryzuje osobę postrzegającą siebie jako uczuciową, wrażliwą, delikatną, zmienną w nastrojach i jednocześnie poszukującą oparcia (13 pytań);
21. **Irracjonalność** – opisuje nieracjonalne schematy poznawcze oraz myślenie życzeniowe (10 pytań);
22. **Drobiazgowość** – odnosi się do pedantyzmu, niepewności oraz perfekcjonizmu (8 pytań);
23. **Rozpamiętywanie** – określa tendencję do refleksyjności, niepewności, urażliwości oraz rozmyślania o sobie i swoim postępowaniu (10 pytań);
24. **Poczucie przeciążenia** – charakteryzuje osobę postrzegającą siebie jako podporządkowaną zasadom, zadaniom, obowiązkom, wiele od siebie wymagającą; powinna być rozpatrywana jako uzupełniająca, niekoniecznie musi być przejawem dysfunkcji osobowości (9 pytań).

6.4 Kwestionariusz objawowy

Kwestionariusz objawowy S-III (KO S-III)

Autorzy: Jerzy Aleksandrowicz i Jerzy Sobański (Aleksandrowicz, Sobański, 2011).

Kwestionariusz objawowy „S” służy do oceny występowania i nasilenia zaburzeń czynnościowych (nerwicowych). Pozwala na rejestrację 82 objawów z obszarów przeżywania, funkcji somatycznych i zachowania. Jest skróconą wersją bardziej obszernego kwestionariusza objawowego „O” badającego 138 zmiennych. Umożliwia szybkie i wygodne rozpoznawanie istnienia zaburzeń typu nerwicowego do celów klinicznych oraz epidemiologicznych. Nie pozwala jednak na postawienie diagnozy w oparciu o systemy klasyfikacyjne typu ICD-10 czy DSM-IV. Składa się z 87 pytań. Kryterium diagnostycznym jest wielkość OWK (ogólna wartość kwestionariusza), będąca sumą punktów przyznawanych za poszczególne odpowiedzi odnoszące się do faktu występowania w ostatnim tygodniu danego objawu i jego nasilenia (od „nie występował” - 0, przez „był nieznacznie uciążliwy” – 4 punkty, „średnio uciążliwy” – 5 punktów, do „bardzo uciążliwy” - 7 punktów). OWK większa lub równa 146 pkt. pozwala na diagnozowanie zaburzeń

nerwicowych niezależnie od płci badanych. Pierwsza wersja kwestionariusza powstała w 1981 r. Zdaniem autorów badane objawy zmieniają się okresowo, najprawdopodobniej z powodu zmian socjokulturowych i narzędzie badawcze powinno być odpowiednio dostosowane, czyli powinno uwzględniać najpowszechniejsze dysfunkcje. Wersja użyta w badaniu została opracowana w oparciu o objawy występujące w populacji osób zgłaszających się do leczenia w Zakładzie Psychoterapii UJ CM w latach 2005-2008. Ponadto kwestionariusz posiada tzw. „skalę nierzetelności”, której wynik powyżej 12 pkt. świadczy o małej wiarygodności udzielonych informacji. Autorzy narzędzia zaobserwowali, że u osób zgłaszających się do leczenia z powodu zaburzeń osobowości OWK może być poniżej 146 pkt. W analizowanej populacji (ponad 500 pacjentów) dotyczyło to ok. 10 % kobiet i 21 % mężczyzn.

Właściwości psychometryczne – rzetelność mierzona współczynnikiem α Cronbacha wynosi ponad 0,9 zarówno w populacji osób leczonych jak i nieleczonych (Aleksandrowicz, Sobański, 2011). Wzór kwestionariusza zamieszczony został w rozdz. 9.4.

6.5 Ustrukturyzowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości z osi II DSM-IV

Schedule for Clinical Interview for DSM-IV Axis for Personality Disorders SCID-II (First i wsp., 2010)

Narzędzie stosowane jest w celu klinicznego diagnozowania zaburzeń osobowości zgodnie z kryteriami DSM-IV. Ma formę ustrukturyzowanego wywiadu, który przeprowadzany jest albo niezależnie od wypełnienia kwestionariusza osobowości albo po jego wcześniejszym wypełnieniu przez osobę badaną. W badaniu własnym wywiad przeprowadzany był w oparciu o dane uzyskane w kwestionariuszu osobowości. Umożliwia rozpoznawanie: osobowości unikającej, zależnej, obsesyjno-kompulsyjnej, bierno-agresywnej, depresyjnej, paranoicznej, schizotypowej, schizoidalnej, histrionicznej, narcystycznej, z pogranicza, antyspołecznej oraz nieokreślonego zaburzenia osobowości. Pozwala na częściowe zobiiektywizowanie diagnozy oraz szacunkowe określenia stopnia nasilenia cech związanych z poszczególnymi typami zaburzeń. Ograniczeniem narzędzia jest częste występowanie kilku diagnoz jednocześnie oraz duży odsetek rozpoznań nieokreślonych zaburzeń osobowości. (Bender i wsp. 2011). Wywiad opracowany został w roku 1997 przez zespół w składzie: Michael First, Miriam Gibbon, Robert Spitzer, Janet

Williams, Lorna Smith Benjamin. Na język polski przetłumaczony został przez Hannę Lazarowicz i wydany przez Pracownię Testów Psychologicznych w 2012 roku.

Właściwości psychometryczne: autorzy podręcznika podają, że współczynnik zgodności *kappa* osiągał różną wartość w różnych badaniach, np. w badaniach First w instytucjach psychiatrycznych wahał się pomiędzy 0,24 dla osobowości obsesyjno-kompulsyjnej a 0,74 dla osobowości histrionicznej, dla całości wyniósł 0,53. W badaniach holenderskich uzyskano natomiast średnią wartość *kappa* 0,80 (First i wsp., 2010).

Narzędzie zakupione zostało w Pracowni Testów Psychologicznych ze środków własnych autorki. Ze względu na prawa autorskie nie zostało zamieszczone w aneksie.

6.6 Ankieta życiorysowa

Narzędzie zostało opracowane przez zespół Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala im. J. Babińskiego w Krakowie, a następnie nieznaczenie zmodyfikowane i dostosowane do potrzeb Ośrodka Psychoterapii DDA KCTU w Krakowie. Ankieta wypełniana jest przez każdego pacjenta w trakcie kwalifikacji do leczenia w obu ww. ośrodkach. Zawiera dane demograficzne oraz istotne z klinicznego punktu widzenia, dane biograficzne, tj. utraty, doświadczenia przemocy w dzieciństwie, występowania różnych trudności (objawów) na przestrzeni życia. Wzór kwestionariusza zamieszczony został w rozdz. 9.5.

6.7 Ankieta terapeuty

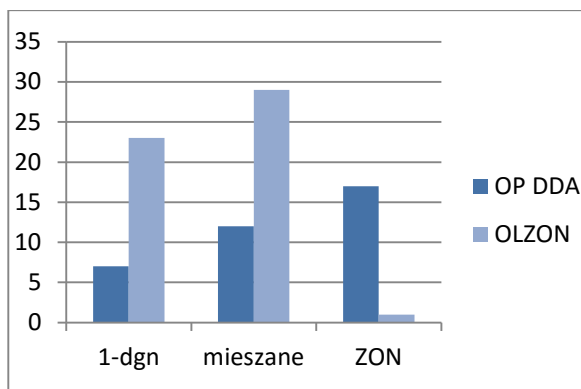
Ankieta terapeuty została opracowana przez autorkę badania. Celem ankiety była ocena procesu i efektu psychoterapii z punktu widzenia psychoterapeutów prowadzących leczenie. Ankieta składała się z pytań dotyczących m.in.: charakteru relacji między pacjentem a terapeutą, trudności w pracy terapeutycznej, zmiany objawowej oraz rokowania. Narzędzie to wypełniane było przez terapeutę prowadzącego leczenie danego pacjenta. Ze względu na niską wiarygodność uzyskanych w ten sposób informacji, nie została przeprowadzona analiza tych danych. O niskiej wiarygodności danych świadczyły takie

fakty jak brak zgodności odpowiedzi w ankiecie z informacjami z historii choroby w kwestii farmakoterapii, zachowań autoagresywnych, ukończenia leczenia w planowanym terminie, itp. Dane te na poziomie zbierania ankiet były na częściowo weryfikowane przez autorkę. Jednak przy braku możliwości sprawdzenia danych dotyczących procesu terapeutycznego, odstąpiono od analizy statystycznej narzędzia. Wzór kwestionariusza zamieszczony został w rozdz. 9.6.

CZĘŚĆ III: UZYSKANE WYNIKI

1. Weryfikacja diagnozy zaburzeń osobowości w oparciu o ustrukturyzowany wywiad SCID-II.

Przed przystąpieniem do badania założono, że ustrukturyzowany wywiad do badania zaburzeń osobowości SCID-II umożliwi postawienie jednoznacznych diagnoz klinicznych, a co za tym idzie analizę uzyskanych wyników również na podstawie podziału badanych wg postawionego typu zaburzenia osobowości. Niestety uzyskane wyniki uniemożliwiły jednoznaczny podział badanych według rozpoznania klinicznego. W OP DDA u 17 osób tj. u prawie połowy badanych (47%) rozpoznano zaburzenia osobowości nieokreślone (ZON), u 12 osób (33%) mieszane zaburzenia osobowości. Wśród tych osób były 2 osoby z osobowością z pogranicza (BPD) i 3 osoby z osobowością narcystyczną (NPD). Jednocześnie te 5 osób miało więcej niż 3 diagnozy jednocześnie. Tylko 7 osób (19%) miało specyficzne zaburzenia osobowości jednego typu: 3 osoby (8%) - typu obsesyjno-kompulsyjnego, 2 osoby (6%) - depresyjnego i po 1 osobie (3%) - zależnego i unikającego. Natomiast w OLZON u 1 osoby (2%) postawiono rozpoznanie nieokreślonych zaburzeń osobowości, u 29 osób (57%) rozpoznano mieszane zaburzenia osobowości. 21 osób, tj. 41% miało spełnione kryteria tylko jednego typu zaburzenia: 7 osób (14%) – osobowość z pogranicza, 7 (14%) – osobowość unikającą, 3 osoby (6%) – osobowość histrioniczną, 2 osoby (4%) osobowość narcystyczną i po 1 (2%) – osobowość depresyjną, bierno-agresywną i obsesyjno-kompulsyjną. Wśród mieszanych zaburzeń osobowości najwięcej, tj. 19 osób (37%) miało diagnozę osobowości z pogranicza, w 3 przypadkach w połączeniu z osobowością narcystyczną, u kolejnych 6 w połączeniu z osobowością unikającą, następne 6 osób miało diagnozę unikających zaburzeń osobowości w połączeniu z innymi rozpoznaniem, u 11 badanych współrozpoznanie stanowiła osobowość depresyjna, u 8 współrozpoznanie stanowiła osobowość narcystyczna. U 1 osoby stwierdzono współwystępowanie aż 7 rozpoznań. Podsumowując: 26 osób czyli połowa badanych miała zaburzenia osobowości z pogranicza.



Rysunek 21 - diagnoza zaburzeń osobowości wg SCID-II

W związku z tym, że na podstawie uzyskanych wyników nie udało się skwalifikować badanych wg typu osobowości, przyjęto ogólny podział badanych na grupę osób z głębszymi zaburzeniami osobowości, czyli pacjentów OLZON i grupę osób z mniejszym poziomem psychopatologii osobowościowej wraz z towarzyszącym syndromem DDA, czyli pacjentów OP DDA.

Chociaż na podstawie badania wywiadem SCID-II nie podzielono pacjentów na jednorodne grupy pod względem typu osobowości, to jednak umożliwił on w pozytywny sposób zweryfikować diagnozę zaburzeń osobowości u każdej osoby badanej.

2. Weryfikacja hipotez

2.1 Weryfikacja hipotezy nr 1:

„Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb wpływa na korzystny wynik terapii”

Weryfikacja hipotezy 1a: „Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb wpływa na korzystny wynik terapii w postaci poprawy percepcji więzi w kierunku bardziej optymalnego (wzrost opieki i spadek kontroli rodzicielskiej)”.

Hipoteza weryfikowana była poprzez porównanie wyników uzyskanych w badaniu kwestionariuszem oceny więzi z rodzicami (PBI) osiągniętych w całej populacji na początku i na końcu leczenia osobno dla każdego z rodziców w skali troski i kontroli. Zastosowano test T Studenta dla zmiennych zależnych.

Statystyki opisowe					
		średnia	N	odchylenie stand.	błąd stand.
Pair 1	PBIM1_Matka_Troska	1,3003	87	,68068	,07298
	PBIM2_Matka_Troska	1,2261	87	,65745	,07049
Pair 2	PBIM1_Matka_Kontrola	1,4778	87	,77769	,08338
	PBIM2_Matka_Kontrola	1,5765	87	,76222	,08172
Pair 3	PBIO1_Ojciec_Troska	,6992	86	,57354	,06185
	PBIO2_Ojciec_Troska	,6707	86	,63557	,06854
Pair 4	PBIO1_Ojciec_Kontrola	1,2546	86	,72965	,07868
	PBIO2_Ojciec_Kontrola	1,2875	86	,75766	,08170

Test T Studenta				
		t	df	p
Pair 1	PBIM1_Matka_Troska - PBIM2_Matka_Troska	1,490	86	,140
Pair 2	PBIM1_Matka_Kontrola - PBIM2_Matka_Kontrola	-1,905	86	,060
Pair 3	PBIO1_Ojciec_Troska - PBIO2_Ojciec_Troska	,725	85	,471
Pair 4	PBIO1_Ojciec_Kontrola - PBIO2_Ojciec_Kontrola	-,850	85	,397

Wniosek: Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią dostosowaną do potrzeb nie wpływa na zmianę postrzegania więzi z rodzicami u żadnego z rodziców w żadnej ze skal.

Weryfikacja hipotezy 1b: „Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb wpływa na korzystny wynik terapii w postaci zwiększenia dojrzałości mechanizmów obronnych”.

Hipoteza weryfikowana była poprzez porównanie wyników osiągniętych w całej populacji badanej uzyskanych na początku i na końcu leczenia osiągniętych w badaniu kwestionariuszem mechanizmów obronnych (DSQ40) z uwzględnieniem tylko tych skal, które w badaniu własnym okazały się rzetelne, tj.: humor, acting out, fantazje schizoidalne, somatyzacja. Zastosowano test T Studenta dla zmiennych zależnych.

Statystyki opisowe

		średnia	N	odchylenie stand.	błąd stand.
Pair 1	DSQ1_Humor	4,8427	89	1,99516	,21149
	DSQ2_Humor	5,2584	89	1,93225	,20482
Pair 2	DSQ1_Acting_out	5,6404	89	2,22969	,23635
	DSQ2_Acting_out	5,7584	89	2,02416	,21456
Pair 3	DSQ1_Fantazje_schizoidalne	3,0281	89	1,73919	,18435
	DSQ2_Fantazje_schizoidalne	3,0281	89	1,59609	,16919
Pair 4	DSQ1_Somatyizacja	4,8427	89	2,19710	,23289
	DSQ2_Somatyizacja	4,6180	89	1,94385	,20605

Test T Studenta

		T	df	P
Pair 1	DSQ1_Humor - DSQ2_Humor	-2,550	88	,012
Pair 2	DSQ1_Acting_out - DSQ2_Acting_out	-,485	88	,629
Pair 3	DSQ1_Fantazje_schizoidalne - DSQ2_Fantazje_schizoidalne	,000	88	1,000
Pair 4	DSQ1_Somatyizacja - DSQ2_Somatyizacja	1,086	88	,281

Wniosek: Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią dostosowaną potrzeb wpływa w sposób istotny statystycznie na zmianę jednego z analizowanych dojrzałych mechanizmów obronnych, tj. poczucia humoru powodując zwiększenie częstotliwości jego występowania w badanej populacji.

Weryfikacja hipotezy 1c: „Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb wpływa na korzystny wynik terapii w postaci zmniejszenia nasilenia niepożądanych cech osobowości”.

Hipoteza weryfikowana była poprzez porównanie wyników w całej populacji badanej uzyskanych na początku i na końcu leczenia osiągniętych w badaniu kwestionariuszem osobowości nerwicowej KON-2006. Zastosowano test T Studenta dla zmiennych zależnych.

Statystyki opisowe

		Średnia	N	odchylenie stand	błąd stand
Pair 1	KON1_astenia	,7510	89	,22972	,02435
	KON2_astenia	,5997	89	,29030	,03077
Pair 2	KON1_poczucie_uzależnienia_od_oto czenia	,5015	89	,25027	,02653
	KON2_poczucie_uzależnienia_od_oto czenia	,3616	89	,23526	,02494

Pair 3	KON1_negatywna_samoocena	,5073	89	,29495	,03126
	KON2_negatywna_samoocena	,2918	89	,27088	,02871
Pair 4	KON1_impulsywnosc	,4470	89	,25904	,02746
	KON2_impulsywnosc	,3881	89	,24895	,02639
Pair 5	KON1_trudności_podejmowania_decy zji	,6816	89	,24697	,02618
	KON2_trudności_podejmowania_decy zji	,5914	89	,26080	,02764
Pair 6	KON1_poczucie_wyobcowania	,5064	89	,29513	,03128
	KON2_poczucie_wyobcowania	,3291	89	,26478	,02807
Pair 7	KON1_demobilizacja	,6049	89	,22993	,02437
	KON2_demobilizacja	,4819	89	,23525	,02494
Pair 8	KON1_sklonność_do_ryzyka	,2551	89	,19586	,02076
	KON2_sklonność_do_ryzyka	,2961	89	,19586	,02076
Pair 9	KON1_trudności_w_relacjach_emocjo nalnych	,6213	89	,20821	,02207
	KON2_trudności_w_relacjach_emocjo nalnych	,5253	89	,23850	,02528
Pair 10	KON1_brak_witalności	,5925	89	,17578	,01863
	KON2_brak_witalności	,4738	89	,19640	,02082
Pair 11	KON1_niezaradność_życiowa	,5945	89	,26582	,02818
	KON2_niezaradność_życiowa	,4404	89	,24570	,02604
Pair 12	KON1_brak_wewnątrzsterownosci	,5187	89	,23047	,02443
	KON2_brak_wewnątrzsterownosci	,3751	89	,21762	,02307
Pair 13	KON1_fantazjowanie	,4675	89	,24455	,02592
	KON2_fantazjowanie	,3709	89	,22340	,02368
Pair 14	KON1_poczucie_winy	,6815	89	,27479	,02913
	KON2_poczucie_winy	,5373	89	,32910	,03488
Pair 15	KON1_trudności_w_relacjach_interpe rsonalnych	,6815	89	,27479	,02913
	KON2_trudności_w_relacjach_interpe rsonalnych	,5373	89	,32910	,03488
Pair 16	KON1_zawiść	,3218	89	,23867	,02530
	KON2_zawiść	,2289	89	,19793	,02098
Pair 17	KON1_narcyzm	,2542	89	,22302	,02364
	KON2_narcyzm	,2133	89	,18276	,01937
Pair 18	KON1_poczucie_zagrozenia	,4392	89	,24101	,02555
	KON2_poczucie_zagrozenia	,2813	89	,23680	,02510
Pair 19	KON1_egzaltacja	,6589	89	,21481	,02277
	KON2_egzaltacja	,5490	89	,21794	,02310
Pair 20	KON1_irracjonalnosc	,3191	89	,21473	,02276
	KON2_irracjonalnosc	,2749	89	,21956	,02327
Pair 21	KON1_drobiazgowość	,4850	89	,25649	,02719
	KON2_drobiazgowość	,4354	89	,25079	,02658
Pair 22	KON1_rozpamiętywanie	,7433	89	,22612	,02397
	KON2_rozpamiętywanie	,6467	89	,25379	,02690
Pair 23	KON1_poczucie_przeciazenia	,5345	89	,23171	,02456
	KON2_poczucie_przeciazenia	,4538	89	,24750	,02623

Test T Studenta

	T	df	P
KON1_astenia - KON2_astenia	6,111	88	,000
KON1_poczucie_uzależnienia_od_otoczenia - KON2_poczucie_uzależnienia_od_otoczenia	5,147	88	,000
KON1_negatywna_samoocena - KON2_negatywna_samoocena	8,578	88	,000
KON1_impulsywnosc - KON2_impulsywnosc	2,786	88	,007
KON1_trudności_podejmowania_decyzji - KON2_trudności_podejmowania_decyzji	3,813	88	,000
KON1_poczucie_wyobcowania - KON2_poczucie_wyobcowania	6,998	88	,000
KON1_demobilizacja - KON2_demobilizacja	5,353	88	,000
KON1_sklonność_do_ryzyka - KON2_sklonność_do_ryzyka	-2,497	88	,014
KON1_trudności_w_relacjach_emocjonalnych - KON2_trudności_w_relacjach_emocjonalnych	4,600	88	,000
KON1_brak_witalności - KON2_brak_witalności	6,743	88	,000
KON1_niezaradność_życiowa - KON2_niezaradność_życiowa	5,736	88	,000
KON1_brak_wewnątrzsterownosci - KON2_brak_wewnątrzsterownosci	5,919	88	,000
KON1_fantazjowanie - KON2_fantazjowanie	4,583	88	,000
KON1_poczucie_winy - KON2_poczucie_winy	4,824	88	,000
KON1_trudności_w_relacjach_interpersonalnych - KON2_trudności_w_relacjach_interpersonalnych	4,824	88	,000
KON1_zawiść - KON2_zawiść	4,979	88	,000
KON1_narcyzm - KON2_narcyzm	2,441	88	,017
KON1_poczucie_zagrożenia - KON2_poczucie_zagrożenia	6,253	88	,000
KON1_egzaltacja - KON2_egzaltacja	4,770	88	,000
KON1_irracjonalnosc - KON2_irracjonalnosc	2,620	88	,010
KON1_drobiazgowość - KON2_drobiazgowość	2,155	88	,034
KON1_rozpamiętywanie - KON2_rozpamiętywanie	3,667	88	,000
KON1_poczucie_przeciazenia - KON2_poczucie_przeciazenia	3,622	88	,000

Wnioski: Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią dostosowaną potrzeb wpływa w sposób istotny statystycznie na zmianę wszystkich analizowanych parametrów. Maleje nasilenie wszystkich niepożądanych cech osobowości poza skłonnością do ryzyka, która w badanej populacji rośnie.

Weryfikacja hipotezy 1d: „Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb wpływa na korzystny wynik terapii w postaci redukcji nasilenia objawów psychopatologicznych”.

Hipoteza weryfikowana była poprzez porównanie wyników w całej populacji badanej uzyskanych na początku i na końcu leczenia osiągniętych w badaniu Kwestionariuszem objawowym SIII. Zastosowano test T Studenta dla zmiennych zależnych.

Statystyki opisowe					
		Średnia	N	odchylenie stand.	błąd stand.
Pair 1	SOIII_1				
	SOIII_2	226,9884	86	117,98679	12,72284
		169,3488	86	107,60962	11,60384

Test T Studenta

	t	df	p
Pair 1 SOIII_1 - SOIII_2	5,665	85	,000

Wnioski: Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią dostosowaną do potrzeb wpływa w sposób istotny statystycznie na redukcję objawów psychopatologicznych.

Podsumowanie weryfikacji hipotezy nr 1:

Biorąc pod uwagę badaną grupę jako całość stwierdzono, że leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią dostosowaną do potrzeb:

1. wpływa na zmianę jednego z czterech mechanizmów obronnych, które w badaniu własnym okazały się wystarczająco rzetelne, tj. na zmianę poczucia humoru jako dojrzałego mechanizmu obronnego powodując zwiększenie częstotliwości jego używania;

2. wpływa na zmianę wszystkich analizowanych niepożądanych cech osobowości powodując zmniejszenie nasilenia wszystkich cech poza skłonnością do ryzyka, która w badanej grupie wzrosła;
3. wpływa na korzystny wynik terapii w postaci redukcji nasilenia objawów psychopatologicznych;
4. nie wpływa na zmianę percepcji więzi z rodzicami.

Tabela 8 Weryfikacja hipotezy nr 1.

Obszar, w którym po terapii zmiany	
wystąpiły	nie wystąpiły
mechanizmy obronne (wzrasta poczucie humoru) cechy osobowości (maleje natężenie niepożądanych cech osobowości, poza skłonnością do ryzyka) poprawa objawowa	percepcja więzi

2.2 Weryfikacja hipotezy nr 2:

„Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby o mniejszym poziomie zaburzeń osiągają lepszy końcowy wynik terapii niż osoby o większym poziomie psychopatologii”.

Weryfikacja całej hipotezy nr 2 przeprowadzona została poprzez porównanie wyników osiągniętych w grupie pacjentów OP DDA jako grupy pacjentów z zaburzeniami osobowości o mniejszym poziomie psychopatologii (oznaczonych jako DDA) w stosunku do grupy grupie pacjentów OLZON jako grupy pacjentów z zaburzeniami osobowości o większym poziomie psychopatologii (oznaczonych jako OLZON). Oby ocenić wpływ poziomu psychopatologii na końcowy wynik terapii zastosowano metodę statystyczną analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami.

Weryfikacja hipotezy 2a: „Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby o mniejszym poziomie zaburzeń osiągają większą zmianę percepcji więzi w kierunku bardziej optymalnej niż pacjenci o większym poziomie psychopatologii”.

Hipoteza weryfikowana była w oparciu o wyniki uzyskane w kwestionariuszu oceny więzi (PBI) osobno dla każdego z rodziców w skali troski i kontroli.

PBI Matka Troska:

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
PBI1 Matka_Troska	OLZON	1,1496	,66766	51
	DDA	1,5333	,64809	35
	Razem	1,3058	,68278	86
PBI2 Matka_Troska	OLZON	1,2239	,69352	51
	DDA	1,2407	,61745	35
	Razem	1,2307	,65992	86

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,941; $F(1,84) = 5,28$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,059$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,849; $F(1,84) = 14,906$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,151$; $p < 0,001$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby o mniejszym poziomie zaburzeń osiągają większą zmianę percepcji więzi mierzoną skalą troski matki kwestionariusza PBI, przy czym zmiana ta polega na zmniejszeniu percepcji troski matki.

PBI Matka Kontrola:

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
PBI1 Matka_Kontrola	OLZON	1,5535	,77689	51
	DDA	1,3438	,77128	35
	Razem	1,4682	,77700	86
PBI2 Matka_Kontrola	OLZON	1,5596	,72912	51
	DDA	1,5780	,81738	35
	Razem	1,5671	,76160	86

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,941; $F(1,84) = 5,299$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,059$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,946; $F(1,84) = 4,78$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,054$; $p < 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby o mniejszym poziomie zaburzeń osiągają większą zmianę percepcji więzi mierzoną skalą kontroli matki kwestionariusza PBI, przy czym zmiana ta polega na zwiększeniu percepcji kontroli matki.

PBI Ojciec Troska:

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
PBI1 Ojciec_Troska	OLZON	,7262	,62105	49
	DDA	,6697	,51647	36
	Razem	,7015	,57653	85
PBI2 Ojciec_Troska	OLZON	,7553	,68349	49
	DDA	,5625	,56251	36
	Razem	,6737	,63873	85

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,989; $F(1,83) = 0,918$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,011$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,967; $F(1,83) = 2,854$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,033$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony skalą troski ojca kwestionariusza PBI.

.

PBI Ojciec Kontrola:

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
PBI1 Ojciec_Kontrola	OLZON	1,3378	,77058	49
	DDA	1,1099	,64101	36
	Razem	1,2413	,72343	85
PBI2 Ojciec_Kontrola	OLZON	1,3608	,77550	49
	DDA	1,1530	,70603	36
	Razem	1,2728	,74968	85

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,992; $F(1,83) = 0,688$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,008$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,999; $F(1,83) = 0,63$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,001$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony skalą kontroli ojca kwestionariusza PBI.

Weryfikacja hipotezy 2b: „Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby o mniejszym poziomie zaburzeń osiągają lepszy końcowy wynik terapii w postaci zwiększenia dojrzałości mechanizmów obronnych niż pacjenci o większym poziomie”.

Hipoteza weryfikowana była w oparciu o wyniki uzyskane w badaniu kwestionariuszem mechanizmów obronnych (DSQ40) z uwzględnieniem tylko tych skal, które w badaniu własnym okazały się rzetelne, tj.: humor, acting out, fantazje schizoidalne, somatyzacje.

DSQ40 Humor

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
DSQ1 Humor	OLZON	4,7788	2,06847	52
	DDA	5,0417	1,81806	36
	Razem	4,8864	1,96335	88
DSQ2 Humor	OLZON	4,8654	1,88938	52
	DDA	5,9167	1,79085	36
	Razem	5,2955	1,91130	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,908; $F(1,86) = 8,694$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,092$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,936; $F(1,86) = 5,846$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,0641$; $p < 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby o mniejszym poziomie zaburzeń osiągają lepszy końcowy wynik terapii polegający na zwiększeniu poczucia humoru.

DSQ40-acting out

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
DSQ1 Acting_out	OLZON	6,2404	2,03280	52
	DDA	4,6944	2,18853	36
	Razem	5,6080	2,22117	88
DSQ2 Acting_out	OLZON	6,0192	2,01942	52
	DDA	5,3333	1,99643	36
	Razem	5,7386	2,02708	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,992; $F(1,86) = 0,716$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,008$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,966; $F(1,86) = 3,034$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,034$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzoną zmianą mechanizmu obronnego w postaci acting out.

DSQ40-fantazje schizoidalne

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
DSQ1 Fantazje schizoidalne	OLZON	3,3462	1,81372	52
	DDA	2,5556	1,55737	36
	Razem	3,0227	1,74841	88
DSQ2 Fantazje schizoidalne	OLZON	3,4038	1,71510	52
	DDA	2,4444	1,22345	36
	Razem	3,9114	1,59737	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 1,000; $F(1,86) = 0,002$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,000$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,998; $F(1,86) = 0,202$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,002$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzoną zmianą mechanizmu obronnego w postaci fantazji schizoidalnych.

DSQ40-somatyzacje

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
DSQ1 Somatyzacje	OLZON	5,0673	2,44354	52
	DDA	4,4861	1,78680	36
	Razem	4,8295	2,20616	88
DSQ2 Somatyzacje	OLZON	4,7596	2,00120	52
	DDA	4,3472	1,84321	36
	Razem	4,5909	1,93804	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,987; $F(1,86) = 1,094$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,013$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,998; $F(1,86) = 0,156$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,002$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzoną zmianą mechanizmu obronnego w postaci somatyzacji.

Weryfikacja hipotezy 2c: „Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby o mniejszym poziomie zaburzeń osiągają lepszy końcowy wynik terapii w postaci większego zmniejszenia niepożądanych cech osobowości niż pacjenci o większym poziomie psychopatologii”.

Hipoteza weryfikowana była w oparciu o wyniki uzyskane w badaniu kwestionariuszem osobowości nerwicowej (KON-2006) w każdej ze skal osobno.

KON-2006 – poczucie uzależnienia

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_uzależnienia	OLZON	,5830	,24074	52
	DDA	,3761	,21174	36
	Razem	,4983	,24994	88
KON2_poczucie_uzależnienia	OLZON	,4245	,22372	52
	DDA	,2670	,22491	36
	Razem	,3601	,23613	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,789; $F(1,86) = 22,937$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,211$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,991; $F(1,86) = 0,778$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,009$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali poczucia uzależnienia kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 – astenia

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_astenia	OLZON	,8677	,12706	52
	DDA	,5777	,23913	36
	Razem	,7491	,23029	88
KON2_astenia	OLZON	,6832	,26530	52
	DDA	,4701	,28055	36
	Razem	,5960	,28987	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,719; $F(1,86) = 33,546$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,281$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,974; $F(1,86) = 2,324$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,026$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali astenii kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 – negatywna samoocena

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_negatywna_samoocena	OLZON	,6724	,22267	52
	DDA	,2658	,21379	36
	Razem	,5061	,29641	88
KON2_Negatywna_samoocena	OLZON	,3957	,28405	52
	DDA	,1348	,15419	36
	Razem	,2890	,27113	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,559; $F(1,86) = 67,975$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,441$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,908; $F(1,86) = 8,669$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,092$; $p < 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali negatywnej samooceny kwestionariusza KON-2006. Pacjenci o mniejszym poziomie psychopatologii osiągają mniejszą zmianę tej cechy niż pacjenci o większym poziomie psychopatologii.

KON-2006 - impulsywność

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_impul sywność	OLZON	,5236	,25530	52
	DDA	,3275	,21784	36
	Razem	,4434	,25826	88
KON2_impul sywność	OLZON	,4604	,26556	52
	DDA	,2847	,18512	36
	Razem	,3885	,25035	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,934; $F(1,86) = 6,115$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,066$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,997; $F(1,86) = 0,226$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,003$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali impulsywności kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 - trudności podejmowania decyzji

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_trudności_pode jmowania_decyzji	OLZON	,6890	,22426	52
	DDA	,6621	,27696	36
	Razem	,6780	,24600	88
KON2_trudności_pode jmowania_decyzji	OLZON	,5769	,25643	52
	DDA	,6136	,27262	36
	Razem	,5919	,26225	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,884; $F(1,86) = 11,330$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,116$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,980; $F(1,86) = 1,777$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,020$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali trudności podejmowania decyzji kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 - poczucie wyobcowania

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_wyobcowania	OLZON	,6674	,21688	52
	DDA	,2701	,23226	36
	Razem	,5049	,29645	88
KON2_poczucie_wyobcowania	OLZON	,4176	,26927	52
	DDA	,2044	,20642	36
	Razem	,3304	,26601	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,667; $F(1,86) = 42,897$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,333$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,855; $F(1,86) = 14,610$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,145$; $p < 0,001$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali poczucia wyobcowania kwestionariusza KON-2006. Pacjenci o mniejszym poziomie psychopatologii osiągają mniejszą zmianę tej cechy niż pacjenci o większym poziomie psychopatologii.

KON-2006 – demobilizacja

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_demo bilizacja	OLZON	,7035	,17930	52
	DDA	,4583	,22120	36
	Razem	,6032	,23072	88
KON2_demo bilizacja	OLZON	,5509	,22522	52
	DDA	,3776	,21482	36
	Razem	,4800	,23590	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,776; $F(1,86) = 24,776$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,224$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,973; $F(1,86) = 2,348$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,027$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali demobilizacji kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 - skłonność do ryzyka

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_sklon ność_do_ryz yka	OLZON	,2885	,21074	52
	DDA	,2100	,16622	36
	Razem	,2563	,19661	88
KON2_sklon ność_do_ryz yka	OLZON	,3216	,20650	52
	DDA	,2575	,17807	36
	Razem	,2954	,19688	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,938; $F(1,86) = 5,731$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,062$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,998; $F(1,86) = 0,181$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,002$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali skłonności do ryzyka kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 - trudności w relacjach emocjonalnych

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_trudności_w_relacjach_emocjonalnych	OLZON	,6766	,19167	52
	DDA	,5380	,20811	36
	Razem	,6199	,20894	88
KON2_trudności_w_relacjach_emocjonalnych	OLZON	,5417	,24282	52
	DDA	,4954	,23312	36
	Razem	,5227	,23864	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,828; $F(1,86) = 17,876$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,172$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,947; $F(1,86) = 4,835$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,053$; $p < 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali trudności w relacjach emocjonalnych kwestionariusza KON-2006. Pacjenci o mniejszym poziomie psychopatologii osiągają mniejszą zmianę tej cechy niż pacjenci o większym poziomie psychopatologii.

KON-2006 - brak witalności

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_brak_witalności	OLZON	,6438	,16493	52
	DDA	,5127	,16233	36
	Razem	,5902	,17537	88
KON2_brak_witalności	OLZON	,5037	,18705	52
	DDA	,4270	,20484	36
	Razem	,4723	,19706	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,685; $F(1,86) = 39,522$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,315$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,974; $F(1,86) = 2,296$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,026$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali braku witalności kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 - niezaradność życiowa

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_niezaradność życiowa	OLZON	,7070	,19024	52
	DDA	,4207	,26526	36
	Razem	,5899	,26375	88
KON2_niezaradność życiowa	OLZON	,5108	,22200	52
	DDA	,3282	,23603	36
	Razem	,4361	,24383	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,754; $F(1,86) = 28,093$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,246$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,960; $F(1,86) = 3,625$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,040$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali niezaradność życiowa kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 - brak wewnątrzsterowności

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_brak_wewnątrzsterowności	OLZON	,6177	,18978	52
	DDA	,3667	,19941	36
	Razem	,5150	,22915	88
KON2_brak_wewnątrzsterowności	OLZON	,4362	,22628	52
	DDA	,2811	,16924	36
	Razem	,3728	,21776	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,744; $F(1,86) = 29,655$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,256$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,957; $F(1,86) = 3,819$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,043$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali braku wewnątrzsterowności kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 – fantazjowanie

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_fantazjowanie	OLZON	,4952	,25423	52
	DDA	,4168	,21980	36
	Razem	,3817	,22949	88
KON2_fantazjowanie	OLZON	,3817	,22949	52
	DDA	,3486	,21529	36
	Razem	,3682	,22313	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,829; $F(1,86) = 17,712$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,171$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,987; $F(1,86) = 1,104$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,013$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali fantazjowania kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 - poczucie winy

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_winy	OLZON	,8057	,19743	52
	DDA	,4983	,27399	36
	Razem	,6800	,27597	88
KON2_poczucie_winy	OLZON	,6469	,29562	52
	DDA	,3763	,31653	36
	Razem	,5326	,33082	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,806; $F(1,86) = 20,707$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,194$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,996; $F(1,86) = 0,356$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,004$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali poczucia winy kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 - trudności w relacjach interpersonalnych

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_trudności_w_relacjach_interpersonalnych	OLZON	,8057	,19743	52
	DDA	,4983	,27399	36
	Razem	,6800	,27597	88
KON2_trudności_w_relacjach_interpersonalnych	OLZON	,6469	,29562	52
	DDA	,3763	,31653	36
	Razem	,5362	,33082	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,806; $F(1,86) = 20,707$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,194$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,996; $F(1,86) = 0,356$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,004$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali trudności w relacjach interpersonalnych kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 - zawiść

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_zawiść	OLZON	,3770	,24328	52
	DDA	,2272	,18725	36
	Razem	,3157	,23300	88
KON2_zawiść	OLZON	,2693	,19924	52
	DDA	,1648	,18128	36
	Razem	,2266	,19789	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,807; $F(1,86) = 20,565$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,193$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,983; $F(1,86) = 1,462$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,0173$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali zawiści kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 - narcyzm

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_narcyzm	OLZON	,2894	,24440	52
	DDA	,1885	,15382	36
	Razem	,2481	,21685	88
KON2_narcyzm	OLZON	,2317	,20724	52
	DDA	,1827	,13906	36
	Razem	,2117	,18315	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,959; $F(1,86) = 3,712$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,041$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,972; $F(1,86) = 2,480$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,028$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali narcyzmu kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 - poczucie zagrożenia

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_zagrozenia	OLZON	,5577	,22125	52
	DDA	,2684	,15435	36
	Razem	,4393	,24239	88
KON2_poczucie_zagrozenia	OLZON	,3648	,23687	52
	DDA	,1607	,18420	36
	Razem	,2813	,23816	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,716; $F(1,86) = 34,172$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,284$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,969; $F(1,86) = 2,753$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,031$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali poczucia zagrożenia kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 - irracjonalność

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_irracjonalność	OLZON	,3019	,20910	52
	DDA	,3472	,22486	36
	Razem	,3205	,21558	88
KON2_irracjonalność	OLZON	,2556	,22727	52
	DDA	,3105	,20476	36
	Razem	,2780	,21882	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,937; $F(1,86) = 5,738$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,019$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,999; $F(1,86) = 0,077$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,001$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali irracjonalności kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 – drobiazgowość

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_drobiazgowość	OLZON	,4519	,27803	52
	DDA	,5185	,20593	36
	Razem	,4792	,25191	88
KON2_drobiazgowość	OLZON	,4375	,26603	52
	DDA	,4306	,23422	36
	Razem	,4347	,25213	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,945; $F(1,86) = 5,004$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,055$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,971; $F(1,86) = 2,582$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,029$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali drobiazgowości kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 rozpamiętywanie

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_rozpa miętywanie	OLZON	,7796	,20918	52
	DDA	,6867	,24276	36
	Razem	,7416	,22687	88
KON2_rozpa miętywanie	OLZON	,6774	,25966	52
	DDA	,6019	,24542	36
	Razem	,6465	,25524	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,879; $F(1,86) = 11,841$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,121$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,999; $F(1,86) = 0,103$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,001$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali rozpamiętywania kwestionariusza KON-2006.

KON-2006 - poczucie przeciążenia

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_przeciążenia	OLZON	,5139	,24668	52
	DDA	,5698	,20796	36
	Razem	,5368	,23202	88
KON2_poczucie_przeciążenia	OLZON	,4594	,27835	52
	DDA	,4491	,20157	36
	Razem	,4552	,24857	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,853; $F(1,86) = 14,840$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,147$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,976; $F(1,86) = 2,125$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,024$; $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony w skali poczucia przeciążenia kwestionariusza KON-2006.

Weryfikacja hipotezy 2c: „Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby o mniejszym poziomie zaburzeń osiągają lepszy końcowy wynik terapii w postaci redukcji nasilenia objawów psychopatologicznych niż pacjenci o większym poziomie psychopatologii”.

Hipoteza weryfikowana była w oparciu o wyniki uzyskane w badaniu kwestionariuszem objawowym SIII (KO SIII) metodą analizy wariancji z powtarzalnymi pomiarami.

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
KO_SIII_1	OLZON	283,5600	105,40576	50
	DDA	143,8286	82,26195	35
	Razem	226,0235	118,34524	85
KO_SIII_2	OLZON	217,8200	108,69198	50
	DDA	97,0571	52,48022	35
	Razem	168,0941	107,61357	85

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,742; $F(1,83) = 28,89$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,258$; $p < 0,01$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,99; $F(1,83) = 0,821$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,01$; $p = 0,367$ czyli $p > 0,05$

Wniosek: Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony redukcją objawów psychopatologicznych kwestionariusza objawowego SIII.

Podsumowanie wyników weryfikacji hipotezy nr 2:

Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, że

1. Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony:

- a. zmianą percepcji więzi w skali troski kwestionariusza PBI poprzez zmniejszenie percepcji troski matki i zwiększenie percepcji kontroli matki przez pacjentów o mniejszym poziomie zaburzeń;
- b. zmianą mechanizmu obronnego w postaci poczucia humoru mierzonego kwestionariuszem mechanizmów obronnych DSQ40 w taki sposób, że osoby

o mniejszym poziomie zaburzeń osiągają lepszy końcowy wynik terapii polegający na większym wzroście poczucia humoru niż osoby o głębszym poziomie zaburzeń;

- c. zmianę niepożądanych cech osobowości, tj. negatywna samoocena, poczucie wyobcowania oraz trudności w relacjach emocjonalnych mierzonych kwestionariuszem KON-2006, w taki sposób, że pacjenci o mniejszym poziomie psychopatologii osiągają mniejszą zmianę tych cech niż pacjenci o większym poziomie psychopatologii.

2. Głębokość patologii osobowości nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony:

- a. zmianą percepcji więzi z ojcem w skali troski i kontroli kwestionariusza PBI;
- b. zmianą mechanizmów obronnych tj.: acting out, fantazje schizoidalnych i somatyzacje mierzonych kwestionariuszem mechanizmów obronnych DSQ40;
- c. zmianą niepożądanych cech osobowości tj.: poczucie uzależnienia, astenia, impulsywność, trudności podejmowania decyzji, demobilizacja, skłonność do ryzyka, brak witalności, niezaradność życiowa, brak wewnątrzsterowności, fantazjowanie, poczucie winy, trudności w relacjach interpersonalnych, zawiść, narcyzm, poczucie zagrożenia, irracjonalność, drobiazgowość, rozpamiętywanie i poczucia przeciążenia mierzonych kwestionariuszem KON-2006;
- d. redukcją objawów psychopatologicznych kwestionariusza objawowego SIII.

Tabela 9 Weryfikacja hipotezy nr 2.

Obszar, w którym poziom psychopatologii na końcowy wynik terapii	
Wpłynął	nie wpłynął
percepcja troski matki (maleje u mniej zaburzonych)	percepcja więzi z ojcem
percepcja kontroli matki (rośnie u mniej zaburzonych)	mechanizmy obronne tj. fantazje schizoidalne, acting out,
mechanizmy obronne (wzrasta poczucie humoru u mniej zaburzonych)	somatyzacja
cechy osobowości (bardziej maleje natężenie niepożądanych 3 cech tj. negatywna samoocena, poczucie wyobcowania oraz trudności w relacjach emocjonalnych u bardziej zaburzonych)	pozostałe 21 cech z KON-2006
	objawy nerwicowe

2.3 Weryfikacja hipotezy nr 3:

„Tryb prowadzenia leczenia wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby leczone w trybie ambulatoryjnym osiągają lepszy końcowy wynik terapii niż osoby leczone w trybie wyjazdowym”

Weryfikacja całej hipotezy nr 3 przeprowadzona była poprzez porównanie wyników osiągniętych w grupie pacjentów OP DDA podzielonej na dwie podgrupy: jedną leczoną w trybie ambulatoryjnym (oznaczoną jako ‘Grupa A’) i drugą leczoną w trybie wyjazdowym (oznaczoną jako ‘Grupa W’). Aby ocenić wpływ formy leczenia na końcowy wynik terapii zastosowano metodę statystyczną analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami.

Weryfikacja hipotezy 3a: „Tryb prowadzenia leczenia wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby leczone w trybie ambulatoryjnym osiągają lepszy końcowy wynik terapii w postaci zmiany percepcji więzi na bardziej optymalny niż osoby leczone w trybie wyjazdowym”.

Hipoteza weryfikowana w oparciu o wyniki uzyskane w Kwestionariuszu oceny więzi (PBI) osobno dla każdego z rodziców w skali troski i kontroli metodą analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami.

PBI matka troska

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
PBI1 Matka_Troska	Grupa A	1,5675	,65012	21
	Grupa W	1,4821	,66601	14
	Razem	1,5333	,64809	35
PBI2 Matka_Troska	Grupa A	1,4120	,64527	21
	Grupa W	,9838	,48791	14
	Razem	1,2407	,61745	35

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,647; $F(1,33) = 17,995$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,353$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,870; $F(1,33) = 4,949$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,130$; $p < 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenie leczenia wpływa na wynik końcowy terapii mierzony skalą troski matki w kwestionariuszu PBI. Pacjenci leczeni w trybie wyjazdowym osiągnęli większą zmianę w percepcji więzi, przy czym zmiana ta polega na zmniejszeniu percepcji troski matki.

PBI matka kontrola

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
PBI1 Matka_Kontrola	Grupa A	1,4081	,78579	21
	Grupa W	1,2473	,76756	14
	Razem	1,3438	,77128	35
PBI2 Matka_Kontrola	Grupa A	1,5788	,86061	21
	Grupa W	1,5769	,77966	14
	Razem	1,5780	,81738	35

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,811; $F(1,33) = 7,700$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,189$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,977; $F(1,33) = 0,778$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,023$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenie leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony percepcją kontroli matki w kwestionariuszu PBI.

PBI ojciec troska

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
PBI1_Ojciec_Troska	Grupa A	,7652	,58114	22
	Grupa W	,5152	,36259	14
	Razem	,6679	,51647	36
PBI2_Ojciec_Troska	Grupa A	,7614	,59722	22
	Grupa W	,2500	,32192	14
	Razem	,5625	,56251	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,868; $F(1,34) = 5,167$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,132$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,874; $F(1,34) = 4,880$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,126$; $p < 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenie leczenia wpływa na wynik końcowy terapii mierzony skalą troski ojca w kwestionariuszu PBI. Pacjenci leczeni w trybie wyjazdowym osiągnęli większą zmianę w percepcji więzi, przy czym zmiana ta polegała na zmniejszeniu percepcji troski ojca.

PBI ojciec kontrola

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
PBI1_Ojciec_Kontrola	Grupa A	1,0137	,53924	22
	Grupa W	1,2610	,77221	14
	Razem	1,1099	,64101	36
PBI2_Ojciec_Kontrola	Grupa A	1,0915	,66538	22
	Grupa W	1,2495	,78132	14
	Razem	1,1530	,70603	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,992; $F(1,34) = 0,270$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,008$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,986; $F(1,34) = 0,490$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,014$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenie leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony percepcją kontroli ojca w kwestionariuszu PBI.

Weryfikacja hipotezy 3b: „Tryb prowadzenia leczenia wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby leczone w trybie ambulatoryjnym osiągają lepszy końcowy wynik terapii w postaci zwiększenia dojrzałości mechanizmów obronnych niż pacjenci leczeni w trybie wyjazdowym”.

Hipoteza weryfikowana była w oparciu o wyniki uzyskane w badaniu kwestionariuszem mechanizmów obronnych (DSQ40) metodą analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami z uwzględnieniem tylko tych skal, które w badaniu własnym okazały się rzetelne, tj.: humor, acting out, fantazje schizoidalne, somatyzacje.

DSQ40 –poczucie humoru

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
DSQ1_Humor	Grupa A	5,2955	1,70195	22
	Grupa W	4,6429	1,98483	14
	Razem	5,0417	1,81806	36
DSQ2_Humor	Grupa A	5,8864	1,64702	22
	Grupa W	5,9643	2,06122	14
	Razem	5,9167	1,79085	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,693; $F(1,34) = 15,063$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,307$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,939; $F(1,34) = 2,198$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,061$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą mechanizmu obronnego w postaci poczucia humoru.

DSQ40 - acting out

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
DSQ1_Acting_out	Grupa A	4,9773	2,09579	22
	Grupa W	4,2500	2,33494	14
	Razem	4,6944	2,18853	36
DSQ2_Acting_out	Grupa A	5,6136	1,86402	22
	Grupa W	4,8929	2,18543	14
	Razem	5,3333	1,99643	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,947; $F(1,34) = 1,917$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,053$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 1,000; $F(1,34) = 0,000$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,000$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą mechanizmu obronnego w postaci acting out.

DSQ40 - fantazje schizoidalne

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	Średnia	odchyl. stand.	N
DSQ1_Fantazje_schizoidalne	Grupa A	2,7273	1,68132	22
	Grupa W	2,2857	1,35468	14
	Razem	2,5556	1,55737	36
DSQ2_Fantazje_schizoidalne	Grupa A	2,4318	1,27518	22
	Grupa W	2,4643	1,18426	14
	Razem	2,4444	1,22345	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,998; $F(1,34) = 0,067$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,002$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,969; $F(1,34) = 1,105$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,031$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą mechanizmu obronnego w postaci fantazji schizoidalnych.

DSQ40 - somatyzacje

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
DSQ1_Somatyzacje	Grupa A	4,5000	1,77951	22
	Grupa W	4,4643	1,86531	14
	Razem	4,4861	1,78680	36
DSQ2_Somatyzacje	Grupa A	4,5227	2,00877	22
	Grupa W	4,0714	1,57940	14
	Razem	4,3472	1,84321	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,990; $F(1,34) = 0,358$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,010$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,987; $F(1,34) = 0,451$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,013$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą mechanizmu obronnego w postaci somatyzacji.

Weryfikacja hipotezy 3c: „Tryb prowadzenia leczenia wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby leczone w trybie ambulatoryjnym osiągają lepszy końcowy wynik terapii w postaci większego zmniejszenia niepożądanych cech osobowości niż pacjenci leczeni w trybie wyjazdowym”.

Hipoteza weryfikowana była w oparciu o wyniki uzyskane badaniem kwestionariuszem osobowości nerwicowej KON-2006 metodą analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami poprzez porównanie wyników osiągniętych przez grupę pacjentów OP DDA leczonych w trybie ambulatoryjnym (oznaczonych jako ‘Grupa A’) z wynikami osiągniętymi przez pacjentów leczonych w trybie wyjazdowym (oznaczonych jako ‘Grupa W’). Każda ze skal analizowana była odrębnie.

KON-2006 - poczucie uzależnienia od otoczenia

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_uzależnienia_od_otoczenia	Grupa A	,4192	,16150	22
	Grupa W	,3084	,26552	14
	Razem	,3761	,21174	36
KON2_poczucie_uzależnienia_od_otoczenia	Grupa A	,2601	,22115	22
	Grupa W	,2778	,23870	14
	Razem	,2670	,22491	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,850; $F(1,34) = 5,990$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,150$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,925; $F(1,34) = 2,744$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,075$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali poczucia uzależnienia od otoczenia uzyskaną w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie uzyskano istotną statystycznie zmianę tej cechy.

KON-2006 - astenia

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_astenia	Grupa A	,6021	,20843	22
	Grupa W	,5394	,28493	14
	Razem	,5777	,23913	36
KON2_astenia	Grupa A	,4336	,27227	22
	Grupa W	,5275	,29386	14
	Razem	,4701	,28055	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,858; $F(1,34) = 5,624$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,142$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,889; $F(1,34) = 4,238$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,111$; $p < 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali astenii w kwestionariuszu KON-2006. Zmiana istotna statystycznie w kierunku obniżenia się wartości zachodzi w całej grupie, przy czym w grupie leczonej ambulatoryjnie uzyskana zmiana jest większa.

KON-2006 - negatywna samoocena

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_negatywna_samoocena	Grupa A	,2847	,21760	22
	Grupa W	,2363	,21220	14
	Razem	,2658	,21379	36
KON2_negatywna_samoocena	Grupa A	,1573	,16698	22
	Grupa W	,0994	,12945	14
	Razem	,1348	,15419	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,629; $F(1,34) = 20,086$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,371$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,999; $F(1,34) = 0,026$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,001$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali negatywnej samooceny w kwestionariuszu KON-2006. Zmiana istotna statystycznie w kierunku obniżenia się wartości zachodzi w całej grupie.

KON-2006 - impulsywność

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_impulsywność	Grupa A	,3862	,23238	22
	Grupa W	,2353	,15985	14
	Razem	,3275	,21784	36
KON2_impulsywność	Grupa A	,3108	,19794	22
	Grupa W	,2437	,16127	14
	Razem	,2847	,18512	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,963; $F(1,34) = 1,294$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,037$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,944; $F(1,34) = 2,026$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,056$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali impulsywność w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie nie stwierdzono istotnej statystycznie zmiany tej cechy.

KON-2006 - trudności podejmowania decyzji

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_trudności_podejmowania_decyzji	Grupa A	,6632	,22821	22
	Grupa W	,6604	,34984	14
	Razem	,6621	,27696	36
KON2_trudności_podejmowania_decyzji	Grupa A	,6281	,25699	22
	Grupa W	,5909	,30414	14
	Razem	,6136	,27262	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,941; $F(1,34) = 2,127$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,059$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,993; $F(1,34) = 0,229$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,007$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali trudności podejmowania decyzji w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie nie stwierdzono istotnej statystycznie zmiany tej cechy.

KON-2006 - poczucie wyobcowania

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_wyobcowania	Grupa A	,2861	,21810	22
	Grupa W	,2449	,25938	14
	Razem	,2701	,23226	36
KON2_poczucie_wyobcowania	Grupa A	,2110	,20260	22
	Grupa W	,1939	,21958	14
	Razem	,2044	,20642	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,905; $F(1,34) = 3,563$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,095$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,996; $F(1,34) = 0,129$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,004$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali poczucie wyobcowania w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie nie stwierdzono istotnej statystycznie zmiany tej cechy.

KON-2006 - demobilizacja

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_demobilizacja	Grupa A	,4818	,21522	22
	Grupa W	,4214	,23346	14
	Razem	,4583	,22120	36
KON2_demobilizacja	Grupa A	,3831	,23637	22
	Grupa W	,3688	,18399	14
	Razem	3,776	,21482	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,887; $F(1,34) = 4,336$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,113$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,988; $F(1,34) = 0,402$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,012$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali demobilizacja w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie stwierdzono istotne statystycznie obniżenie wartości tej cechy.

KON-2006 - skłonność do ryzyka

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_sklonność_do_ryzyka	Grupa A	,2202	,16312	22
	Grupa W	,1939	,17592	14
	Razem	,2100	,16622	36
KON2_sklonność_do_ryzyka	Grupa A	,2607	,19679	22
	Grupa W	,2524	,15088	14
	Razem	,2575	,17807	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,910; $F(1,34) = 3,375$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,090$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,997; $F(1,34) = 0,111$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,003$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali skłonność do ryzyka w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie nie stwierdzono istotnej statystycznie zmiany tej cechy.

KON-2006 - trudności w relacjach emocjonalnych

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_trudności_w_relacjach_emocjonalnych	Grupa A	,5242	,20404	22
	Grupa W	,5595	,22031	14
	Razem	,5380	,20811	36
KON2_trudności_w_relacjach_emocjonalnych	Grupa A	,5000	,23987	22
	Grupa W	,4881	,23079	14
	Razem	,4954	,23312	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,934; $F(1,34) = 2,420$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,066$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,983; $F(1,34) = 0,589$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,017$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali trudności w relacjach emocjonalnych w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie nie stwierdzono istotnej statystycznie zmiany tej cechy.

KON-2006 - brak witalność

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_brak witalności	Grupa A	,5250	,14454	22
	Grupa W	,4933	,19114	14
	Razem	,5127	,16233	36
KON2_brak witalności	Grupa A	,4477	,22065	22
	Grupa W	,3944	,18015	14
	Razem	,4270	,20484	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,798; $F(1,34) = 8,586$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,202$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,996; $F(1,34) = 0,129$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,004$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali braku vitalności w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie stwierdzono istotną statystycznie zmiany tej cechy w kierunku obniżenia się jej wartości.

KON-2006 - niezaradność życiowa

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_nizaradność_życiowa	Grupa A	,4470	,23207	22
	Grupa W	,3795	,31534	14
	Razem	,4207	,26526	36
KON2_nizaradność_życiowa	Grupa A	,3070	,21919	22
	Grupa W	,3616	,26537	14
	Razem	,3282	,23603	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,916; $F(1,34) = 3,124$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,084$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,948; $F(1,34) = 1,870$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,052$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali niezaradności życiowej w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie nie stwierdzono istotnej statystycznie zmiany tej cechy.

KON-2006 - brak wewnątrzsterowności

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_brak_wewnątrsterowności	Grupa A	,3789	,18177	22
	Grupa W	,3475	,23029	14
	Razem	,3667	,19941	36
KON2_brak_wewnątrsterowności	Grupa A	,2919	,17014	22
	Grupa W	,2642	,17276	14
	Razem	,2811	,16924	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,851; $F(1,34) = 5,973$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,149$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 1,000; $F(1,34) = 0,003$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,000$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali brak wewnątrzsterowności w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie stwierdzono istotną statystycznie zmiany tej cechy w kierunku obniżenia się jej wartości.

KON-2006 - fantazjowanie

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_fantazjowanie	Grupa A	,4554	,19606	22
	Grupa W	,3562	,24800	14
	Razem	,4168	,21980	36
KON2_fantazjowanie	Grupa A	,3531	,22099	22
	Grupa W	,3416	,21403	14
	Razem	,3486	,21529	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,917; $F(1,34) = 3,070$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,083$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,952; $F(1,34) = 1,724$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,048$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali fantazjowanie w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie nie stwierdzono istotnej statystycznie zmiany tej cechy.

KON-2006 - poczucie winy

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_winy	Grupa A	,5530	,27575	22
	Grupa W	,4123	,25742	14
	Razem	,4983	,27399	36
KON2_poczucie_winy	Grupa A	,4298	,32979	22
	Grupa W	,2922	,28566	14
	Razem	,3763	,31653	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,834; $F(1,34) = 6,777$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,166$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 1,000; $F(1,34) = 0,001$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,000$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali poczucie winy w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie stwierdzono istotną statystycznie zmiany tej cechy w kierunku obniżenia się jej wartości.

KON-2006 – trudności w relacjach interpersonalnych

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_trudności_w_relacjach_interpersonalnych	Grupa A	,5530	,27575	22
	Grupa W	,4123	,25742	14
	Razem	,4983	,27399	36
KON2_trudności_w_relacjach_interpersonalnych	Grupa A	,4298	,32979	22
	Grupa W	,2922	,28566	14
	Razem	,3763	,31653	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,834; $F(1,34) = 6,777$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,166$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 1,000; $F(1,34) = 0,001$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,000$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali trudności w relacjach interpersonalnych w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie stwierdzono istotną statystycznie zmiany tej cechy w kierunku obniżenia się jej wartości.

KON-2006 – zawiść

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_zawiść	Grupa A	,2386	,16506	22
	Grupa W	,2092	,22319	14
	Razem	,2272	,18725	36
KON2_zawiść	Grupa A	,1818	,18274	22
	Grupa W	,1381	,18242	14
	Razem	,1648	,18128	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,882; $F(1,34) = 4,530$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,118$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,998; $F(1,34) = 0,056$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,002$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali zawiści w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie stwierdzono istotną statystycznie zmiany tej cechy w kierunku obniżenia się jej wartości.

KON-2006 – narcyzm

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_narcyzm	Grupa A	,2175	,14367	22
	Grupa W	,1429	,16336	14
	Razem	,1885	,15382	36
KON2_narcyzm	Grupa A	,1981	,13396	22
	Grupa W	,1586	,14848	14
	Razem	,1827	,13906	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 1,000; $F(1,34) = 0,006$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,000$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,984; $F(1,34) = 0,556$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,016$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali narcyzmu w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie nie stwierdzono istotnej statystycznie zmiany tej cechy.

KON-2006 - poczucie zagrożenia

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_zagrozenia	Grupa A	,3060	,14182	22
	Grupa W	,2092	,15963	14
	Razem	,2684	,15435	36
KON2_poczucie_zagrozenia	Grupa A	,1948	,20817	22
	Grupa W	,1071	,12762	14
	Razem	,1607	,18420	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,775; $F(1,34) = 9,870$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,225$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,999; $F(1,34) = 0,018$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,001$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali poczucie zagrożenia w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie stwierdzono istotną statystycznie zmiany tej cechy w kierunku obniżenia się jej wartości.

KON-2006 – egzaltacja

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_egzaltacja	Grupa A	,6298	,21039	22
	Grupa W	,5714	,20400	14
	Razem	,6071	,20700	36
KON2_egzaltacja	Grupa A	,5315	,24774	22
	Grupa W	,4341	,19694	14
	Razem	,4936	,23141	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,800; $F(1,34) = 8,492$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,200$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,993; $F(1,34) = 0,232$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,007$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali egzaltacji w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie stwierdzono istotną statystycznie zmiany tej cechy w kierunku obniżenia się jej wartości.

KON-2006 – irracjonalność

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_irracjonalność	Grupa A	,3682	,24375	22
	Grupa W	,3143	,19556	14
	Razem	,3472	,22486	36
KON2_irracjonalność	Grupa A	,3162	,23192	22
	Grupa W	,3016	,16077	14
	Razem	,3105	,20476	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,961; $F(1,34) = 1,382$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,039$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,985; $F(1,34) = 0,510$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,015$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali irracjonalność w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie nie stwierdzono istotnej statystycznie zmiany tej cechy.

KON-2006 – drobiazgowość

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_drobiazgowość	Grupa A	,5644	,18886	22
	Grupa W	,4464	,21769	14
	Razem	,5185	,20593	36
KON2_drobiazgowość	Grupa A	,4830	,25383	22
	Grupa W	,3482	,17799	14
	Razem	,4306	,23422	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,861; $F(1,34) = 5,473$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,139$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,999; $F(1,34) = 0,048$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,001$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali drobiazgowości w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie stwierdzono istotną statystycznie zmiany tej cechy w kierunku obniżenia się jej wartości.

KON-2006 - rozpamiętywanie

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_rozpamiętywanie	Grupa A	,7197	,21031	22
	Grupa W	,6349	,28720	14
	Razem	,6867	,24276	36
KON2_rozpamiętywanie	Grupa A	,6162	,24899	22
	Grupa W	,5794	,24722	14
	Razem	,6019	,24542	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,909; $F(1,34) = 3,415$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,091$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,991; $F(1,34) = 0,311$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,009$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali trudności w relacjach interpersonalnych w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie nie stwierdzono istotnej statystycznie zmiany tej cechy.

KON-2006 - poczucie przeciążenia

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_przeciążenia	Grupa A	,5821	,18830	22
	Grupa W	,5506	,24189	14
	Razem	,5698	,20796	36
KON2_poczucie_przeciążenia	Grupa A	,4419	,21583	22
	Grupa W	,4603	,18416	14
	Razem	,4491	,20157	36

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,749; $F(1,34) = 11,404$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,251$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,985; $F(1,34) = 0,534$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,015$; $p > 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na wynik końcowy terapii mierzony zmianą w skali poczucie przeciążenia w kwestionariuszu KON-2006. W całej grupie stwierdzono istotną statystycznie zmiany tej cechy w kierunku obniżenia się jej wartości.

Weryfikacja hipotezy 3d: „Tryb prowadzenia leczenia wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby leczone w trybie ambulatoryjnym osiągają lepszy końcowy wynik terapii w postaci redukcji nasilenia objawów psychopatologicznych niż pacjenci leczeni w trybie wyjazdowym”.

Hipoteza weryfikowana była w oparciu o wyniki uzyskane w badaniu kwestionariuszem objawowym SOIII (KO SIII) metodą analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami poprzez porównanie wyników osiągniętych przez grupę pacjentów OP DDA leczonych w trybie ambulatoryjnym (oznaczonych jako ‘Grupa A’) z wynikami osiągniętymi przez pacjentów leczonych w trybie wyjazdowym (oznaczonych jako ‘Grupa W’).

KO SIII

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
SOIII_1	Grupa A	154,8636	85,00885	22
	Grupa W	125,1538	76,97927	13
	Razem	143,8286	82,26195	35
SOIII_2	Grupa A	84,2273	47,22180	22
	Grupa W	118,7692	55,57600	13
	Razem	97,0571	52,48022	35

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,812; $F(1,33) = 7,628$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,188$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,861; $F(1,33) = 5,308$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,139$; $p < 0,05$

Wniosek: Tryb prowadzenia leczenia wpływa na wynik końcowy terapii mierzony nasileniem objawów psychopatologicznych mierzonych kwestionariuszem objawowym

SIII. W całej grupie stwierdzono istotną statystycznie redukcję nasilenia, przy czym w grupie leczonej w trybie ambulatoryjnym zmiana ta była większa.

Podsumowanie wyników weryfikacji hipotezy nr 3:

Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, że

1. Tryb prowadzenia leczenia wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony:

- a. zmianą percepcji więzi w skali troski zarówno matki jak i ojca kwestionariusza PBI w taki sposób, że pacjenci leczeni w trybie wyjazdowym osiągnęli większą zmianę polegającą na zmniejszeniu percepcji troski obojga rodziców niż pacjenci leczeni w trybie ambulatoryjnym.
- b. zmianą jednej niepożądanego cechy osobowości, tj. astenii w kwestionariuszu KON-2006, w taki sposób, że pacjenci leczeni psychoterapią w trybie ambulatoryjnym osiągnęli większe zmniejszenie tej cechy niż pacjenci leczeni w trybie wyjazdowym;
- c. redukcją objawów psychopatologicznych kwestionariusza objawowego SIII, w taki sposób, że pacjenci leczeni psychoterapią w trybie ambulatoryjnym osiągnęli większą poprawę objawową niż pacjenci leczeni w trybie wyjazdowym.

2. Tryb prowadzenia leczenia nie wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony:

- a. zmianą percepcji więzi zarówno z matką jak i z ojcem w skali kontroli kwestionariusza PBI;
- b. zmianą mechanizmów obronnych tj.: poczucie humoru, acting out, fantazje schizoidalnych i somatyzacje mierzonych kwestionariuszem mechanizmów obronnych DSQ40;
- c. zmianą niepożądanych cech osobowości tj.: poczucie uzależnienia od otoczenia, negatywna samoocena, impulsywność, trudności podejmowania decyzji, poczucie wyobcowania, demobilizacja, skłonność do ryzyka, trudności w relacjach

emocjonalnych, brak witalności, niezaradność życiowa, brak wewnątrzsterowności, fantazjowanie, poczucie winy, trudności w relacjach interpersonalnych, zawiść, narcyzm, poczucie zagrożenia, irracjonalność, drobiazgowość, rozpamiętywanie i poczucia przeciążenia mierzonych kwestionariuszem KON-2006.

3. Zaobserwowano, że terapia wglądowa dostosowana do potrzeb wpłynęła na końcowy wynik leczenia pacjentów z zaburzeniami osobowości mierzony zmianą percepcji troski ojca w PBI w całej grupie OP DDA, a zmiana ta polegała na zmniejszeniu percepcji troski ojca.

4. Stwierdzono również, że terapia wglądowa dostosowana do potrzeb nie wpłynęła na końcowy wynik leczenia pacjentów z zaburzeniami osobowości w całej grupie OP DDA mierzony zmianą takich cech osobowości jak: impulsywność, trudności podejmowania decyzji, poczucie wyobcowania, skłonność do ryzyka, trudności w relacjach emocjonalnych, niezaradności życiowej, fantazjowanie, narcyzm, irracjonalność oraz trudności w relacjach interpersonalnych w kwestionariuszu KON-2006.

Tabela 10 Weryfikacja hipotezy nr 3.

Obszar, w którym tryb prowadzenia leczenia na końcowy wynik terapii	
Wpłynął	nie wpłynął
percepcja troski rodziców (bardziej maleje w grupie wyjazdowej) cechy osobowości (bardziej maleje natężenie astenii w grupie ambulatoryjnej) objawy nerwicowe (większa poprawa w grupie ambulatoryjnej)	percepcja kontroli rodzicielskiej mechanizmy obronne niepożądane cechy osobowości tj. poczucie uzależnienia od otoczenia, negatywna samoocena, impulsywność, trudności podejmowania decyzji, poczucie wyobcowania, demobilizacja, skłonność do ryzyka, trudności w relacjach emocjonalnych, brak witalności, niezaradność życiowa, brak wewnątrzsterowności, fantazjowanie, poczucie winy, trudności w relacjach interpersonalnych, zawiść, narcyzm, poczucie zagrożenia, irracjonalność, drobiazgowość, rozpamiętywanie i poczucia przeciążenia (w odniesieniu do pozostałych cech nie uzyskano zmiany w grupie OP DDA)

2.4 Weryfikacja hipotezy nr 4:

„Na wynik końcowy terapii mierzony zmianą percepcji więzi u pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową mają wpływ zmienne niezależne tj. wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, rozłąka z rodzicami lub ich śmierć w dzieciństwie pacjenta, nadużywanie alkoholu w rodzinie pochodzenia, doświadczenie nadużycia seksualnego w dzieciństwie, doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie, doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie, zachowania anorektyczne, zachowania bulimiczne, zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń, używanie narkotyków, fakt hospitalizacji psychiatrycznych”.

W celu weryfikacji hipotezy zastosowano analizę wariancji z powtarzanymi pomiarami wyników uzyskanych w kwestionariuszu percepcji więzi z rodzicami (PBI) dla każdej ze skal osobno w uwzględnieniem wymienionych zmiennych niezależnych.

Wyniki, które okazały nieistotne statystycznie, nie zostały zamieszone w pracy. Ponadto ze względu na zbyt duże dysproporcje związane z nierówną liczebnością poszczególnych podgrup nie przeprowadzono analizy wpływu na wynik terapii takich zmiennych jak: płeć, stan cywilny, doświadczenie śmierci rodziców, doświadczenie nadużycia seksualnego.

Wiek: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą percepcji więzi nie wpływał wiek pacjentów podzielonych na 3 grupy wiekowe, jak zostało to opisane w części badawczej w rozdz.: 4.1.1

Wykształcenie: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą percepcji więzi nie wpływało wykształcenie pacjentów podzielonych na 2 grupy, jak zostało to opisane w części badawczej w rozdz.: 4.1.4

Rozłąka z rodzicami: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą percepcji więzi nie wpływał fakt rozłąki z rodzicami.

Nadużywanie alkoholu przez ojca w rodzinie pochodzenia:

PBI – Matka kontrola

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
PBI1_Matka_kontrola	Nie_było_problemu_alk.	1,7644	,82153	32
	Ojciec_nadużywał_alkoh	1,4677	,66859	43
	Razem	1,5953	,74718	75
PBI2_Matka_kontrola	Nie_było_problemu_alk.	1,7187	,73513	32
	Ojciec_nadużywał_alkoh	1,6507	,74049	43
	Razem	1,6797	,73400	75

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,979; $F(1,73) = 1,544$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,021$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,945; $F(1,73) = 4,278$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,055$; $p < 0,05$

Wniosek: Fakt nadużywania alkoholu przez ojca w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony postrzeganie percepcji więzi z matką poprzez wzrost kontroli matki w kwestionariuszu PBI.

W przypadku pozostałych skal PBII nie uzyskano istotnych statystycznie zmian.

Doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą percepcji więzi nie wpływało doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie.

Doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie ze strony matki: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą percepcji więzi nie wpływało doświadczenie przemocy psychicznej ze strony matki w dzieciństwie.

Doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie ze strony ojca:

PBI-skala Matka kontrola

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
PBI1_Matka_kontrola	Nie_było_przemocy_psych	1,7676	,74121	47
	Była_przemoc_psych.	1,1547	,68228	39
	Razem	1,4896	,77436	86
PBI2_Matka_kontrola	Nie_było_przemocy_psych	1,7638	,73487	47
	Była_przemoc_psych.	1,3675	,74946	39
	Razem	1,5841	,76337	86

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,953; $F(1,84) = 4,129$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,047$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,950; $F(1,84) = 4,437$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,050$; $p < 0,05$

Wniosek: Fakt doświadczani przemocy psychicznej ze strony ojca w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony postrzeganiem percepcji więzi z matką poprzez wzrost kontroli matki w kwestionariuszu PBI.

PBI - skala Ojciec kontrola

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
PBI1_Ojciec_kontrola	Nie_było_przemocy_psych	1,2018	,72654	46
	Była_przemoc_psych.	1,3076	,74572	39
	Razem	1,2503	,73291	85
PBI2_Ojciec_kontrola	Nie_było_przemocy_psych	1,1495	,72820	46
	Była_przemoc_psych.	1,4438	,77867	39
	Razem	1,2845	,76165	85

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,986; $F(1,83) = 1,211$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,014$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,931; $F(1,83) = 6,105$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,069$; $p < 0,05$

Wniosek: Fakt doświadczania przemocy psychicznej ze strony ojca w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony postrzeganiem percepcji więzi z ojcem poprzez wzrost kontroli ojca w kwestionariuszu PBI.

W przypadku pozostałych skal PBI nie uzyskano istotnych statystycznie zmian.

Zachowania anorektyczne:

PBI – skala Matka kontrola

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
PBI1_Matka_kontrola	Nie_było_zachow _anorekt.	1,3697	,73284	31
	Były_zachow_ano rekt.	1,5572	,79536	55
	Razem			
		1,4896	,77436	86
PBI2_Matka_kontrola	Nie_było_zachow _anorekt.	1,6230	,74178	31
	Były_zachow_ano rekt	1,5621	,78116	55
	Razem			
		1,5841	,76337	86

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,934; $F(1,84) = 5,930$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,066$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,939; $F(1,84) = 5,489$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,061$; $p < 0,05$

Wniosek: Brak zachowań anorektycznych w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony postrzeganiem percepcji więzi z matką poprzez wzrost kontroli matki w kwestionariuszu PBI.

W przypadku pozostałych skal PBI nie uzyskano istotnych statystycznie zmian.

Zachowania bulimiczne: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą percepcji więzi nie wpływały zachowania bulimiczne.

Zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą percepcji więzi nie wpływały zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń.

Używanie narkotyków: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą percepcji więzi nie wpływało używanie narkotyków.

Ilość hospitalizacji psychiatrycznych:

PBI – Matka kontrola

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
PBI1_Matka_kontrola	Bez_hospitalizacji	1,3973	,76351	45
	Była_min._1_hospitalizacja.	1,5910	,78285	41
	Razem	1,4896	,77436	86
PBI2_Matka_kontrola	Bez_hospitalizacji	1,5966	,79269	45
	Była_min._1_hospitalizacja.	1,5704	,73942	41
	Razem	1,58411	,76337	86

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,965; $F(1,84) = 3,042$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,035$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,948; $F(1,84) = 4,610$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,052$; $p < 0,05$

Wniosek: Brak wcześniejszej hospitalizacji psychiatrycznej w istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony postrzeganiem percepcji więzi z matką poprzez wzrost skali kontroli matki w kwestionariuszu PBI.

W przypadku pozostałych skal PBI nie uzyskano istotnych statystycznie zmian.

Podsumowanie wyników weryfikacji hipotezy nr 4:

Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, że

1. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony zmianą percepcji więzi w postaci zwiększenia percepcji kontroli matki w kwestionariuszu PBI mają wpływ następujące zmienne:

- a. fakt nadużywania alkoholu przez ojca w rodzinie pochodzenia;
- b. fakt doświadczania przemocy psychicznej ze strony ojca w dzieciństwie;
- c. brak zachowań anorektycznych;
- d. brak hospitalizacji psychiatrycznych.

2. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony zmianą percepcji więzi w postaci zwiększenia percepcji kontroli ojca w kwestionariuszu PBI mają wpływ następujące zmienne:

- a. fakt doświadczania przemocy psychicznej ze strony ojca w dzieciństwie.

3. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony zmianą percepcji więzi w jakiejkolwiek skali kwestionariusza PBI nie mają wpływu pozostałe zmienne, tj. wiek, wykształcenie, rozłąka z rodzicami, doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie, doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie od matki, zachowania bulimiczne, zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń ani używanie narkotyków.

Tabela 11 Weryfikacja hipotezy nr 4.

Zmienne, które na końcowy wynik terapii w zakresie zmiany percepcji więzi	
Wpłynęły	nie wpłynęły
nadużywanie alkoholu przez ojca (rośnie percepcja kontroli matki)	Wiek
przemoc psychiczna od ojca (rośnie percepcja kontroli matki i ojca)	wykształcenie
brak zachowań anorektycznych (rośnie percepcja kontroli matki)	przemoc psychiczna od matki
brak hospitalizacji (rośnie percepcja kontroli matki)	przemoc fizyczna
	rozłąka z rodzicami
	zachowania bulimiczne
	samookaleczenia
	narkotyki

2.5 Weryfikacja hipotezy nr 5:

„Na wynik końcowy terapii mierzony zmianą mechanizmów obronnych w kierunku bardziej dojrzałych u pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową mają wpływ zmienne niezależnych tj. wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, rozłąka z rodzicami lub śmierć w dzieciństwie pacjenta, nadużywanie alkoholu w rodzinie pochodzenia, doświadczenie nadużycia seksualnego w dzieciństwie, doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie, doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie, zachowania anorektyczne, zachowania bulimiczne, zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń, używanie narkotyków, ilość hospitalizacji psychiatrycznych”.

W celu weryfikacji hipotezy zastosowano analizę wariancji z powtarzanymi pomiarami wyników uzyskanych w kwestionariuszu mechanizmów obronnych dla skal rzetelnych w badaniu własnym, tj.: poczucie humoru, acting out, fantazje schizoidalne i somatyzacje z uwzględnieniem wymienionych zmiennych niezależnych.

Wyniki, które okazały nieistotne statystycznie, nie zostały zamieszone w pracy. Ponadto ze względu na zbyt duże dysproporcje związane z nierówną liczebnością poszczególnych podgrup nie przeprowadzono analizy wpływu na wynik terapii takich zmiennych jak: płeć, stan cywilny, doświadczenie śmierci rodziców, doświadczenie nadużycia seksualnego i choroby psychicznej rodziców.

Wiek: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą mechanizmów obronnych nie wpływał wiek pacjentów podzielonych na 3 grupy wiekowe, jak zostało to opisane w części badawczej w rozdz.: 4.1.1

Wykształcenie: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą mechanizmów obronnych nie wpływało wykształcenie pacjentów podzielonych na 2 grupy, jak zostało to opisane w części badawczej w rozdz.: 4.1.4

Rozłąka z rodzicami: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą mechanizmów obronnych nie wpływał fakt rozłąki z rodzicami.

Nadużywanie alkoholu przez ojca w rodzinie pochodzenia: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą mechanizmów obronnych nie wpływał fakt nadużywania alkoholu przez ojca w rodzinie pochodzenia.

Doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą mechanizmów obronnych nie wpływał fakt doświadczania przemocy fizycznej w rodzinie pochodzenia.

Doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie ze strony matki: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą mechanizmów obronnych nie wpływał fakt doświadczania przemocy psychicznej ze strony matki w dzieciństwie.

Doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie ze strony ojca:

DSQ40 - somatyzacje

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
DSQ1_Somatyzacja	Nie_było_przemocy_psych	5,2857	2,30489	49
	Była_przemoc_psych.	4,3590	1,93971	39
	Razem	4,8750	2,18833	88
DSQ2_Somatyzacja	Nie_było_przemocy_psych	4, 6735	1,81588	49
	Była_przemoc_psych.	4,6154	2,09781	39
	Razem	4,6477	1,93450	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,991; $F(1,86) = 0,741$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,009$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,951; $F(1,86) = 4,417$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,049$; $p < 0,05$

Wniosek: Fakt braku doświadczania przemocy psychicznej ze strony ojca wpływa istotnie statystycznie na wynik terapii mierzony zmianą mechanizmu obronnego w postaci somatyzacji mierzonej kwestionariuszem DSQ40 w kierunku obniżenia częstotliwości jego używania.

W przypadku pozostałych mechanizmów obronnych nie uzyskano istotnych statystycznie zmian.

Zachowania anorektyczne:

DSQ40 - Humor

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
DSQ1_Humor	Nie było zachow_anorekt.	4,5469	1,85072	32
	Były zachow_anorekt.	4,9911	2,08347	56
	Razem			
		4,8295	2,00271	88
DSQ2_Humor	Nie było zachow_anorekt.	5,3906	1,78585	32
	Były zachow_anorekt.	5,1607	2,03181	56
	Razem			
		5,2443	1,93871	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,905; $F(1,86) = 9,044$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,095$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,956; $F(1,84) = 4,002$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,044$; $p < 0,05$

Wniosek: Brak zachowań anorektycznych w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą mechanizmu obronnego w postaci wzrostu poczucia humoru w kwestionariuszu DSQ40.

W przypadku pozostałych mechanizmów obronnych nie uzyskano istotnych statystycznie zmian.

Zachowania bulimiczne:

DSQ40 - Humor

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
DSQ1_Humor	Nie było zachow _bulim.	4,7375	1,85011	40
	Były zachow_bul im.	4,9063	2,13795	48
	Razem	4,8295	2,00271	88
DSQ2_Humor	Nie było zachow _bulim.	5,5625	1,76935	40
	Były zachow_bul im.	4,9792	2,04980	48
	Razem	5,2443	1,93871	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,918; $F(1,86) = 7,728$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,082$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,941; $F(1,86) = 5,421$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,059$; $p < 0,05$

Wniosek: Brak zachowań bulimicznych w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą mechanizmu obronnego w postaci wzrostu poczucia humoru w kwestionariuszu DSQ40.

W przypadku pozostałych mechanizmów obronnych nie uzyskano istotnych statystycznie zmian.

Zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą mechanizmów obronnych nie wpływał fakt podejmowania samookaleczeń.

Używanie narkotyków:

DSQ40 - fantazje schizoidalne

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
DSQ1_Fantazje_schizoidalne	Nie_było_używania_narkotyków	2,8043	1,81499	46
	Były_używane_narkotyki	3,2976	1,64931	42
	Razem	3,0398	1,74564	88
DSQ2_Fantazje_schizoidalne	Nie_było_używania_narkotyków	3,2065	1,77193	46
	Były_używane_narkotyki	2,8571	1,38936	42
	Razem	3,0398	1,60140	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 1,000; $F(1,86) = 0,011$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,000$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,940; $F(1,86) = 5,485$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,060$; $p < 0,05$

Wniosek: Fakt używania narkotyków w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą mechanizmu obronnego w postaci fantazji schizoidalnych w kwestionariuszu DSQ40. U osób, które nie używały narkotyków po leczeniu wzrasta, natomiast u osób, które używały narkotyki maleje.

W przypadku pozostałych mechanizmów obronnych nie uzyskano istotnych statystycznie zmian.

Fakt hospitalizacji psychiatrycznych: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą mechanizmów obronnych nie wpływał fakt wcześniejszych hospitalizacji psychiatrycznych.

Podsumowanie wyników weryfikacji hipotezy nr 5:

Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, że:

1. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony zmianą mechanizmu obronnego w postaci zwiększenia poczucia humoru w kwestionariuszu DSQ40 miały wpływ następujące zmienne:

- a. brak zachowań anorektycznych;
- b. brak zachowań bulimicznych.

2. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony zmianą mechanizmu obronnego w postaci zmniejszenia używania somatyzacji w kwestionariuszu DSQ40 miała wpływ jedna zmienna:

- a. fakt braku doświadczania przemocy psychicznej ze strony ojca w dzieciństwie.

3. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony zmianą mechanizmu obronnego w fantazji schizoidalnych w kwestionariuszu DSQ40 miała wpływ jedna zmienna:

- a. Fakt używania narkotyków w taki sposób, że u osób, które nie używały narkotyków stosowanie tego mechanizmu po leczeniu wzrasta, natomiast u osób, które używały narkotyki maleje.

4. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony zmianą wybranych mechanizmów obronnych w kwestionariuszu DSQ40 nie miały wpływu pozostałe zmienne, tj.: wiek, wykształcenie, rozłąka z rodzicami, nadużywanie alkoholu przez ojca w rodzinie pochodzenia, doświadczanie przemocy fizycznej w dzieciństwie, doświadczanie przemocy psychicznej w dzieciństwie ze strony matki, fakt hospitalizacji psychiatrycznych.

Tabela 12 Weryfikacja hipotezy nr 5.

Zmienne, które na końcowy wynik terapii w zakresie zmiany mechanizmów obronnych	
wpłynęły	nie wpłynęły
brak zachowań anorektycznych (rośnie poczucie humoru)	wiek
brak zachowań bulimicznych (rośnie poczucie humoru)	wykształcenie
brak przemocy od ojca (maleje somatyzacja)	przemoc psychiczna od matki
używanie narkotyków (maleją fantazje schizoidalne)	przemoc fizyczna
brak używania narkotyków (rosną fantazje schizoidalne)	nadużywanie alkoholu przez ojca
	rozłąka z rodzicami
	samookaleczenia
	hospitalizacje psychiatryczne

2.6 Weryfikacja hipotezy nr 6:

„Na wynik końcowy terapii mierzony redukcją nasilenia niepożądanych cech osobowości u pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową mają wpływ zmienne niezależnych tj. wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, rozłąka z rodzicami lub śmierć w dzieciństwie pacjenta, nadużywanie alkoholu w rodzinie pochodzenia, doświadczenie nadużycia seksualnego w dzieciństwie, doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie, doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie, zachowania anorektyczne, zachowania bulimiczne, zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń, używanie narkotyków, fakt hospitalizacji psychiatrycznych”.

W celu weryfikacji hipotezy zastosowano analizę wariancji z powtarzanymi pomiarami wyników uzyskanych w kwestionariuszu osobowości nerwicowej KON-2006 osobno dla każdej ze skal.

Wyniki, które okazały nieistotne statystycznie, nie zostały zamieszone w pracy. Ponadto ze względu na zbyt duże dysproporcje związane z nierówną liczebnością poszczególnych podgrup nie przeprowadzono analizy wpływu na wynik terapii takich

zmiennych jak: płeć, stan cywilny, doświadczenie śmierci rodziców, doświadczenie nadużycia seksualnego.

Wiek:

Wiek	typ pacjenta	N
18-25 r. ż.	1	28
26-30 r. ż.	2	35
powyżej 31 r. ż.	3	25

KON-2006– impulsywność

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_impulsywność	1	,5030	,25035	29
	2	,4390	,26719	35
	3	,3931	,25470	25
	Razem	,4470	,25904	89
KON2_impulsywność	1	,3778	,27091	29
	2	,3866	,24013	35
	3	,4024	,24412	25
	Razem	,3881	,24895	89

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa =0,922; $F(1,86) =7,291$; Moc efektu: $\eta^2 =0,078$; $p<0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,930; $F(2,86) =3,247$; Moc efektu: $\eta^2 =0,070$; $p<0,05$

Wnioski: Wiek w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali impulsywności w kwestionariuszu KON-2006. Największy spadek jest w pierwszej grupie wiekowej, mniejszy w drugiej, natomiast w trzeciej jest nieznaczny wzrost.

KON-2006– trudności w relacjach emocjonalnych

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_trudności_w_relacjach_emocjonalnych	1	,6034	,23001	29
	2	,6557	,18664	35
	3	,5939	,21211	25
	Razem	,6213	,20821	89
KON2_trudności_w_relacjach_emocjonalnych	1	,5517	,26485	29
	2	,4881	,20226	35
	3	,5467	,25581	25
	Razem	,5253	,23850	89

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,819; $F(1,86) = 19,017$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,181$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,913; $F(2,86) = 4,077$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,087$; $p < 0,05$

Wnioski: Wiek w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali trudności w relacjach emocjonalnych w kwestionariuszu KON-2006. Największy spadek jest w drugiej grupie wiekowej.

KON-2006- irracjonalność

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_irracjonalność	1	,3862	,21167	29
	2	,2600	,19281	35
	3	,3240	,23144	25
	Razem	,3191	,21473	89
KON2_irracjonalność	1	,2479	,19070	29
	2	,2606	,22108	35
	3	,3262	,24733	25
	Razem	,2749	,21956	89

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa =0,912; $F(1,86) = 8,291$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,088$; $p > 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,829; $F(2,86) = 8,873$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,171$; $p < 0,001$

Wnioski: Wiek w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali irracjonalności w kwestionariuszu KON-2006. Spadek jest tylko w pierwszej grupie wiekowej.

Wykształcenie:

KON-2006 – poczucie wyobcowania

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_wyobcowania	Wykształcenie_średnie	,6693	,24275	27
	Wykształcenie_wyższe_mgr	,4179	,27453	40
	Razem	,5192	,28843	67
KON2_poczucie_wyobcowania	Wykształcenie_średnie	,3862	,24525	27
	Wykształcenie_wyższe_mgr	,2875	,24181	40
	Razem	,3273	,24623	67

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa =0,543; $F(1,65) = 54,783$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,457$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,897; $F(1,65) = 7,474$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,103$; $p < 0,05$

Wnioski: Wykształcenie w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali poczucie wyobcowania kwestionariusza KON-2006. Większy spadek jest wśród osób z wykształceniem średnim.

KON-2006 – zawiść

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_zawiść	Wykształcenie_średnie	,4160	,26806	27
	Wykształcenie_wyższe_mgr	,2656	,18972	40
	Razem	,3262	,23473	67
KON2_zawiść	Wykształcenie_średnie	,2487	,20432	27
	Wykształcenie_wyższe_mgr	,2092	,21034	40
	Razem	,2251	,20729	67

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,675; $F(1,65) = 31,363$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,325$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,894; $F(1,65) = 7,711$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,106$; $p < 0,05$

Wnioski: Wykształcenie w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali zawiści kwestionariusza KON-2006. Większy spadek jest wśród osób z wykształceniem średnim.

KON-2006 – irracjonalność

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_irracjonalność	Wykształcenie_średnie	,3333	,23205	27
	Wykształcenie_wyższe_mgr	,3150	,21668	40
	Razem	,3224	,22144	67

KON2_irracjonalność	Wykształcenie_średnie	,2198	,19979	27
	Wykształcenie_wyższe_mgr	,3344	,23336	40
	Razem	,2882	,22609	67

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,908; $F(1,65) = 6,597$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,092$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,831; $F(1,65) = 13,173$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,169$; $p < 0,05$

Wnioski: Wykształcenie w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali irracjonalności kwestionariusza KON-2006. Wśród osób z wykształceniem średnim jest spadek, natomiast wśród osób z wykształceniem wyższym jest niewielki wzrost cechy.

Rozłąka z matką w dzieciństwie pacjenta: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą cech osobowości nie wpływał fakt rozłąki z matką w dzieciństwie.

Rozłąka z ojcem w dzieciństwie pacjenta:

KON-2006 – trudności podejmowania decyzji

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_trudności_podejmowania_decyzji	Nie_było_rozłąki_z_ojcem	,6608	,26522	39
	Była_rozłąka_z_ojcem	,6972	,23557	49
	Razem	,6811	,24834	88
KON2_trudności_podejmowania_decyzji	Nie_było_rozłąki_z_ojcem	,6247	,25559	39
	Była_rozłąka_z_ojcem	,5659	,26716	49
	Razem	,5919	,26225	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa =0,873; $F(1,86) =12,543$; Moc efektu: $\eta^2 =0,127$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,955; $F(1,86) =4,055$; Moc efektu: $\eta^2 =0,045$; $p < 0,05$

Wnioski: Fakt doświadczenia rozłąki z ojcem w dzieciństwie w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali trudności podejmowania decyzji kwestionariusza KON-2006. U osób, które doświadczyły rozstania z ojcem, spadek cechy jest większy.

Nadużywanie alkoholu przez ojca w rodzinie pochodzenia:

KON-2006 - negatywna samoocena

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_negatywna_samoocena	Nie_było_problemu_alkoh.	,6399	,24946	33
	Ojciec_nadużywał_alkoh.	,4186	,29551	44
	Razem	,5134	,29625	77
KON2_negatywna_samoocena	Nie_było_problemu_alkoh.	,3485	,27136	33
	Ojciec_nadużywał_alkoh.	,2606	,28252	44
	Razem	,2983	,27943	77

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa =0,520; $F(1,75) =69,230$; Moc efektu: $\eta^2 =0,480$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,925; $F(1,75) =6,110$; Moc efektu: $\eta^2 =0,075$; $p < 0,05$

Wnioski: Fakt nadużywania alkoholu przez ojca w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali negatywna samoocena kwestionariusza KON-2006 w taki sposób, że osoby które nie doświadczały tego problemu miały większy spadek tej cechy.

KON-2006 – drobiazgowość

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_drobiazgowość	Nie_było_problemu_alkoh.	,4785	,29465	33
	Ojciec_nadużywał_alkoh.	,5057	,22708	44
	Razem	,4940	,25674	77
KON2_drobiazgowość	Nie_było_problemu_alkoh.	,4848	,23954	33
	Ojciec_nadużywał_alkoh.	,4034	,23169	44
	Razem	,4383	,23702	77

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,947; $F(1,75) = 4,183$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,053$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,933; $F(1,75) = 5,357$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,067$; $p < 0,05$

Wnioski: Fakt nadużywania alkoholu przez ojca w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali drobiazgowości kwestionariusza KON-2006. U osób, których ojciec nadużywał alkoholu doszło do zmniejszenia cechy, natomiast u osób, u których nie było tego problemu, doszło do niewielkiego wzrostu cechy.

Doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą cech osobowości w KON-2006 nie wpływał fakt doświadczania przemocy fizycznej w dzieciństwie.

Doświadczenie przemocy psychicznej od matki w dzieciństwie: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą cech osobowości nie wpływał fakt doświadczania przemocy psychicznej od matki.

Doświadczenie przemocy psychicznej od ojca w dzieciństwie:

KON-2006 – negatywna samoocena

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_negatywna_samoocena	Nie_było_przemocy_psych	,5548	,28702	49
	Była_przemoc_psych.	,4586	,29527	39
	Razem	,5122	,29299	88
KON2_negatywna_samoocena	Nie_było_przemocy_psych	,2844	,26728	49
	Była_przemoc_psych.	,3065	,27959	39
	Razem	,2942	,27144	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,542; $F(1,86) = 72,576$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,458$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,938; $F(1,86) = 5,694$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,062$; $p < 0,05$

Wnioski: Fakt doświadczania przemocy psychicznej ze strony ojca w dzieciństwie w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali negatywnej samooceny kwestionariusza KON-2006. U osób, które nie doświadczyły przemocy psychicznej, doszło do większego obniżenia cechy.

KON-2006 – poczucie wyobcowania

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_wyobcowania	Nie_było_przemocy_psych	,5424	,28772	49
	Była_przemoc_psych.	,4668	,30426	39
	Razem	,5089	,29586	88

KON2_poczucie_wyobcowania	Nie_było_przemocy_psych	,3192	,27359	49
	Była_przemoc_psych.	,3462	,25782	39
	Razem	,3312	,26554	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,652; $F(1,86) = 45,986$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,348$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,955; $F(1,86) = 4,087$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,045$; $p < 0,05$

Wnioski: Fakt doświadczania przemocy psychicznej ze strony ojca w dzieciństwie w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali poczucia wyobcowania kwestionariusza KON-2006. U osób, które nie doświadczyły przemocy psychicznej, doszło do większego obniżenia cechy.

KON-2006 – trudności w relacjach emocjonalnych

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_trudności_w_relacjach_emocjonalnych	Nie_było_przemocy_psych	,6759	,17782	49
	Była_przemoc_psych.	,5538	,22782	39
	Razem	,6218	,20936	88
KON2_trudności_w_relacjach_emocjonalnych	Nie_było_przemocy_psych	,5340	,22043	49
	Była_przemoc_psych.	,5150	,26482	39
	Razem	,5256	,23985	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,818; $F(1,86) = 19,146$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,182$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,933; $F(1,86) = 6,220$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,067$; $p < 0,05$

Wnioski: Fakt doświadczania przemocy psychicznej ze strony ojca w dzieciństwie w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali trudności w relacjach emocjonalnych kwestionariusza KON-2006. U osób, które nie doświadczyły przemocy psychicznej, doszło do większego obniżenia cechy.

KON-2006 – brak witalności

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_brak_witalności	Nie było przemocy psych.	,6179	,17997	49
	Była przemoc psych.	,5630	,16938	39
	Razem	,5936	,17651	88
KON2_brak_witalności	Nie było przemocy psych.	,4693	,21011	49
	Była przemoc psych.	,4852	,17915	39
	Razem	,4763	,19605	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,674; $F(1,86) = 41,599$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,326$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,955; $F(1,86) = 4,071$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,045$; $p < 0,05$

Wnioski: Fakt doświadczania przemocy psychicznej ze strony ojca w dzieciństwie w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali braku witalności kwestionariusza KON-2006. U osób, które nie doświadczyły przemocy psychicznej, doszło do większego obniżenia cechy.

Zachowania anorektyczne:

KON-2006 – poczucie uzależnienia od otoczenia

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_uzależnienia_od_otoczenia	Nie_było_zachow_anorekt.	,4086	,23997	32
	Były_zachow_anorekt.	,5625	,23523	56
	Razem	,5065	,24707	88
KON2_poczucie_uzależnienia_od_otoczenia	Nie_było_zachow_anorekt.	,3542	,26465	32
	Były_zachow_anorekt.	,3684	,22055	56
	Razem	,3632	,23613	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,808; $F(1,86) = 20,453$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,192$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,930; $F(1,86) = 6,460$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,070$; $p < 0,05$

Wniosek: Fakt zachowań anorektycznych w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali poczucia uzależnienia kwestionariusza KON-2006. U osób, u których występowało takie zachowanie, wystąpiła większa zmiana w skali poczucia uzależnienia od otoczenia.

KON-2006 – poczucie wyobcowania

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_wyobcowania	Nie_było_zachow_anorekt.	,3728	,27619	32
	Były_zachow_anorekt.	,5867	,28021	56
	Razem	,5089	,29586	88

KON2_poczucie_wyobcowania	Nie_było_zachow_anorekt.	,2723	,28015	32
	Były_zachow_anorekt	,3648	,25325	56
	Razem	,3312	,26554	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,691; $F(1,86) = 38,482$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,309$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,934; $F(1,86) = 5,465$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,060$; $p < 0,05$

Wniosek: Fakt zachowań anorektycznych w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali poczucia wyobcowania kwestionariusza KON-2006. U osób, u których występowało takie zachowanie, wystąpiła większa zmiana w skali poczucia wyobcowania.

KON-2006 – brak wewnątrzsterowności

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_brak_wewn�trzsterowno�ci	Nie_by�ło_zachow_anorekt.	,4539	,23528	32
	By�ły_zachow_anorekt.	,5603	,22000	56
	Razem	,5216	,23015	88
KON2_brak_wewn�trzsterowno�ci	Nie_by�ło_zachow_anorekt.	,3771	,22748	32
	By�ły_zachow_anorekt	,3759	,21536	56
	Razem	,3764	,21854	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,758; $F(1,86) = 27,434$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,242$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,949; $F(1,86) = 4,647$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,051$; $p < 0,05$

Wniosek: Fakt zachowań anorektycznych w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali braku wewnątrzsterowności kwestionariusza KON-2006. U osób, u których występowało takie zachowanie, wystąpiła większa zmiana w skali braku wewnątrzsterowności.

Zachowania bulimiczne:

KON-2006 – poczucie uzależnienia od otoczenia

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_uzależnienia_od_otoczenia	Nie było zachow_bulimicznych	,4324	,25750	40
	Były zachow_bulimiczne	,5683	,22228	48
	Razem	,5065	,24707	88
KON2_poczucie_uzależnienia_od_otoczenia	Nie było zachow_bulimicznych	,3519	,26068	40
	Były zachow_bulimiczne	,3727	,21591	48
	Razem	,3632	,23613	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,764; $F(1,86) = 26,515$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,236$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,949; $F(1,86) = 4,603$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,051$; $p < 0,05$

Wniosek: Fakt zachowań bulimicznych w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali poczucia uzależnienia kwestionariusza KON-2006. U osób, u których występowało takie zachowanie, wystąpiła większa zmiana w skali poczucia uzależnienia od otoczenia.

Zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń:

KON-2006 – poczucie wyobcowania

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_poczucie_wyobcowania	Nigdy_nie_było_samookaleczeń	,3718	,27110	39
	Były_samookaleczeni_min_1x.	,6181	,27025	49
	Razem	,5089	,29586	88
KON2_poczucie_wyobcowania	Nigdy_nie_było_samookaleczeń	,2601	,24824	39
	Były_samookaleczeni_min_1x.	,3878	,26766	49
	Razem	,3312	,26554	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,650; $F(1,86) = 46,242$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,350$; $p < 0,001$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,939; $F(1,86) = 5,559$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,061$; $p < 0,05$

Wniosek: Fakt dokonywania samookaleczeń w sposób istotny statystycznie wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali poczucia wyobcowania kwestionariusza KON-2006. U osób, u których występowało takie zachowanie, wystąpiła większa zmiana w skali poczucia wyobcowania.

Używanie narkotyków: Stwierdzono, że na wynik końcowy terapii mierzony zmianą cech osobowości w KON-2006 nie wpływał fakt używania narkotyków.

Fakt wcześniejszych hospitalizacji psychiatrycznych:

KON-2006 - drobiazgowość

Statystyki opisowe

	Typ pacjenta	średnia	odchyl. stand.	N
KON1_drobiazgowość	Bez_niehospitalizacji	,5281	,24612	46
	Była_min._1_hospitalizacja.	,4464	,26066	42
	Razem	,4891	,25502	88
KON2_drobiazgowość	Bez_niehospitalizacji	,4103	,22770	46
	Była_min._1_hospitalizacja.	,4732	,26701	42
	Razem	,4403	,24782	88

Analiza wariancji dla efektu głównego:

λ Wilksa = 0,953; $F(1,86) = 4,237$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,047$; $p < 0,05$

Analiza wariancji dla efektu interakcyjnego:

λ Wilksa = 0,889; $F(1,86) = 10,696$; Moc efektu: $\eta^2 = 0,111$; $p < 0,05$

Wniosek: Fakt wcześniejszej hospitalizacji psychiatrycznej w istotny statystycznie sposób wpływa na wynik terapii mierzony zmianą w skali drobiazgowości kwestionariusza KON-2006. U osób, które nie były hospitalizowane wystąpił spadek tej cechy, natomiast u osób, które były hospitalizowane, wystąpił nieznaczny wzrost cechy.

Podsumowanie wyników weryfikacji hipotezy nr 6:

Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, że:

1. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony większą poprawą w skali **poczucia uzależnienia od otoczenia** w KON-2006 miały wpływ następujące zmienne:

a. występowanie zachowań anorektycznych;

- b. występowanie zachowań bulimicznych.
2. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony większą poprawą w skali **negatywnej samooceny** w KON-2006 miały wpływ następujące zmienne:
- a. brak problemu nadużywania alkoholu przez ojca w rodzinie pochodzenia;
 - b. brak doświadczenia przemocy psychicznej od ojca w dzieciństwie.
3. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony zmianą **impulsywności** w KON-2006 miał wpływ wiek:
- a. największy spadek cechy był w najmłodszej grupie wiekowej (od 18 do 25 r. ż.), mniejszy w drugiej grupie (od 26 do 30 r. ż.), natomiast grupie osób powyżej 31 r. ż. wystąpił nieznaczny wzrost.
4. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony większą zmianą w skali **trudności podejmowania decyzji** w KON-2006 miał wpływ:
- a. fakt rozłąki z ojcem.
5. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony większą zmianą w skali **poczucia wyobcowania** w KON-2006 miały wpływ zmienne:
- a. wykształcenie średnie;
 - b. brak doświadczenia przemocy psychicznej ze strony ojca;
 - c. występowanie zachowań anorektycznych;
 - d. fakt występowania zachowań autoagresywnych w postaci samookaleczeń.
6. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony większą zmianą w skali **trudności w relacjach emocjonalnych** w KON-2006 miały wpływ zmienne:
- a. wiek – największy spadek cechy wystąpił w grupie osób między 26 a 30 r. ż.;

b. brak doświadczenia przemocy psychicznej ze strony ojca.

7. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony większą zmianą w skali **braku witalności** w KON-2006 miał wpływ:

a. brak doświadczenia przemocy ze strony ojca w dzieciństwie.

8. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony większym spadkiem w skali **braku wewnątrzsterowności** w KON-2006 miał wpływ:

a. fakt występowania zachowań anorektycznych.

9. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony większą zmianą w skali **zawiści** w KON-2006 miało wpływ:

a. wykształcenie średnie.

10. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony zmianą w skali **irracyjności** w KON-2006 miały wpływ zmienne:

a. wiek – cecha ta obniżyła się w najmłodszej grupie wiekowej (od 18 do 25 r. ż.);

b. wykształcenie – u osób z wykształceniem średnim cecha ta obniżyła się, natomiast u osób z wyższym – nieznacznie wzrosła.

11. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony zmianą w skali **drobiazgowości** w KON-2006 miały wpływ zmienne:

a. fakt nadużywania alkoholu przez ojca w rodzinie pochodzenia – u osób z takim doświadczeniem cecha zmalała, natomiast u osób, które nie miały takiego doświadczenia, nieznacznie wzrosła;

b. fakt doświadczania hospitalizacji -u osób z takim doświadczeniem cecha wzrosła, natomiast u osób, które nie miały takiego doświadczenia nieznacznie zmalała.

12. Na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb mierzony zmianą w pozostałych skalach KON-2006 nie miały wpływu pozostałe zmienne, tj. rozłąka z matką w dzieciństwie, doświadczanie przemocy fizycznej, doświadczenie przemocy psychicznej od matki oraz używanie narkotyków.

Tabela 13 Weryfikacja hipotezy nr 6.

Zmienne, które na końcowy wynik terapii w zakresie zmiany cech osobowości	
wpłynęły	nie wpłynęły
wiek poniżej 25 r.ż. (maleje impulsywność, irracjonalność)	rozłąka z matką
wiek od 26 do 30 r.ż (maleją trudności w relacjach emocjonalnych)	przemoc psychiczna od matki
wykształcenie średnie (maleje poczucie wyobcowania, irracjonalność, zawiść)	przemoc fizyczna
nadużywanie alkoholu przez ojca (maleje drobiazgowość)	używanie narkotyków
brak nadużywania alkoholu (maleje negatywna samoocena)	
brak przemocy od ojca (maleje negatywna samoocena, poczucie wyobcowania, trudności w relacjach emocjonalnych, brak witalności)	
rozłąka z ojcem (trudności w podejmowaniu decyzji zachowania anorektyczne (maleje poczucie uzależnienia od otoczenia, poczucie wyobcowania, brak wewnątrzsterowności)	
zachowania bulimiczne (maleje poczucie uzależnienia od otoczenia)	
samookaleczenia (maleje poczucie wyobcowania)	
hospitalizacje psychiatryczne (rośnie drobiazgowość)	
brak hospitalizacji (maleje drobiazgowość)	

2.7 Weryfikacja hipotezy nr 7:

„Na wynik końcowy terapii mierzony redukcją nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową mają wpływ zmienne niezależnych tj. wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, rozłąka z rodzicami lub śmierć w dzieciństwie pacjenta, nadużywanie alkoholu w rodzinie pochodzenia, doświadczenie nadużycia seksualnego w dzieciństwie, przemocy fizycznej w dzieciństwie,

przemocy psychicznej w dzieciństwie, zachowania anorektyczne, zachowania bulimiczne, zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń, używanie narkotyków, ilość hospitalizacji psychiatrycznych”.

W celu weryfikacji hipotezy zastosowano analizę wariancji z powtarzanymi pomiarami wyników uzyskanych w kwestionariuszu objawowym SIII (KO SIII). Wyniki, które okazały nieistotne statystycznie, nie zostały zamieszone w pracy. Ponadto ze względu na zbyt duże dysproporcje związane z nierówną liczebnością poszczególnych podgrup nie przeprowadzono analizy wpływu na wynik terapii takich zmiennych jak: płeć, stan cywilny, doświadczenie śmierci rodziców, doświadczenie nadużycia seksualnego i choroby psychicznej rodziców.

W przypadku pozostałych czynników: Stwierdzono, że nie wpływają one na wynik terapii mierzonego nasileniem objawów psychopatologicznych mierzonych KO SIII.

Podsumowanie weryfikacji hipotezy nr 7

Stwierdzono, że takie zmienne jak: wiek, wykształcenie, rozłąka z rodzicami, nadużywanie alkoholu w rodzinie pochodzenia, doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie, doświadczenie przemocy psychicznej w dzieciństwie, zachowania anorektyczne, zachowania bulimiczne, zachowania autoagresywne w postaci samookaleczeń, używanie narkotyków oraz fakt hospitalizacji psychiatrycznych **nie wpłynęły** na wyniki terapii wglądowej dostosowanej do potrzeb u pacjentów z zaburzeniami osobowości mierzonej nasileniem objawów psychopatologicznych w KO SIII.

2.8 Weryfikacja hipotezy nr 8:

„U pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb niezależnie od ośrodka leczącego redukcja objawów psychopatologicznych skorelowana jest z innymi parametrami zmiany”.

Weryfikacja hipotezy 8a: „U pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb niezależnie od ośrodka leczącego redukcja objawów psychopatologicznych skorelowana jest ze zmianą percepcji więzi”.

Weryfikację hipotezy przeprowadzono z użyciem metody korelacji parametrycznej i oznaczeniem współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 14.

Tabela 14 Korelacja pomiędzy PBI a SOIII

Skala PBI	SOIII_1 N ⁷ =116		SOIII_2 N=89	
	r	p	r	P
PBI_Matka_troska	-,281	,002	-,063	,564
PBI_Matka_kontrola	,275	,003	,171	,113
PBI_Ojciec_troska	-,097	,309	,070	,524
PBI_Ojciec_kontrola	,061	,521	,106	,333

Istotne statystycznie wyniki dotyczą tylko pierwszego pomiaru dotyczącego percepcji więzi z matką. W pierwszym pomiarze, czyli wśród wszystkich przyjętych do leczenia, matczyzna troska była odwrotnie skorelowana z nasileniem objawów psychopatologicznych, tzn. że im wyższy był wskaźnik percepcji matczynej troski tym mniej stwierdzanych objawach psychopatologicznych. Natomiast w przypadku matczynej kontroli nasilenie objawów psychopatologicznych było skorelowane wprost proporcjonalnie, tzn. im wyższy był wskaźnik matczynej kontroli tym więcej stwierdzono objawów psychopatologicznych w badaniu KO SIII. Korelacje te są dość słabe ($r < 0,5$). Uzyskane wyniki są zgodne z oczekiwaniami wynikającymi z doniesieniami płynącymi z literatury.

W grupie badanej po leczeniu nie stwierdzono żadnej z tych zależności. Oznacza to, że parametry te uniezależniły się od siebie. Po leczeniu zmiana obrazu więzi nie jest

⁷N - liczebność próby; r - współczynnik korelacji; p – poziom istotności statystycznej

skorelowana z poprawą objawową i odwrotnie, czyli poprawa objawowa nie jest powiązana ze zmianą obrazu więzi.

W przypadku parametrów dotyczących obrazu więzi z ojcem nie stwierdzono żadnych istotnych statystycznie zależności.

Weryfikacja hipotezy 8b: „U pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb niezależnie od ośrodka leczącego redukcja objawów psychopatologicznych skorelowana jest ze zmianą mechanizmów obronnych”.

Weryfikację hipotezy przeprowadzono z użyciem metody korelacji parametrycznej i oznaczeniem współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 15.

Tabela 15 Korelacja pomiędzy DSQ40 a SOIII

Mechanizm obronny	SOIII_1		SOIII_2	
DSQ40	N ⁸ =116		N=89	
	r	p	R	P
DSQ_Humor	-,268	,004	-,266	,012
DSQ_Acting_out	,270	,003	,289	,006
DSQ_Fantazje_schizoidalne	,013	,886	,340	,001
DSQ_Somatyzacje	,424	,000	,355	,001

Analiza związku dojrzałego mechanizmu obronnego ze zmianą objawową wskazuje na odwrotną korelację poczucia humoru z nasileniem objawów psychopatologicznych, tzn. im wyższe poczucie humoru, tym mniej objawów. Poprawa objawowa związana z leczeniem skorelowana była z poprawą w zakresie mechanizmu obronnego jakim jest humor. Oznacza to, że pod wpływem terapii częstość używania tego mechanizmu obronnego wzrosła i była

⁸N - liczebność próby; r - współczynnik korelacji; p – poziom istotności statystycznej

skorelowana ze spadkiem nasilenia objawów, tym samym poprawa objawowa powiązana była ze wzrostem używania dojrzałego mechanizmu obronnego jakim jest humor. Jednak uzyskana korelacja jest słaba ($r < 0,3$)

Niedojrzałe mechanizmy obronne takie jak acting out i somatyzacja były skorelowane z nasileniem objawów psychopatologicznych wprost proporcjonalnie, czyli im częstsze było ich stosowanie tym większe było nasilenie objawów psychopatologicznych. Związek ten jest wyraźniejszy w przypadku somatyzacji. Po leczeniu zależność ta nadal się utrzymywała. I pomimo że dla całej grupy badanej nie uzyskano istotnej statystycznie zmiany tych mechanizmów obronnych, to ogólnie tendencję taką obserwowano, a w niektórych podgrupach uzyskano zmiany istotne statystycznie, np. obniżenie somatyzacji wśród osób, które nie doświadczyły przemocy psychicznej od ojca. Zmiana tych mechanizmów obronnych w sposób istotny statystycznie korelowała z poprawą objawową uzyskaną po leczeniu. Tym samym poprawa objawowa powiązana była ze spadkiem używania niedojrzałych mechanizmów obronnych takich jak: somatyzacja i acting out. Korelacja ta jest silniejsza niż w przypadku poczucia humoru, choć w dalszym ciągu dość słaba ($r < 0,5$).

W przypadku fantazji schizoidalnych w grupie początkowej nie stwierdzono zależności pomiędzy stosowaniem tego mechanizmu obronnego a nasileniem objawów psychopatologicznych. Szczegółowe analizy wykazały, że ten mechanizm obronny powiązany jest ze stosowaniem narkotyków, a terapia w odmienny sposób wpływa na jego zmianę. Osoby, które nie przyjmowały narkotyków po leczeniu częściej używały tego mechanizmu obronnego, natomiast te, które przyjmowały narkotyki, stosowały go rzadziej. Efekt końcowy w całej grupie nie wykazał zmiany w zakresie stosowania tego mechanizmu obronnego. Jednocześnie stwierdzono wyraźnie zaznaczoną wprost proporcjonalną zależność pomiędzy poprawą objawową a korzystną zmianą w tym obszarze. Oznacza to, że u osób u których wystąpiło zmniejszenie używania fantazji schizoidalnych (tj. używających wcześniej narkotyków) równocześnie doszło do redukcji objawów psychopatologicznych.

Weryfikacja hipotezy 8c: „U pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb niezależnie od ośrodka leczącego redukcja objawów psychopatologicznych skorelowana jest z redukcją niepożądanych cech osobowości”.

Weryfikację hipotezy przeprowadzono z użyciem metody korelacji parametrycznej i oznaczeniem współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 16.

Tabela 16 Korelacja pomiędzy KON-2006 a SOIII

Skala KON-2006	SOIII_1 N ⁹ =116		SOIII_2 N=89	
	r	p	r	p
KON_poczucie_uzależnienia_od_otoczenia	,609	,000	,525	,000
KON_astenia	,674	,000	,545	,000
KON_negatywna_samoocena	,724	,000	,568	,000
KON_impulsywność	,524	,000	,533	,000
KON_trudności_podejmowania_decyzji	,277	,003	,225	,034
KON_poczucie_wyobcowania	,747	,000	,575	,000
KON_demobilizacja	,581	,000	,499	,000
KON_sklonność_do_ryzyka	,151	,105	,144	,179
KON_trudności_w_relacjach_emocjonalnych	,265	,004	,181	,090
KON_brak_witalności	,532	,000	,458	,000
KON_niezaradność_życiowa	,605	,000	,542	,000
KON_brak_wewnętrzsterowności	,559	,000	,528	,000
KON_fantazjowanie	,479	,000	,346	,001
KON_poczucie_winy	,621	,000	,636	,000
KON_trudności_w_relacjach_interpersonalnych	,621	,000	,636	,000
KON_zawiść	,614	,000	,468	,000
KON_narcyzm	,435	,000	,383	,000

⁹N - liczebność próby; r - współczynnik korelacji; p – poziom istotności statystycznej

Skala KON-2006	SOIII_1 N ^o =116		SOIII_2 N=89	
	r	p	r	p
KON_poczucie_zagrozenia	,700	,000	,621	,000
KON_egzaltacja	,564	,000	,512	,000
KON_irracjonalność	,141	,132	-,022	,837
KON_drobiazgowość	,265	,004	,355	,001
KON_rozpamiętywanie	,507	,000	,473	,000
KON_poczucie_przeciążenia	,142	,129	,316	,003
KON_brak_wplywu	,593	,000	,541	,000

W całej badanej populacji uzyskano istotne statystycznie zmiany dotyczące poprawy w postaci spadku natężenia cech osobowości badanej kwestionariuszem KON-2006, poza skłonnością do ryzyka, która wzrosła. Zauważono istotny wpływ różnych czynników na zmianę w tym obszarze omówiony w podsumowaniu wcześniejszych hipotez.

W przypadku niepożądanych cech osobowości badanych narzędziem KON-2006 przed podjęciem leczenia nie stwierdzonych korelacji w przypadku 3 parametrów tj. skłonności do ryzyka, irracjonalności i poczuciu przeciążenia z nasileniem objawów psychopatologicznych. Skale: trudności podejmowania decyzji, trudności w relacjach emocjonalnych, fantazjowanie, narcyzm i drobiazgowość korelacja z objawami psychopatologicznymi była umiarkowana (r pomiędzy 0,2 a 0,5), natomiast w przypadku pozostałych skal korelacja była silna ($r > 0,5$) i wprost proporcjonalna. Zaobserwowano ogólną tendencję dotyczącą utrzymania się związku korzystnej zmiany cech osobowości z poprawą objawową. W przypadku takich cech jak: poczucie uzależnienia, astenia, negatywna samoocena, impulsywność, poczucie wyobcowania, niezaradność życiowa, brak wewnątrzsterowności, poczucie winy, trudności w relacjach interpersonalnych, poczucie zagrożenia, egzaltacja, związek nadal był silny lub nawet silniejszy niż przed leczeniem (w odniesieniu do impulsywności, trudności w relacjach interpersonalnych oraz poczucie winy zależność). W odniesieniu do takich cech jak: demobilizacja, zawiść, brak witalności, rozpamiętywanie zależność ta się utrzymała ale z nieco mniejszą siłą ($r < 0,5$). Oznacza to, że

poprawa w zakresie wymienionych cech w pozytywny sposób koreluje z poprawą objawową i odwrotnie, czyli w przypadku uzyskania poprawy objawowej można oczekiwać również poprawy wymienionych powyżej niepożądanych cech osobowości. Z cech, które przed leczeniem był skorelowane z poprawą objawową, jedynie w odniesieniu do trudności w relacjach emocjonalnych zależność ta nie utrzymała się po leczeniu. Z kolei po leczeniu zaobserwowano korelację obniżenia się poczucia przeciążenia z poprawą objawową.

Podsumowanie weryfikacji hipotezy nr 8

Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, że u pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb niezależnie od ośrodka leczącego redukcja objawów psychopatologicznych:

1. Nie była skorelowana ze zmianą percepcji więzi; istniała słaba zależność nasilenia objawów psychopatologicznych z percepcją więzi z matką w grupie rozpoczynającej leczenie.
2. Była skorelowana ze zmianą mechanizmów obronnych
 - a. istniała słaba odwrotna zależność pomiędzy nasileniem objawów psychopatologicznych z poczuciem humoru;
 - b. istniała słaba zależność wprost proporcjonalna pomiędzy natężeniem objawów a mechanizmami obronnymi tj.: somatyzacja i acting out;
 - c. po leczeniu powstała umiarkowana zależność pomiędzy poprawą objawową a zmniejszeniem fantazji schizoidalnych.
3. Była silnie skorelowana z redukcją niepożądanych cech osobowości takich jak:
 - a. poczucie uzależnienia, astenia, negatywna samoocena, impulsywność, poczucie wyobcowania, niezaradność życiowa, brak wewnątrzsterowności, poczucie winy, trudności w relacjach interpersonalnych, poczucie zagrożenia, egzaltacja.
4. Była w sposób umiarkowany skorelowana z redukcją niepożądanych cech osobowości takich jak:
 - b. demobilizacja, zawiść, brak witalności, rozpamiętywanie.

5. Nie była skorelowana z redukcją niepożądanych cech osobowości takich jak:

a. skłonności do ryzyka, irracjonalności.

4. Zachowuje się w zmienny sposób w stosunku do takich cech jak jest skorelowana z redukcją niepożądanych cech osobowości przed leczeniem:

a. poczucia przeciążenia – zależności z objawami psychopatologicznymi powstał po leczeniu, nie było jej przed;

b. trudności w relacjach emocjonalnych – zależność była przed leczeniem, nie stwierdzono jej po.

Tabela 17 Weryfikacja hipotezy nr 8.

Korelacja poprawy objawowej z innymi parametrami zmiany	
wystąpiła	nie wystąpiła
mechanizmy obronne (wprost proporcjonalna z fantazjami schizoidalnymi, somatyzacja, acting outem; odwrotnie proporcjonalna z poczuciem humoru) cechy osobowości: poczucie uzależnienia, astenia, negatywna samoocena, impulsywność, poczucie wyobcowania, niezaradność życiowa, brak wewnątrzsterowności, poczucie winy, trudności w relacjach interpersonalnych, poczucie zagrożenia, egzaltacja, demobilizacja, zawiść, brak witalności, rozpamiętywanie, poczucie przeciążenia	percepcja więzi cechy osobowości: skłonność do ryzyka, irracjonalność, trudności w relacjach emocjonalnych

3. Podsumowanie badania

Celem prezentowanej pracy badawczej było sprawdzenie wpływu terapii wglądowej na percepcję więzi z rodzicami oraz ocena skuteczności oddziaływań terapeutycznych w leczeniu pacjentów z zaburzeniami osobowości.

W oparciu o literaturę przedmiotu i doświadczenie kliniczne postawiono następujące hipotezy badawcze:

1. Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb wpływa na korzystny wynik terapii.
2. Głębokość patologii osobowości wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby o mniejszym poziomie zaburzeń osiągają lepszy końcowy wynik terapii niż osoby o większym poziomie psychopatologii.
3. Tryb prowadzenia leczenia wpływa na końcowy wynik terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb w taki sposób, że osoby leczone w trybie ambulatoryjnym osiągają lepszy końcowy wynik terapii niż osoby leczone w trybie wyjazdowym.
4. Na wynik końcowy terapii mierzony zmianą percepcji więzi u pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową mają wpływ wybrane zmienne niezależne.
5. Na wynik końcowy terapii mierzony zmianą mechanizmów obronnych w kierunku bardziej dojrzałych u pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową mają wpływ wybrane zmienne niezależne.
6. Na wynik końcowy terapii mierzony redukcją nasilenia niepożądanych cech osobowości u pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową mają wpływ wybrane zmienne niezależne.
7. Na wynik końcowy terapii mierzony redukcją nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową mają wpływ wybrane zmienne niezależne.

8. U pacjentów z zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią wglądową dostosowaną do potrzeb niezależnie od miejsca prowadzenia leczenia redukcja objawów psychopatologicznych skorelowana jest z innymi obszarami zmiany.

Analizie poddano wyniki 89 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń osobowości, którzy ukończyli leczenie w jednym z dwóch krakowskich ośrodków terapeutycznych, tj. w Ośrodku Psychoterapii Dorosłych Dzieci Alkoholików lub Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic. W pierwszym z nich leczeni byli pacjenci o niższym poziomie patologii osobowości w trybie ambulatoryjnym lub wyjazdowym, w drugim pacjenci o głębszym poziomie patologii osobowości w ramach oddziału całodobowego. Terapia w obu miejscach prowadzona była w oparciu o teorie psychodynamiczne. Przyjęto założenie, że każdy z pacjentów otrzymał leczenie dostosowane do swoich potrzeb.

Weryfikację hipotez przeprowadzono w oparciu o wyniki uzyskane w kwestionariuszach badających percepcję więzi (PBI), mechanizmy obronne (DSQ40), cechy osobowości (KON-2006) oraz objawy nerwicowe (KO SIII). Dodatkowo w analizie zmiennych niezależnych wykorzystano dane z ankiety życiorysowej wypełnianej rutynowo przez pacjentów w obu ośrodkach. Rozpoznanie zaburzeń osobowości zweryfikowano wywiadem ustrukturyzowanym SCID-II. W opracowaniach statystycznych zastosowano następujące metody: test T Studenta dla zmiennych zależnych, analizę wariancji z powtarzanymi pomiarami oraz analizę korelacji parametrycznej z oznaczeniem współczynnika Pearsona.

Potwierdzona została hipoteza pierwsza w odniesieniu do wyniku terapii mierzonego: zmianą jednego z czterech analizowanych mechanizmów obronnych (poczucie humoru), zmianą analizowanych cech osobowości (wszystkich poza skłonnością do ryzyka) oraz redukcją objawów nerwicowych. Natomiast nie została potwierdzona w odniesieniu do percepcji więzi.

Potwierdzona została hipoteza druga w odniesieniu do zmiany percepcji troski matki (w kierunku jej zmniejszenia) i wzrostu poczucia humoru u pacjentów o niższym poziomie patologii osobowości oraz w odniesieniu do kilku cech osobowości (tj. negatywna samoocena, poczucie wyobcowania, trudności w relacjach emocjonalnych), u pacjentów o głębszym poziomie patologii osobowości. Nie została potwierdzona w odniesieniu do pozostałych parametrów zmiany.

Potwierdzona została hipoteza trzecia w odniesieniu do zmiany percepcji troski obu rodziców w grupie wyjazdowej oraz jednej cechy osobowości (astenii) i objawów nerwicowych w grupie ambulatoryjnej. Nie została potwierdzona w odniesieniu do pozostałych parametrów zmiany.

Potwierdzona została hipoteza czwarta. Stwierdzono, że takie zmienne, jak nadużywanie alkoholu przez ojca, doświadczenie przemocy psychicznej ze strony ojca oraz brak zachowań anorektycznych i hospitalizacji psychiatrycznych, wpływają na zmianę percepcji więzi w wyniku terapii.

Potwierdzona została hipoteza piąta. Stwierdzono, że takie zmienne, jak brak doświadczenia przemocy psychicznej od ojca, brak zachowań anorektycznych i bulimicznych oraz używanie narkotyków, wpływają na zmianę mechanizmów obronnych w wyniku terapii.

Potwierdzona została hipoteza szósta. Stwierdzono, że takie zmienne, jak wiek, wykształcenie, nadużywanie alkoholu przez ojca, doświadczenie przemocy psychicznej ze strony ojca, fakt rozłąki z ojcem, zachowania anorektyczne i bulimiczne, dokonywanie samookaleczeń, wcześniejsze hospitalizacje psychiatryczne, wpływają na zmianę percepcji więzi w wyniku terapii.

Nie potwierdzona została hipoteza siódma. Stwierdzono, że analizowane zmienne nie wpływają na zmianę uzyskaną w terapii mierzoną nasileniem objawów psychopatologicznych.

Potwierdzona została hipoteza ósma. Stwierdzono, że poprawa objawowa jest silnie skorelowana ze zmianą większości analizowanych cech osobowości (poza skłonnością do ryzyka, trudnościami w relacjach emocjonalnych, irracjonalnością) oraz słabo ze zmianą wszystkich czterech badanych mechanizmów obronnych. Zależności takiej nie stwierdzono w odniesieniu do zmiany percepcji więzi.

Uzyskane wyniki świadczą o skuteczności leczenia pacjentów z zaburzeniami osobowości w badanych ośrodkach przede wszystkim w odniesieniu do redukcji niepożądanych cech osobowości oraz redukcji objawów psychopatologicznych. W mniejszym stopniu korzystne zmiany zaszły także w obszarze mechanizmów obronnych. Ponadto stwierdzono wpływ terapii wglądowej na percepcję więzi u pacjentów o niższym poziomie patologii osobowości, u których zasadniczym powodem szukania pomocy był

problem dorastania w tzw. rodzinie alkoholowej. Wpływ ten polegał na spostrzeganiu po leczeniu słabszej opieki rodzicielskiej oraz większej kontroli macierzyńskiej, co może świadczyć o urealnieniu obrazu relacji z rodzicami. Największe zmiany w percepcji więzi stwierdzono w grupie leczonej w trybie wyjazdowym. Jednocześnie w tej grupie uzyskano najmniejsze zmiany w innych parametrach efektywności terapii. Ponadto wyłoniono czynniki mające swoisty wpływ na końcowy wynik leczenia. Najistotniejsze z nich, to: doświadczanie przemocy psychicznej i nadużywanie alkoholu przez ojca oraz współwystępowanie zachowań anorektycznych i bulimicznych, okaleczenie się i używanie narkotyków. Wykazano również, że redukcja objawów psychopatologicznych jest silnie sprzężona z poprawą objawową oraz słabo ze zmianą mechanizmów obronnych.

4. Dyskusja wyników

Tematem pracy było sprawdzenie, na ile metoda psychoterapii wglądowej oparta na modelu teorii psychodynamicznej jest skuteczna w leczeniu pacjentów z zaburzeniami osobowości. Skuteczność oddziaływań terapeutycznych zmierzona została poprzez zmiany w takich obszarach jak: percepcja więzi, mechanizmy obronne, cechy osobowości oraz nasilenie objawów psychopatologicznych. Należy podkreślić, że tego typu badanie w warunkach polskich miało charakter nowatorski. Otrzymane wyniki świadczą o korzystnym wpływie psychoterapii i wpisują się w szereg badań, które udowodniły efektywność psychoterapii psychodynamicznych (Bateman i Fonagy, 1999; 2001; 2009; Bateman i wsp. 2007; Shedler, 2010; Laurensen, 2014). Z drugiej strony liczne dane pochodzące z literatury przedmiotu sugerują, że fakt rozpoznania zaburzeń osobowości stanowi negatywny czynnik prognostyczny co do efektywności oddziaływań terapeutycznych (Cooper, 2010). Podobnie niekorzystnie rokowniczo wpływają pozabezpieczny styl przywiązania i niski poziom funkcjonowania, które nie były bezpośrednio oceniane w prezentowanym badaniu. Zgromadzone dane sugerują natomiast, że badanych cechowały również te czynniki. Stwierdzono bowiem niekorzystną percepcję więzi z rodzicami, która zazwyczaj współwystępuje z pozabezpiecznym stylem przywiązania (Levy 2005; Levy i wsp. 2006a; 2014; Gawda, Czubak, 2012) oraz informacje świadczące o stosunkowo niskim funkcjonowaniu w życiu codziennym, szczególnie w

odniesieniu do pacjentów o głębszym poziomie psychopatologii. Uzyskane rezultaty pokazały, że przedstawione modele terapeutyczne działają i są szczególnie skuteczne w osiągnięciu korzystnej zmiany w takich aspektach jak cechy osobowości, poprawa objawowa oraz – do pewnego stopnia – mechanizmy obronne. Mniej jednoznaczny okazał się wpływ psychoterapii wglądowej na percepcję więzi.

Charakterystyka podgrup

Warto przypomnieć, że badanych podzielono na dwie zasadnicze podgrupy: o mniejszym poziomie patologii osobowości, co było tożsame z leczeniem w OP DDA oraz o głębszym poziomie patologii osobowości, którzy leczeni byli w OLZON. Odpowiadało to również nasileniu niepożądanych cech osobowości oraz objawów nerwicowych. Ponadto przyjęto założenie, że każdy z pacjentów otrzymał terapię dostosowaną do swoich potrzeb, która bazowała na teoretycznych modelach psychodynamicznych. Jednak terapie te odbywały się w innych warunkach. Osoby o głębszym poziomie psychopatologii leczone były przez 24 tygodnie w całodobowym oddziale stacjonarnym (otrzymały 48 godzin terapii indywidualnej lub 108 godzin terapii grupowej oraz 90 godzin spotkań społeczności terapeutycznej). Całokształt wszystkich oddziaływań nastawiony był na uzyskanie poprawy w obszarze niekorzystnych cech osobowości oraz zaburzonego funkcjonowania społecznego. Natomiast osoby o mniejszym poziomie psychopatologii leczone były w trybie ambulatoryjnym (sześć godzin terapii tygodniowo przez okres dziewięciu miesięcy, czyli ok. 216 godzin psychoterapii grupowej) lub w trybie wyjazdowym (cztery sześciodniowe dniowe wyjazdy terapeutyczne, czyli ok. 240 godzin psychoterapii grupowej).

Zmiana w obszarze percepcji więzi

Globalnie nie stwierdzono, aby w świetle przyjętych założeń zaszła zmiana percepcji więzi w badanej populacji jako całości. Jednak bardziej szczegółowa analiza wykazała, że w grupie pacjentów o mniejszym poziomie psychopatologii zaistniała taka zmiana i polegała ona na zmniejszeniu postrzegania opieki rodzicielskiej. W przypadku osoby matki zmiana ta była większa i dotyczyła jednocześnie wzrostu percepcji kontroli z jej strony. Największe zmiany osiągnięte zostały w leczeniu prowadzonym w warunkach wyjazdowych i dotyczyły również pogorszenie postrzegania opieki ojcowskiej. Wydaje się, że osoby o mniejszym poziomie psychopatologii urealniły swój obraz rodziców, w szczególności w odniesieniu do matki. Owo urealnienie polegało na dostrzeżeniu przez pacjentów w postawach swych

rodziców takich zachowań, które świadczyły większej „kontrolu” i słabszej „opiece” z ich strony.

Trzeba jednak zaznaczyć, że grupę pacjentów o mniejszym poziomie psychopatologii stanowili pacjenci z Ośrodka Psychoterapii DDA. Była to więc grupa w pewnym sensie szczególna. Pacjenci ci dorastali w rodzinach, w których problemem uzależnienia od alkoholu był decydującym czynnikiem wpływającym na poszukiwanie specjalistycznej pomocy. Najczęściej osobą pijącą w rodzinie był ojciec (w przypadku 30 osób spośród 36), rzadziej oboje rodziców (4 osoby), wyjątkowo matka (2 osoby). Doświadczenia te z pewnością przyczyniły się do ukształtowania charakterystycznych cech osobowości, które definiowane są jako syndrom DDA, i które łączą się przyjęciem specyficznych ról rodzinnych, a które w pewnym sensie opierają na zaprzeczaniu i iluzji (Gąsior, 2012; Litwa, 2009). Zatem możliwe, że deziluzja obrazu rodziców u tych pacjentów stanowi zasadniczy czynnik leczący i stanowi punkt wyjścia do dalszych zmian. Jednak w związku z takim podziałem pacjentów, jaki przyjęto, trudno jednoznacznie wskazać, czy sam fakt mniejszej patologii osobowości czy też dorastanie w specyficznym środowisku rodziny z problemem alkoholowym, było decydującym czynnikiem odpowiedzialnym za zmianę, która w tym obszarze zaszła pod wpływem terapii. Za przeważającym wpływem doświadczeń związanych z alkoholizmem w rodzinie przemawia fakt, że nadużywanie alkoholu przez ojca okazało się istotnym czynnikiem wpływającym na wzrost percepcji kontroli macierzyńskiej po terapii, niezależnie od miejsca leczenia. Problem ten dotyczył prawie połowy objętych badaniem (43 osoby spośród 88).

Pojawiają się tutaj liczne pytania dotyczące tego, na ile warunki prowadzenia terapii i powiązane z tym takie czynniki jak bezwzględna liczba godzin terapii, intensywność oddziaływań terapeutycznych, czas przebywania w społeczności terapeutycznej oraz inne niespecyficzne czynniki terapeutyczne miały wpływ na rezultaty końcowe leczenia. Bezwzględna liczba godzin terapeutycznych przemawia na korzyść grupy wyjazdowej. Terapia ta prowadzona była przez parę terapeutów: kobietę i mężczyznę, w bardzo szczególnych warunkach oderwania od codziennych problemów uczestników. Jednak grupa ta była stosunkowo nieduża (zaledwie 14 osób), w związku z tym uzyskane zależności należy traktować z ostrożnością. Wskazują one natomiast obszar wymagający dalszych weryfikacji empirycznych.

Trzeba również zaznaczyć, że w przeprowadzonych analizach nie uwzględniono takich czynników jak współwystępowanie innych niż psychiatryczne rozpoznań medycznych, np. cukrzyca, astma oskrzelowa, itp. oraz wpływu farmakoterapii, które niewykluczone, że miały istotny wpływ na końcowy wynik terapii. Przyjęto jednak, że pacjenci otrzymywali adekwatne leczenie również w obszarze ogólnego stanu zdrowia. W obu ośrodkach psychoterapia była podstawową metodą leczenia, a farmakoterapia stanowiła jej uzupełnienie tylko wówczas, kiedy było to niezbędne ze względu na stan psychiczny pacjenta i uwzględniało całą dynamiki pacjenta. Nadrzędną zasadą było dążenie do maksymalnego ograniczenia podaży leków. Z zasady nie były stosowane leki z grupy benzodwazepin i pochodnych. Leczenie farmakologiczne w obu ośrodkach prowadzone było przez lekarzy psychiatrów, który byli członkiem danego zespołu terapeutycznego i w swoim postępowaniu uwzględniali procesy psychodynamiczne, które mogły zachodzić w odniesieniu do osoby lekarza i przepisywanych przez niego substancji (Murawiec, 2007; Wieczorek, Synówka, 2012).

Interesujące jest również, że po leczeniu obraz percepcji więzi z matką w obu grupach pacjentów, niezależnie od poziomu psychopatologii, wyraźnie się do siebie zbliżył, co ilustruje tabela nr 18.

Tabela 18 Percepcja więzi w badaniu własnym i w badaniach innych autorów

Skala PBI	Badanie własne				Parker Grupa niekliniczna („norma”)	Fossati		
	OP DDA		OLOZN			Grupa niekliniczna	ZO cluster A/C	ZO cluster B/BPD
	przed	po	przed	po				
Matka_tr oska	18,36	14,88	13,8	14,64	27,0	26,99	22,53	21,30
Matka_k ontrola	17,42	20,54	20,15	20,28	13,5	17,02	21,53	20,94
Ojciec_t roska	8,28	6,72	8,76	9,0	24,0	21,93	18,58	17,51
Ojciec_k ontrola	14,3	14,95	17,42	17,68	12,5	15,20	16,22	18,71

Powyższa tabela przedstawia uzyskane rezultaty w odniesieniu do wyników podawanych przez Parkera (Parker i wsp. 1979; Parker, 1983), które stanowią swoistą „normę” oraz przez Fossati (Fossati, 2001), która badała percepcję więzi u pacjentów z zaburzeniami osobowości. Porównując te wyniki można dostrzec bardzo wyraźnie różnice. Dotyczy to przede wszystkim porównania z populacją niekliniczną Parkera. W odniesieniu do tych norm oznacza to, że badanych w obu grupach cechowało doświadczanie tzw. stylu rodzicielskiego „kontroli bez uczucia”. Styl ten szczególnie mocno sprzyja powstawaniu różnych zaburzeń psychicznych. Zauważono też, że pacjenci leczeni w OLZON, czyli z głębokimi zaburzeniami osobowości, cechowali się podobnymi parametrami więzi mierzonymi kontrolą rodzicielską, jak pacjenci z osobowością z pogranicza w badaniu Fossati. Zaskakująco słabe okazały się natomiast wartości dotyczące opieki rodzicielskiej, szczególnie ojca, nawet w odniesieniu do populacji z zaburzeniami osobowości. Przyjmując inny wariant możliwej interpretacji wyników, który za punkt odcięcia przyjmuje wartość 19 punktów (Horecka-Lewitowicz, 2006), oznaczałoby to, że w przypadku ojca, badanych w obu grupach łączył z nim bardzo słaby związek lub nie mieli go wcale. Podobnie postrzegali swoją więź z matką pacjenci OP DDA przed leczeniem. Po leczeniu obraz ten zbliżył się do tego, jaki mieli pacjenci OLZON, czyli zmienił się ze słabego związku na „kontrolę bez uczucia”.

Niestety autorce nie udało znaleźć wyników badań dotyczących percepcji obrazu więzi w polskiej populacji osób dorosłych, dlatego trudno je interpretować w odniesieniu do tzw. „normy”. Badania Fossati wykazały bowiem, że populacja niekliniczna również cechowała się nieoptymalną percepcją więzi.

Przystępując do badania oczekiwano korzystnej zmiany percepcji więzi z rodzicami. Uzyskane rezultaty, w których doszło do pogorszenia postrzegania opieki rodzicielskiej oraz wzrostu kontroli matczynej, zaskakują i nasuwają pytanie czy urealnienie obrazu rodziców można traktować jako zmianę korzystną dla pacjenta. Zastanawiając się nad dezidealizacją obrazu rodziców, można przyjąć, że pozwala ona uzyskać bardziej realistyczny obraz rzeczywistości i pomaga w rozwoju bardziej dojrzałych mechanizmów obronnych i siły ego. Znalazło to odzwierciedlenie w tym, że w tej grupie pacjentów nastąpił większy przyrost dojrzałego mechanizmu obronnego, jakim jest poczucie humoru.

Inaczej ma się sprawa dotycząca cech osobowości. Tutaj nie zaobserwowano oczekiwanych prawidłowości polegających na tym, że osoby o mniejszym poziomie

psychopatologii osiągną większą zmianę. Wyniki badań pokazały przeciwną tendencję. Natomiast obserwacje te zgadzają się z rezultatami uzyskanymi przez badaczy wpływu terapii schematu na obraz więzi z rodzicami (Hoffart-Lunding, Hoffart, 2016). Stwierdzili oni, że w grupie pacjentów z zaburzeniami osobowości z wiązki C wg DSM-IV-TR po leczeniu terapeutycznym nastąpiło pogorszenie percepcji opieki macierzyńskiej. Co więcej, im większa była zmiana w tym obszarze, tym mniejsza zaszła poprawa mierzona redukcją niepożądanych cech osobowości. W badaniu własnym w grupie, w której zaszła największa zmiana percepcji więzi, jednocześnie nastąpiła najmniejsza poprawa w zakresie cech osobowości (grupa wyjazdowa). Sugerowałoby to, że urealnienie obrazu więzi z rodzicami nie jest zmianą korzystną, ponieważ nie następuje oczekiwana redukcja niepożądanych cech osobowości. Pojawiają się tutaj kolejne pytania, które wymagają przeprowadzenia badań w obszarze zarysowanych zależności, a które ujęłyby ogólny poziom funkcjonowania pacjentów, szczególnie w badaniach weryfikujących skuteczność oddziaływań terapeutycznych w dłuższej perspektywie czasu, czyli w badaniach typu „follow up”. Dopiero wówczas można byłoby zweryfikować przypuszczenia dotyczące korzystnego lub niekorzystnego wpływu urealnienia obrazu więzi na życie i funkcjonowanie pacjenta.

Omawiając uzyskane dane w obszarze percepcji więzi niezbędne jest odniesienie się do kluczowego eksperymentu Kernberga i jego współpracowników (Levy i wsp., 2006b). Jak opisano wcześniej badacze ci wykazali korzystny wpływ psychoterapii opartej na przeniesieniu na zmianę stylu przywiązania u pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline. Niestety nie można w sposób prosty i jednoznaczny porównać wyników tamtego badania i badania własnego. Po pierwsze badaniem własnym objęci zostali pacjenci nie tylko z rozpoznaniem borderline. Na podstawie badania wywiadem SCID-II, pomimo początkowych założeń, nie udało się w sposób jednoznaczny podzielić pacjentów wg rozpoznań poszczególnych typów zaburzeń osobowości. Po drugie percepcja więzi i styl przywiązania nie są ze sobą tożsame. Zmiana obrazu więzi lub jej brak nie przekłada się w sposób bezpośredni na styl przywiązania. Szczególnie dotyczy to osób, u których podejrzewa się nieoptymalny rozwój przywiązania (Manassis i wsp., 1999). Uzyskane wyniki dotyczące percepcji więzi wyraźnie pokazują, że pacjenci objęci badaniem nie doświadczali pozytywnych relacji z rodzicami. Dodatkowo wydaje się, że osoby z syndromem DDA wykazywały znaczną idealizację relacji z matką zwyczajowo postrzeganej jako „osobę uciemioną przez męża alkoholika”. Wgląd, uzyskany przez terapię, zdekonstruował takie postrzeganie rodzica i doprowadził do zmiany w percepcji

więzi. Trudno jednak wnioskować na tej podstawie o ewentualnej zmianie stylu przywiązania. Podobnie, jak brak zmiany percepcji więzi w grupie pacjentów o głębszej patologii osobowości nie świadczy jednoznacznie o braku zmiany stylu przywiązania. Tym bardziej, że zmiana stylu przywiązania, która badana jest w wywiadzie AAI, odnosi się do aktualnego stanu umysłu badanej osoby i może łatwiej podlegać zmianom w wyniku terapii wglądowej. Natomiast percepcja więzi, badana kwestionariuszem PBI, zdecydowanie bardziej odnosi się do przeszłości i zdaje się być czymś bardziej trwałym i mniej podatnym na zmiany, niż styl przywiązania. W celu weryfikacji hipotez, dotyczących korzystnego wpływu terapii wglądowej na styl przywiązania oraz wzajemnego stosunku pomiędzy stylem przywiązania a percepcją więzi, konieczne byłoby przeprowadzenie eksperymentu przy pomocy instrumentów umożliwiających ocenę obu parametrów.

Warto byłoby również rozszerzyć badania nad więzią o dorosłą populację niekliniczną, aby móc przyjrzeć się temu, jaki styl rodzicielski charakteryzuje polskie matki i ojców oraz jaki ma to związek ze stylem przywiązania. Uzyskane rezultaty sugerują bowiem, że przynajmniej w odniesieniu do pacjentów z zaburzeniami osobowości, styl rodzicielski jest oparty o wysoką kontrolę i niską troskę, co sprzyja powstawaniu zaburzeń psychicznych.

Zmiany w zakresie mechanizmów obronnych

Poszukując wpływu bardziej swoistych zależności na końcowy wynik terapii stwierdzono, że w grupie pacjentów o mniejszym poziomie patologii osobowości zaszła większa zmiana polegająca na wzmocnieniu poczucia humoru. Wynik ten jest zgodny z oczekiwaniami. Osoby te, jako bliższe neurotycznej organizacji osobowości wg koncepcji Kernberga, posługują się bardziej dojrzałymi mechanizmami obronnymi, które to mechanizmy łatwiej zmienić w kierunku bardziej dojrzałym, niż w grupie pacjentów o głębszych zaburzeniach bliższych organizacji borderline niskiego poziomu. Należy dodać, że sprawdzenie innych mechanizmów obronnych okazało się niemożliwe, gdyż zastosowane narzędzie okazało się być niewystarczająco rzetelne.

Zmiany w zakresie cech osobowości

Zaskoczyły natomiast zmiany stwierdzone w obrębie niepożądanych cech osobowości. Okazało się bowiem, że wbrew przewidywaniom większe zmiany wystąpiły

u pacjentów o głębszej patologii osobowości. Rozpatrując te rezultaty należy jednak wziąć pod uwagę, że osoby te poddane zostały oddziaływaniom terapeutycznym ukierunkowanym przede wszystkim na zmiany tych nieprzystosowawczych cech osobowości. Przez cały okres leczenia (nie licząc przepustek weekendowych) pacjenci pozostawali w instytucji, gdzie praktycznie całodobowo doświadczali korektywnych oddziaływań społecznych i emocjonalnych poprzez fakt bycia w społeczności terapeutycznej. Zauważono, że miało to szczególnie istotny wpływ na takie cechy jak negatywna samoocena i poczucie wyobcowania oraz trudności w relacjach emocjonalnych. Można zatem przyjąć, że taka forma oddziaływań terapeutycznych, jaka oferowana była w modelu terapeutycznym OLZON, jest najbardziej pomocna w zmianie postrzegania siebie w kontekście relacji z innymi. Pacjentom tej grupy szczególnie wyraźnie udało się poprawić kontakty międzyludzkie, spadła u nich nieufność w stosunku do innych, poczucie osamotnienia oraz wzrosło zadowolenie z siebie.

Ciekawą zmianą, którą zauważono w tej grupie, było zwiększenie się skłonności do ryzyka. I chociaż ogólnie przyjmuje się, że jest to cecha niekorzystna, to wydaje się, że w przypadku pacjentów wycofanych, unikających aktywności społecznych i zawodowych, była to zmiana korzystna. Może to wskazywać, że osoby te przestały tak bardzo obawiać się nowych sytuacji społecznych i będą chętniej angażować się w typowe aktywności życiowe.

Analizy wykazały również, że u pacjentów w OP DDA nie zmieniły się w istotny sposób takie cechy jak impulsywność, trudności w podejmowaniu decyzji, poczucie wyobcowania, skłonność do ryzyka, trudności w relacjach emocjonalnych, niezaradność życiowa, fantazjowanie, narcyzm, irracjonalność oraz trudności w relacjach interpersonalnych (10 spośród 24 cech mierzonych kwestionariuszem KON-2006). Należy jednak zauważyć, że przed podjęciem terapii u pacjentów tych występowało wyraźnie mniejsze nasilenie cech mierzonych w skalach: impulsywności, poczucia wyobcowania, skłonności do ryzyka, trudności w relacjach emocjonalnych i interpersonalnych, narcyzmu oraz niezaradności życiowej. Na porównywalnym poziomie z pacjentami OLZON kształtowały się wyniki uzyskane w skalach: fantazjowanie i trudności w podejmowaniu decyzji. Natomiast wyraźnie większe było nasilenie cech związanych z irracjonalnością. Osoby z syndromem DDA, jako zdecydowanie lepiej funkcjonujące w życiu społecznym i zawodowym oraz mające mniejsze trudności w relacjach z innymi, nie wymagały (i nie otrzymały) aż tak intensywnych oddziaływań terapeutycznych we wskazanych obszarach, co może tłumaczyć brak istotnych zmian. Przyjmując założenie, że każdy z pacjentów

otrzymał terapię dostosowaną do swoich potrzeb, może to oznaczać, że dla osób, które dorastały w rodzinach z problemem uzależnienia od alkoholu, ważniejsze były zmiany w innych obszarach, np. tych dotyczących urealnienia obrazu rodzicielskiego. Aby to zweryfikować, należałoby przeprowadzić wspomniane już wcześniej badania oceniające efektywność terapii po upływie dłuższego czasu.

Interesująca jest obserwacja, że osoby z syndromem DDA cechowała większa irracjonalność, czyli posiadanie nieracjonalnych schematów poznawczych i myślenie życzeniowe, niż pacjentów z OLZON. Może to mieć związek z dorastaniem w rodzinie z problemem alkoholowym, gdzie zniekształcenie postrzegania rzeczywistości do pewnego stopnia umożliwia adaptację i zapewnia przetrwanie. Z drugiej strony jest to skala, której pytania w dużej mierze dotyczą światopoglądu respondenta, co nie zawsze musi świadczyć o patologii osobowości i np. mogło być wyrazem większej religijności osób z tej grupy.

Zmiany w zakresie objawów psychopatologicznych

W całej badanej grupie uzyskano wynik świadczący o korzystnym wpływie leczenia na objawy psychopatologiczne. Czynnikiem, który w swoisty sposób był powiązany z większą poprawą w tym obszarze był ambulatoryjny tryb leczenia. Należy uwzględnić fakt, że grupa pacjentów z syndromem DDA przejawiała wyraźnie niższy poziom występowania objawów psychopatologicznych wyrażonych OWK kwestionariusza objawowego SIII. Dla całej tej grupy był on w okolicy punktu odcięcia i wynosił 143,8 punktu (normą jest wynik poniżej 146 punktów), zaś dla pacjentów OLZON był on prawie dwukrotnie wyższy i wynosił 283 punkty. W grupie wyjazdowej rezultat ten przed podjęciem terapii wynosił 125 punktów, czyli mieścił się w obszarze normy, co oznacza, że pacjenci ci nie przejawiali zaburzeń nerwicowych, a niewielka poprawa jak w tym obszarze zaszła, nie miała większego znaczenia klinicznego. Zupełnie inaczej było w grupie ambulatoryjnej, gdzie wyjściowo stwierdzono występowanie objawów nerwicowych (154 punkty), które po leczeniu ustąpiły i spadły do poziomu zdrowej populacji (84 punkty).

Tryb leczenia w podgrupie OP DDA a wyniki terapii

W obrębie pacjentów leczonych w OP DDA zaznaczyły się różnice dotyczące wyniku terapii w zależności od trybu prowadzenia leczenia. Różnice te dotyczyły, jak wspomniano powyżej, przede wszystkim większej zmiany percepcji więzi w grupie wyjazdowej, przy jednocześnie mniejszej zmianie w obszarze niekorzystnych cech

osobowości i nasileniu objawów nerwicowych, co zostało omówione powyżej oraz w części dotyczącej zmiany percepcji więzi.

Profil pacjenta podatnego na psychoterapię

Poszukując odpowiedzi na pytania dotyczące skuteczności leczenia psychoterapią, podjęto również próbę określenia tzw. profilu pacjenta podatnego na psychoterapię wglądową. Zidentyfikowano trzy grupy czynników, które w badanej grupie pacjentów z zaburzeniami osobowości, miały korzystny wpływ na końcowy wynik terapii w opisanych modalnościach.

Pierwsza grupa, to czynniki które związane były z danymi demograficznymi. Wśród nich zidentyfikowane zostały dwie zmienne mające istotne znaczenie: wiek oraz poziom wykształcenia, mianowicie: młodszy wiek i niższy poziom wykształcenia częściej sprzyjały większym zmianą uzyskanym w terapii. Natomiast w odniesieniu do płci istniały zbyt duże dysproporcje w liczebności podgrup, które uniemożliwiły opracowanie statystyczne.

Druga grupa czynników związana była z niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa. Zaliczono tutaj takie doświadczenia jak: nadużywanie alkoholu przez ojca, stosowanie przemocy psychicznej przez ojca oraz rozłąka z ojcem. Zaskakujący okazał się brak związku uzyskanych wyników terapii z doświadczeniem przemocy psychicznej ze strony matki oraz doświadczaniem przemocy fizycznej w ogóle. Wpływ nadużycia seksualnego nie był analizowany ze względu na to, że relatywnie niedużo pacjentów wskazało na takie doświadczenia.

Trzecia grupa, to czynniki związane ze współwystępującą psychopatologią, do której zaliczone zostały takie zachowania jak: podejmowanie samookaleczeń, zachowania anorektyczne i bulimiczne, używanie narkotyków oraz powiązany z nimi fakt wcześniejszej hospitalizacji psychiatrycznej.

W obszarze percepcji więzi, uzyskane rezultaty sugerują, że można oczekiwać większej zmiany u osób, których ojciec nadużywał alkoholu i/lub stosował przemoc psychiczną. Doszło u nich do wzrostu percepcji kontroli rodzicielskiej, a zamiana obrazu relacji z rodzicami została określona jako jego urealnienie. Ponadto większe zmiany w postrzeganiu więzi zachodzą u tych, którzy nie byli wcześniej hospitalizowani psychiatrycznie oraz nie przejawiali zachowań anorektycznych. Brak doświadczeń wcześniejszego leczenia szpitalnego dotyczył przede wszystkim pacjentów z OP DDA,

dlatego prawdopodobnie stwierdzono większą zmianę w tej grupie, a zbieżność ta okazała się niejako przypadkowa. Natomiast bardziej znaczący klinicznie okazał się fakt braku zachowań anorektycznych na większą zmianę w tym obszarze. Dotyczyło to zarówno pacjentów z OP DDA jak i z OLZON. Osoby przejawiające zachowania anorektyczne odbierały swoje matki jako bardziej kontrolujące, niż osoby, które nie przejawiały takich zaburzeń jedzenia. Uważa się, że trudności w relacjach rodzinnych, tj. „nadmierne wiązanie, uzależnienie, blokowanie uzyskiwania autonomii” (Rajewski, 2011, s.483), a więc zachowania związane z nadmierną kontrolą, są jedną z przyczyn anoreksji. A zatem może to oznaczać, że osoby przejawiające zachowania anorektyczne postrzegały swoją relację z matką w sposób adekwatny i pod wpływem leczenia nie wystąpiła u nich żadna istotna zmiana w tym obszarze. Natomiast osoby bez tych problemów, ale przejawiające patologię osobowości, posiadały bardziej wyidealizowany obraz matki, a osiągnięty wgląd spowodował urealnienie w tym aspekcie postrzegania rzeczywistości.

W obszarze mechanizmów obronnych należy oczekiwać większego spadku somatyzacji u osób, które nie doświadczyły przemocy psychicznej od ojca. Otrzymane wyniki sugerują, że pacjentom z zaburzeniami osobowości, którzy w dzieciństwie doświadczyli mniejszej patologii rodzinnej, terapia wglądowa pomaga uzyskać lepsze rezultaty w zakresie zmiany mechanizmów obronnych. Zwiększenie poczucia humoru w wyniku terapii powinno nastąpić u osób, które nie przejawiały zachowań związanych z zaburzeniami jedzenia. Zauważono, że w przypadku zachowań anorektycznych osoby bez takich problemów przed terapią posługiwały się częściej poczuciem humoru i jednocześnie bardziej skorzystały z terapii w tym obszarze. Inaczej było w przypadku osób z zachowaniami bulimicznymi. Osoby bez takich zachowań początkowo nieco rzadziej korzystały z poczucia humoru ale terapia w istotny sposób wpłynęła na ten mechanizm obronny. Wyniki te dobrze korespondują z obserwacjami klinicznymi i danymi płynącymi z literatury przedmiotu, które wskazują, że współwystępowanie zaburzeń jedzenia stanowi czynnik utrudniający korzystanie z terapii (Jauregui i wsp., 2011; Fujimori i wsp., 2011). Należy przy tym podkreślić, że w prezentowanym badaniu nie brały udziału osoby, które w chwili badania spełniały pełne kryteria rozpoznania zaburzeń jedzenia.

Kolejnym czynnikiem prognostycznym w zmianie mechanizmów obronnych okazał fakt używania narkotyków przed podjęciem leczenia (żadna z osób nie była w czasie eksperymentu aktywnie uzależniona od substancji psychoaktywnych). Wykazano, że pacjenci, którzy podali w ankiecie życiorysowej, iż nie używali narkotyków, po leczeniu

częściej stosowali prymitywny mechanizm obronny w postaci fantazji schizoidalnych, zaś osoby, które używały narkotyki, po terapii korzystały z tego mechanizmu obronnego rzadziej. Wynik ten jest trudny do jednoznacznej interpretacji. Możliwe, że jest to wynik przypadkowy i aby dobrze go zrozumieć, konieczne byłoby przeprowadzenie dalszych poszukiwań. Zgodna z intuicją kliniczną zdaje się być zmiana, jaka zaszła u osób stosujących narkotyki. Oznaczałoby to, że po terapii osoby te miały mniejszą tendencję do wycofywania się w swój świat wewnętrzny. Wcześniej natomiast prawdopodobnie mechanizm ten przyczyniał się u nich do sięgania po narkotyki, które umożliwiały im radzenie sobie z napięciem i lękiem pojawiającym się w interakcjach z innymi. Zagadkową z kolei jest zmiana, jaką dostrzeżoną u osób nieużywających narkotyków.

Więcej czynników związanych z korzystną zmianą zidentyfikowano w odniesieniu do cech osobowości, szczególnie takich jak: poczucie uzależnienia od otoczenia, poczucie wyobcowania, brak wewnątrzsterowności, negatywna samoocena, drobiazgowość, brak witalności, impulsywność, irracjonalność, trudności w relacjach emocjonalnych, trudności w odejmowaniu decyzji oraz zawiść (tj. 11 cech z 24 badanych kwestionariuszem KON-2006).

Pierwsza grupa czynników, tj. wiek i wykształcenie, okazała się mieć wpływ końcowy wyniku terapii w przypadku irracjonalności, impulsywności, trudności w relacjach, poczucia wyobcowania i zawiści. Największą poprawę osiągnęli pacjenci w wieku do 25 r. ż. w redukcji impulsywności i irracjonalności, a pacjenci w wieku pomiędzy 26 a 30 r. ż. w obszarze trudności w relacjach z innymi. Zaś osoby z wykształceniem średnim osiągnęły najistotniejszą poprawę w odniesieniu do takich cech jak irracjonalność, poczucie wyobcowania i zawiść.

Kolejna grupa czynników, związana z urazowymi doświadczeniami wczesnodziecięcymi, wpłynęła na zmiany w obszarach mierzonych w skalach: negatywnej samooceny, trudności podejmowania decyzji, poczucia wyobcowania, trudności w relacjach emocjonalnych, braku witalności i drobiazgowości kwestionariusza KON-2006. Tutaj istotne, w odniesie do końcowego wyniku terapii, okazały się takie doświadczenia jak nadużywanie alkoholu przez ojca, doświadczanie przemocy psychicznej od ojca oraz fakt rozłąki z ojcem. Większą poprawę osiągnęli pacjenci, którzy nie doświadczali picia i przemocy psychicznej od ojca przede wszystkim w odniesieniu do negatywnej samooceny. Ponadto brak zachowań przemocowych miał wpływ na lepszy rezultat terapii w obszarze

poprawy samooceny, zmniejszenia poczucie osamotnienia i nieufności w relacjach z innymi oraz zwiększenia poczucia witalności. Wśród osób, które doświadczyły alkoholizmu ojca, pod wpływem terapii zmalała tendencja do perfekcjonizmu i niepewność. Okazało się również, że osoby, którzy doświadczyły rozłąki z ojcem, miały większe trudności w podejmowaniu decyzji, a zastosowane leczenie terapeutyczne okazało się mieć u nich istotniejszy wpływ niż u osób, które nie miały takich przeżyć.

Współwystępowanie zachowań związanych z zaburzeniami jedzenia i samookaleczeń oraz doświadczenie wcześniejszej hospitalizacji psychiatrycznej stanowić może czynnik prognostyczny dla zmian w skalach: poczucie uzależnienia, poczucie wyobcowania, brak wewnątrzsterowności oraz drobiazgowość. Wśród osób przebadanych występowanie zachowań anorektycznych i bulimicznych wiązało się z większą zmianą mierzoną w obszarze uzależnienia od otoczenia, co wydaje się dobrze korespondować z kluczowymi trudnościami osób chorujących na zaburzeniami jedzenia. Osoby te często postrzegają siebie jako podporządkowane i zależnych od oceny innych. W przypadku zachowań anorektycznych po terapii zmniejszyło się także poczucie osamotnienia oraz zwiększyła się zdolność do kierowania własnym życiem. Zastosowane oddziaływania psychoterapeutyczne okazały się korzystnie wpływać na te trudności i prawdopodobnie umożliwiły korzystne zmiany tych zachowań, co jednak nie było poddane bezpośredniej weryfikacji w badaniu. Podobny efekt zauważono w odniesieniu do samookaleczeń, gdzie terapia okazała się mieć większy wpływ na zmniejszenie poczucie osamotnienia niż w przypadku osób, które takich zachowań nie przejawiały, i które wyjściowo miały prawie dwukrotnie mniejsze nasilenie poczucia wyobcowania.

Zastanawiający jest związek wcześniejszych hospitalizacji psychiatrycznych ze zmianami w skali drobiazgowości. U osób bez takiego doświadczenia nastąpiła niewielka poprawa, zaś u pacjentów leczonych wcześniej w szpitalu psychiatrycznym perfekcjonizm uległ nasileniu. Wynik ten można potraktować, jako niemający istotnego znaczenia, ale może on również stanowić dodatkowy argument przemawiający przeciwko leczeniu pacjentów z zaburzeniami osobowości w szpitalach psychiatrycznych, szczególnie w oddziałach ogólnych. Hospitalizacje takie sprzyjają bowiem coraz większemu koncentrowaniu się na sobie i swoich objawach oraz mogą prowadzić do przyjęcia roli tzw. „chronicznego pacjenta psychiatrycznego” (Depukat, 2015).

Żadna z analizowanych zmiennych nie miała istotnego, specyficznego wpływu na poprawę objawową. Oznacza to, że zmiana osiągnięta w leczeniu wyrażona redukcją objawów psychopatologicznych nie zależała od wybranych czynników: demograficznych, doświadczeń z dzieciństwa czy współwystępowania innych zaburzeń.

Poddając analizie sprzężenie poprawy objawowej z innymi parametrami zmiany, zaobserwowano istotne zależności w odniesieniu do zmian w obszarze większości cech osobowości: poczucie uzależnienia od otoczenia, astenia, negatywna samoocena, impulsywność, trudności podejmowania decyzji, poczucie wyobcowania, demobilizacja, brak witalności, niezaradność życiowa, brak wewnątrzsterowności, fantazjowanie, poczucie winy, trudności w relacjach interpersonalnych, zawiść, narcyzm, poczucie zagrożenia, egzaltacja, drobiazgowość, rozpamiętywanie i brak wpływu (20 spośród 24 cech) mierzonych kwestionariuszem KON-2006. Wyniki te wskazują na ścisłe zależności pomiędzy wymienionymi cechami osobowości a objawami nerwicowymi. Oznacza to, że wymienione cechy osobowości, stanowią niejako podłoże do rozwoju objawów psychopatologicznych: im większe jest natężenie niepożądanych cech osobowości, tym więcej objawów psychopatologicznych występuje u danej osoby. Natomiast poprawa w zakresie niepożądanych cech osobowości znajduje swoje odzwierciedlenie w redukcji objawów, co subiektywnie jest odczuwane przez osobę jako poprawa samopoczucia.

Skłonność do ryzyka nie wykazała związku z nasileniem objawów psychopatologicznych (interpretacja wyników w tej skali została już wcześniej opisana). Podobnie nie stwierdzono zależności w skali irracjonalności badającej nieracjonalne schematy poznawcze. Część pytań jednak, jak wspomniano wcześniej, w sposób bezpośredni odnosi się do religii i obszaru duchowego, co niekoniecznie musi być przejawem psychopatologii ale może po prostu świadczyć o innym światopoglądzie osób badanych. Wówczas zrozumiały były brak zależności objawów psychopatologicznych z tą cechą osobowości.

Stwierdzona początkowo korelacja: trudności w relacjach emocjonalnych z nasileniem objawów nerwicowych, która przestała występować po leczeniu, może oznaczać, że osoby, które przejawiały największą nieufność i związane z tym znaczne nasilenie objawów psychopatologicznych nie zdołały ukończyć leczenia.

Skala poczucia przeciążenia przez samych autorów narzędzia jest traktowana jako cecha niekoniecznie świadcząca o dysfunkcji osobowości, gdyż mówi m.in.

o podporządkowaniu się zasadom, obowiązkom. Związek tej cechy z poprawą objawową pojawił się po leczeniu. W świetle osób, które ukończyły leczenie oznaczać może, że stanowiła ona przejaw zdrowej części osobowości, dzięki której osoby te były zdolne do dostosowania się do wymogów ośrodków, w których prowadzone było leczenie.

Zaobserwowano również niewielkie współzależności dotyczące zmiany mechanizmów obronnych z poprawą objawową, polegające na tym, że im bardziej wzrosło poczucie humoru, tym mniej stwierdzano objawów psychopatologicznych oraz, że im większą poprawę osiągnięto w zakresie takich mechanizmów obronnych jak somatyzacja i acting out, tym większą osiągnięto poprawę objawową. Po leczeniu stwierdzono również umiarkowaną zależność pomiędzy spadkiem fantazji schizoidalnych a poprawą objawową. Podsumowując oznacza to, że korzystna zmiana w stosowanych mechanizmach obronnych powiązana jest z redukcją objawów psychopatologicznych.

Natomiast nie stwierdzono takich zależności w odniesieniu do percepcji więzi. Zmiany w tym obszarze nie są sprzężone z natężeniem objawów psychopatologicznych. W grupie rozpoczynającej leczenie istniała słaba zależność nasilenia objawów psychopatologicznych z percepcją więzi z matką, zgodna z obserwacjami licznych badaczy i polegająca na tym, że im większa była percepcja opieki macierzyńskiej, tym mniej stwierdzano objawów psychopatologicznych oraz, że im większa była percepcja kontroli macierzyńskiej, tym więcej było tych objawów (Nickell i wsp., 2002; Fossati, 2001; Giakoumaki i wsp. 2013, Picardi i wsp. 2013, Saffer i wsp., 2015). Siła związku w badaniu własnym była porównywalna w przypadku obu tych zależności, z minimalną przewagą dla opieki macierzyńskiej.

#

Uzyskane wyniki pozwalają w sposób twierdzący odpowiedzieć na pytania dotyczące efektywności badanych modeli terapeutycznych w leczeniu pacjentów z zaburzeniami osobowości. Skuteczność ta została wyrażona przede wszystkim poprzez redukcję niepożądanych cech osobowości oraz objawów psychopatologicznych, w mniejszym zaś stopniu poprzez zmianę mechanizmów obronnych w kierunku bardziej dojrzałych. Zmiany te zaszły w całej badanej populacji. Wykazano również, że wynik terapii w tych obszarach zależy swoiście od poziomu psychopatologii i związanych z tym wcześniejszych doświadczeń życiowych oraz od formy prowadzenia terapii. Pacjenci o głębszym poziomie psychopatologii manifestującej się większym nasileniem

niepożądanych cech osobowości i większą ilością objawów psychopatologicznych oraz ogólnie gorszym funkcjonowaniem społecznym, którzy leczeni byli w stacjonarnym oddziale specjalizującym się w leczeniu głębokich zaburzeń, uzyskali po terapii większe zmiany niż pacjenci z zaburzeniami osobowości o mniejszym poziomie psychopatologii ze współtowarzyszącym syndromem DDA, którzy leczeni byli w trybie ambulatoryjnym lub wyjazdowym. Na rezultat ten mogło wpłynąć wiele różnych czynników, m.in. tryb prowadzenie terapii, ogólna intensywność oddziaływań terapeutycznych (łączna ilość godzin), ale też fakt bycia w społeczności terapeutycznej, poddanie innym oddziaływaniom terapeutycznym niż tylko ściśle zdefiniowane godziny psychoterapii, oddziaływania psychofarmakoterapeutyczne, współwystępowanie innych jednostek chorobowych oraz czynniki związane z osobami terapeutów, tj. doświadczenie zawodowe i życiowe terapeutów, indywidualne cechy osobowościowe terapeutów, m.in. związane z poziomem empatii, wiek i płeć terapeutów, a także sama jakość relacji terapeutycznej (Cooper, 2010). Pomimo tego, że wszyscy terapeuci korzystali w pracy z teorii psychodynamicznych, to jednak każda terapia przebiegała nieco inaczej. Terapeuci leczący badanych pacjentów nie pracowali wg tzw. podręcznika danego podejścia terapeutyczne („*manual*”). Wstępnie projekt zakładał próbę zbadania tych czynników poprzez analizę danych zawartych w ankiecie terapeuty ale, jak już wspomniano, ze względu na niską wiarygodność uzyskanych danych odstępiono od badania wpływu tych czynników.

Stwierdzone sprzężenie poprawy objawowej w zakresie tzw. objawów nerwicowych i redukcji niekorzystnych cech osobowości może przemawiać za tym, że objawów psychopatologicznych nie należy traktować jako niezależnych fenomenów, oderwanych od osobowości pacjenta, jak ma to miejsce w obowiązujących klasyfikacjach chorób psychicznych wyróżniających odrębne diagnozy, np. zaburzenia na lękowe, somatyzacyjne, konwersyjne, itp. Wyniki pochodzące z omawianego badania wskazują bowiem na ścisły związek niepożądanych cech osobowości z nasileniem objawów lękowych i somatycznych, które wydają się być manifestacją trudności emocjonalnych, przynajmniej u znacznej części pacjentów z zaburzeniami osobowości. Jest to prawidłowość bardzo często obserwowana w praktyce klinicznej (por. Aleksandrowicz, Sobański, 2011).

Konkludując, w zakresie percepcji więzi zaobserwowano parę ważnych zależności. Po pierwsze potwierdzono związek pomiędzy niekorzystnym stylem rodzicielskim a samym faktem występowania zaburzeń osobowości wśród polskich pacjentów. U osób, które zgłosiły się do leczenia, percepcja niskiej opieki i wysokiej kontroli macierzyńskiej

korelowała z nasileniem objawów psychopatologicznych. Po drugie wykazano wpływ terapii na zmianę percepcji więzi z matką w populacji pacjentów z mniejszym poziomem psychopatologii, którzy jednocześnie stanowili grupę pacjentów z syndromem DDA. Zmianę tę zinterpretowano jako urealnienie obrazu matki. W grupie osób, których ojciec nadużywał alkoholu (niezależnie czy byli to pacjenci OP DDA czy OLOZN), fakt ten wyraźnie wpłynął na zwiększenie po terapii percepcji macierzyńskiej kontroli. Podobny wpływ miało doświadczenie przemocy psychicznej ze strony ojca, które dodatkowo wpłynęło na zwiększenie percepcji kontroli ojcowskiej po terapii. Po trzecie, stwierdzono wpływ trybu prowadzenia terapii na zmianę percepcji więzi w grupie pacjentów o niższym poziomie patologii osobowości. Osoby leczone w trybie wyjazdowym uzyskały większe zmiany w percepcji więzi z rodzicami, przy jednoczesnych mniejszych zmianach pozostałych parametrów skuteczności terapii. Oznacza to, że terapia wglądowa w pewnej grupie pacjentów z zaburzeniami osobowości może wpływać na zmianę percepcji więzi.

Ponadto ustalono również tzw. profil pacjentów, którzy są bardziej podatni na leczenie w przedstawianych modelach terapeutycznych. Zmiany percepcji więzi po terapii można się spodziewać przede wszystkim u osób, które w dzieciństwie doświadczyły picia ojca i przemocy z jego strony. Korzystnych zmian dotyczących mechanizmów obronnych można natomiast oczekiwać u pacjentów, którzy nie doświadczyli przemocy psychicznej od ojca, nie przejawiają zachowań związanych z zaburzeniami jedzenia oraz mieli doświadczenia wcześniejszego używania narkotyków. Natomiast w obszarze cech osobowości można się spodziewać, że największe korzyści z leczenia uzyskają osoby pomiędzy 18 a 30 r. ż., z wykształceniem średnim, które doświadczyły mniejszej ilości trudnych wydarzeń w dzieciństwie przede wszystkim związanych z piciem ojca, rozłąką z nim oraz przemoc psychiczną z jego strony. Bardziej podatne na oddziaływania terapeutyczne w aspekcie cech osobowości są również osoby, których autoagresja wyraża się poprzez samookaleczenia i zachowania anorektyczne oraz bulimiczne.

Znaczenie wyników wskazujących na efektywność zastosowanych oddziaływań terapeutycznych w leczeniu pacjentów z zaburzeniami osobowości jest szczególnie ważne przynajmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, przyjmuje się, że samo rozpoznanie zaburzeń osobowości stanowi negatywny czynnik rokowniczy co do końcowego efektu terapii. Czasami spotyka się nawet skrajne opinie stojące na stanowisku, że pacjentom z taką diagnozą w ogóle nie można pomóc, że są niejako „nieuleczalni”. Tymczasem osiągnięte wyniki sugerują coś zupełnie przeciwnego: pacjentów z zaburzeniami osobowości można

skutecznie leczyć, czego dowodem są efekty oddziaływań terapeutycznych uzyskane w przedstawionych ośrodkach. Po drugie, dotąd ukazało się niewiele badań dotyczących skuteczności leczenia zaburzeń osobowości w Polsce oraz wpływu psychoterapii na percepcję więzi u pacjentów z zaburzeniami osobowości w ogóle na świecie. Prezentowane badanie dostarcza pewnych obserwacji w tych obszarach oraz wskazuje pole do dalszych dociekań badawczych.

5. Streszczenie

Pacjenci przejawiający patologię osobowości stanowią wyzwanie dla klinicystów, ponieważ stanowią grupę o niekorzystnym rokowaniu co do skuteczności oddziaływań terapeutycznych. Przyjmuje się, że jednym z istotnych czynników prowadzącym do wystąpienia zaburzeń osobowości są niekorzystne doświadczenia w relacji z pierwszymi opiekunami. Liczne badania wskazują, że szczególnie patogenny wpływ mają zachowania rodzicielskie polegające na małej trosce i wysokiej kontroli. Celem prezentowanej pracy badawczej było sprawdzenie wpływu terapii wglądowej na percepcję więzi z rodzicami oraz ocena skuteczności oddziaływań terapeutycznych w leczeniu pacjentów z zaburzeniami osobowości w odniesieniu do takich obszarów jak zmiana mechanizmów obronnych, cech osobowości i nasilenie objawów psychopatologicznych.

Analizie poddano wyniki 89 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń osobowości, którzy ukończyli leczenie w jednym z dwóch krakowskich ośrodków terapeutycznych, tj. w OP DDA lub OLZON. W pierwszym z nich leczeni byli pacjenci o mniejszym poziomie patologii osobowości w trybie ambulatoryjnym lub wyjazdowym, w drugim pacjenci o większym poziomie patologii osobowości w ramach oddziału całodobowego. Terapia w obu miejscach prowadzona była w oparciu o teorie psychodynamiczne. Metoda badania polegała na analizie danych uzyskanych z ankiety życiorysowej oraz kwestionariuszy badających ww. obszary.

Uzyskane wyniki świadczą o skuteczności leczenia pacjentów z zaburzeniami osobowości w badanych ośrodkach przede wszystkim w odniesieniu do redukcji niepożądanych cech osobowości oraz objawów psychopatologicznych, a w mniejszym stopniu także w obszarze mechanizmów obronnych. Ponadto stwierdzono wpływ terapii wglądowej na percepcję więzi u pacjentów o niższym poziomie patologii osobowości, u których zasadniczym powodem szukania pomocy był problem dorastania w tzw. rodzinie alkoholowej. Wpływ ten polegał na spostrzeganiu po leczeniu słabszej opieki rodzicielskiej oraz większej kontroli macierzyńskiej, co może świadczyć o urealnieniu obrazu relacji z rodzicami. Największe zmiany w percepcji więzi stwierdzono w grupie leczonej w trybie wyjazdowym. Jednocześnie w tej grupie uzyskano najmniejsze zmiany w innych parametrach mierzących efektywności terapii. Ponadto wyłoniono czynniki, które miały swoisty wpływ na końcowy wynik leczenia. Najistotniejsze z nich to: doświadczanie

przemocy psychicznej i nadużywanie alkoholu przez ojca oraz współwystępowanie zachowań anorektycznych i bulimicznych, okaleczenie się i używanie narkotyków. Wykazano również, że redukcja objawów psychopatologicznych była silnie sprzężona z poprawą objawową oraz słabo ze zmianą mechanizmów obronnych.

6. Summary

It is a challenge to treat patients diagnosed with personality disorder; they are resistant to therapeutic interventions and prognosis is poor. Many studies have demonstrated that suboptimal parenting style can be associated with serious psychopathology and mental disorders with overprotection and low care being considered to be particularly significant.

The aim of this study was to - in patients diagnosed with personality disorder:

- 1) assess the influence of psychodynamic psychotherapy on perceived parental bonding
- 2) assess the efficacy of psychotherapeutic treatment.

The outcome of therapy was measured by: Parental Bonding Instrument (PBI), Defense Style Questionnaire 40 (DSQ40), Neurotic Personality Questionnaire (KON-2006), Symptom Checklist (S III) and Patient Biography Questionnaire. The diagnosis of personality disorder was verified in Schedule for Clinical Interview for DSM-IV Axis for Personality Disorders (SCID-II).

The sample consisted of 89 patients; each of the patients had a diagnosis of a personality disorder (F60 or F61 by ICD-10). All the patients were treated in one of two psychotherapy centres in Krakow i.e. Adult Children of Alcoholic Psychotherapy Centre (OP DDA) or Personality and Neurotic Disorders Treatment Department (OLZON). Patients were divided into two groups. The first group consisted of “healthier” patients, i.e. those who were functioning better in everyday life. Their pathology was closer to the neurotic pole according to Kernberg’s theory of personality structure; the treatment took place in OP DDA, in ambulatory group or in so called “exit group”. The second group consisted of patients whose functioning in everyday life was poor. Their pathology was closer to the deep borderline pole according to Kernberg’s theory of personality structure; they were treated in OLZON. The psychodynamic psychotherapy was the main treatment intervention in both groups.

The group of patients treated in OP DDA showed change in perceived parental bonding. Patients after treatment in OP DDA reported some reduction of maternal and paternal care and an increase in maternal overprotection. This change was interpreted as better reflecting the reality. The greatest outcome of change in PBI was reported in the “exit group”. At the same time the outcome of therapy measured by DSQ40 and KO SIII did not change as much as in the ambulatory group. Furthermore the results of the analysis proved the efficacy of the treatment of patients with personality disorder in both centres. The best outcome of therapy was observed in the dimensions of disturbed personality traits and symptoms of psychopathology. The change of defence style was rather poor. Factors that were related to positive change were identified, the most important ones included - lack of experience of father emotional aggression, lack of experience of father’s drinking alcohol, anorectic and bulimic behaviour, self-injury and drug-abuse. Additionally the reduction in symptoms of psychopathology were: significantly correlated to reduction of disturbed personality traits and poorly correlated to change in the defence style.

7. Bibliografia

1. Aleksandrowicz J. (2000) *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
2. Aleksandrowicz J., Czabała J. (2012) 'Podstawy psychoterapii'. W: S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.) *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*. Wrocław: Elsevier Urban&Partner, 2012, s. 256-268.
3. Aleksandrowicz J., Klasa K., Sobański J., Stolarska D. (2006) *Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
4. Aleksandrowicz J., Sobański J. (2004) *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
5. Aleksandrowicz J., Sobański J. (2011) 'Kwestionariusz objawowy S-III', *Psychiatria Polska*, 45(4): 515-526.
6. Allen J., Fonagy P., Bateman A. (2014) *Metalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
7. Asay T., Lambert M. (1999) 'The empirical case for common factors in therapy: quantitative findings'. W: M. Hubble, B. Duncan, S. Miller (red.), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association, s. 33-55.
8. Barone L. (2003) 'Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview', *Attachment and Human Development Journal*, 5: 64-77.
9. Bateman A., Fonagy P. (1999) 'Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial', *American Journal of Psychiatry*, 156:1563-1569.
10. Bateman A. Fonagy P. (2001) 'Treatment of Borderline Personality Disorder with Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: An 18-month Follow-up', *American Journal of Psychiatry*, 158: 36-42.

11. Bateman A., Fonagy P. (2009) 'Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder', *American Journal of Psychiatry*, 166:1355-1364.
12. Bateman A., Ryle A., Fonagy P., Kerr I. (2007) 'Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Metalization-Based Therapy and Cognitive Analytic Therapy Compared', *International Review of Psychiatry*, 19 (1): 51-62.
13. Bender D., Dolan R., Skodol A., Stanislow C. i in. (2001) 'Treatment Utilization by Patient With Personality Disorders' *American Journal of Psychiatry* 158: 295-302.
14. Bender D., Morey L., Skodol A. (2011) 'Toward a Model for Assessing Level of Personality Functioning in DSM-5, Part I: A Review of Theory and Methods', *Journal of Personality Assessment*, 93(4): 332-346.
15. Biernacki P. (red.) (2008) *Wokół zaburzeń osobowości. Doświadczenia kliniczne zespołu Leczenia Zaburzeń Osobowości Szpitala Specjalistycznego im. J. Babińskiego w Krakowie*. Kraków: Fundacja im. Boguchwała Winida na Rzecz Rozwoju Psychoterapii Psychoanalitycznej.
16. Bond M. (1994) 'Defense Styles and Borderline Personality Disorder', *Journal of Personality Disorders*, 8: 28-31.
17. Bornstein R. (2011), 'Toward a Multidimensional Model of Personality Disorder Diagnosis: Implications for DSM-5', *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 362-369.
18. Bowlby J. (1967/2007) *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
19. Bradley R., Heim A., Westen D. (2005) 'Transference Patterns in The Psychotherapy of Personality Disorders: Empirical Investigation', *British Journal of Psychiatry*, 186: 342-349.
20. Britton R. (1998) *Belief and Imagination. Explorations in Psychoanalysis*. London: Routledge.
21. Caligor E., Clarkin J. (2013) 'Model osobowości i patologii osobowości oparty na teorii relacji z obiektem'. W: J. Clarkin, P. Fonagy, G. Gabbard (red.), *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości. Podręcznik kliniczny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 23-60.
22. Chambless D. (2002) 'Beware the Dodo bird: the danger of overgeneralization', *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1): 13-16.

23. Chilvers C., Dewey M., Fielding K., Gretton V., Miller R., Palmer B. iin. (2001) 'Antidepressant drugs and generic counseling for treatment of major depression in primary care: randomized trial with patient preference arms', *British Medical Journal*, 322 (7289): 772-775.
24. Cichocki Ł. (2005) *Mechanizmy obronne ego w przebiegu schizofrenii. Praca doktorska*. Kraków: Collegium Medicum UJ.
25. Clarkin J. (2006) 'Conceptualization and treatment of personality disorders', *Psychotherapy Research*, 16 (1): 1-11.
26. Coid J., Yang M., Tyrer P. (2006) 'Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain', *The British Journal of Psychiatry*, 188: 423-431.
27. Cooper M. (2010) *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
28. Crowell J., Treboux D., Waters E. (2002) 'Stability of attachment representations: The transition to marriage', *Development Psychology*, 38: 467-479.
29. Czabała J. (1997) *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
30. De Barbaro B., Namysłowska I. (2012) 'Terapia rodzinna'. W: S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.) *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*. Wrocław: Elsevier Urban&Partner, 2012, s. 311-329.
31. Depukat A. (2015) Prezentacja pt. *Czy pacjenci z głębokimi zaburzeniami osobowości tak często muszą pozostawać w grupie „no option” dla psychiatrii? Studium przypadków pacjentek pozostających w leczeniu oddziałów ogólnopsychiatrycznych*. W ramach XII Konferencji organizowanej przez Fundację Winida i OLOZN Szpitala Babińskiego w Krakowie pt.: Dorośli - niedorośli. Wewnętrzne i systemowe uwarunkowania niedojrzałości, Kraków, wrzesień 2015.
32. DSM5 Development (2013) American Psychiatric Association. Dostępny w Internecie: <http://www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>
33. First M., Gibbon M., Spitzer R., Williams J., Smith Benjamin L. (2010) *Podręcznik Klinicysty. Ustrukturalizowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości z osi II DSM-IV(SCID-II)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

34. Fonagy P., Asen E. (2013) *Teoria mentalizacji w terapii dzieci i rodzin. Mentalizacji w rodzinie*. Prezentacja w ramach Konferencji: Mistrzowie w Krakowie, materiały niepublikowane. Kraków, maj 2013.
35. Fonagy P., Bateman A. (2006) 'Mechanisms of Changes in Mentalisation-Based Treatment of BPD', *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4):411 – 430.
36. Fonagy P., Gergey G., Jurist E., Target M (2002) *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
37. Fonagy P., Gergely G., Target M. (2008) 'Psychoanalytic Constructs and Attachment Theory and Research'. W: J. Cassidy, P. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
38. Fonagy P., Target M. (1996) 'Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality', *International Journal of Psychoanalysis*, 77: 217-233.
39. Fossati A., Donati D., Donini M, Novell L. i in. (2001) 'Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality disorder', *Journal of Personality Disorders*, 15(5): 390-402.
40. Freud A. (1936/2004) *Ego i mechanizmy obronne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN.
41. Freud S. (1915/2007) 'Popędy i ich losy'. W: S. Freud, *Psychologia nieświadomości (Dzieła, t. VIII)*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
42. Fujimori A., Yoshihisa W., Yamashita T., Choi H., Nishizawa S., Yamamoto H., Fukui K. (2011) 'Parental bonding in patients with eating disorders and self injurious behavior', *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65: 272-279.
43. Gabbard G. (2009) *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
44. Galatariotou C. (2013) 'Obrony'. W: S. Budd, R. Rusbridger (red.), *Współczesna psychoanaliza brytyjska. Podstawowe zagadnienia*. Warszawa: Oficyna Ingenium, s: 33-59.
45. Gawda B., Czubak K. (2012) 'Style przywiązania a cechy zaburzeń osobowości', *Studia Psychologica*, 12(2): 37-54.
46. Gąsior K. (2012) *Funkcjonowanie noo-psychospołeczne i problemy psychiczne dorosłych dzieci alkoholików*. Warszawa: Difin.

47. Giakoumaki S., Roussos P., Zouraraki C., Spanoudakis E., Mavrikaki M., Tsapakis E., Bitsios P. (2013) 'Sub-optimal parenting is associated with schizotypic and anxiety personality traits in adulthood'. *European Psychiatry*, 28(4): 254-260.
48. Gloaguen V., Cottraux J., Cucherat M., Blackburn I. (1998) 'A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients', *Journal of Affective Disorders*, 49 (1): 59-72.
49. Grabski B., Gierowski J. (2012) 'Zaburzenia osobowości – różne spojrzenia i próby ich integracji', *Psychiatria Polska*, 46 (5): 829-844.
50. Grant B., Hasin D., Stinson F., Dawson D., Chou P., Ruan J., Pickering R. (2004) 'Prevalence, Correlates, and Disability of Personality Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions', *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7): 948-958.
51. Grzesiuk L. (2005) 'Wstęp'. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury, s. 13-22.
52. Hauser S., Safyer A. (1995) 'Self-cognitions and expressed negative emotions during midadolescence: Contributions to young adult psychological adjustment', *Development and Psychopathology*, 7: 193-216.
53. Hesse E. (2008) 'The Adult Attachment Interview: Protocol, Method of Analysis, and Empirical Studies'. W: J. Cassidy, P. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
54. Hoffart-Lunding S., Hoffart A. (2016) 'Perceived Parental Bonding, Early Maladaptive Schemas and Outcome in Schema Therapy of Cluster C Personality Problems', *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(2): 107-117.
55. Holmes J. (2007) *John Bowlby. Twórcy psychoterapii*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
56. Hooley J., Wilson-Murphy M. (2012), 'Adult Attachment to Transitional Objects and Borderline Personality Disorders', *Journal of Personality Disorders*, 26(2): 179-191.
57. Horecka-Lewitowicz A. (2006) *Czynniki rodzinne i wybrane uwarunkowania socjalno-bytowe w grupie dzieci 10-16 lat z rozpoznaniem zaburzeń zachowania. Rozprawa doktorska*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.

58. Hornawska E. (2003) *Możliwość wykorzystania Kwestionariusza Temperamentu i Charakteru R. C. Cloningera w obszarze uzależnień od narkotyków - Raport* [online]. Dostępny w Internecie:
http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=216575v
59. Jakubik A. (2011) 'Zaburzenia osobowości'. W: S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria. Psychiatria kliniczna. Tom I*. Wrocław: Elsevier Urban&Partner, 2011, s: 539-566.
60. Jakubowska U. (2005) 'Humanistyczna koncepcja zaburzeń psychicznych'. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki. Tom I*. Warszawa: Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury, s. 177-188.
61. Jáuregui L., Bolaños R., Garrido C. (2011) 'Parenting styles and eating disorders', *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 18(8): 728-735.
62. Johnstone J., Carter J., Luty S., Mulder R., Frampton C., Joyce P. (2013) 'Maternal care and paternal protection influence response to psychotherapy treatment for adult depression', *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3): 221-229.
63. Józefik B., Iniewicz G. (2008) *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
64. Józefik B, Iniewicz G, Ulańska R. (2010) 'Wzory przywiązania, samoocena i płęć psychologiczna w anoreksji i bulimii psychicznej', *Psychiatria Polska*, 44: 665-76.
65. Kaasenbroad A. (2015) *Personality Disorders in Holland, materiały szkoleniowe niepublikowane*. Seminarium w ramach projektu „Centrum Integracji – by móc kochać i pracować”. Kraków, marzec 2015.
66. Kahr B. (2005) 'The fifteen key ingredients of good psychotherapy'. W: J. Ryan (red.), *How Does Psychotherapy Work?* London: Karnac.
67. Kandel E. (1979) 'Psychotherapy and the single single synapse: the impact of psychiatric thought on neurobiologic research', *The New England Journal of Medicine*, 301: 1028-1037.
68. Kernberg O. (1976) *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
69. Kiejna A., Adamski T., Piotrowski P., Moskalewicz J., Wojtyniak B., Świątkiewicz G., Stokwiszewski J., Kantorska-Joniec M., Zagdańska M., Kessler R. (2015) „Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP-Polska” - metodologia badania. *Psychiatria Polska* [online].

Dostępny w Internecie: http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2015/5Kiejna_PsychiatrPol2015v49i1.pdf

70. Klein M. (1975/2007) 'Świat dorosły i jego wczesnodziecięce korzenie'. W: M. Klein, *Zawiść i wdzięczność (Pisma, t. III)*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.
71. Kokoszka A. (1993) 'Psychoterapia jako metoda leczenia'. W: A. Kokoszka, P. Drozdowicz (red.), *Wprowadzenie do psychoterapii*. Kraków: ART-GRAF.
72. Krueger R., Derringer J., Markon K., Watson D., Skodol A. (2012) 'Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5', *Psychological Medicine*, 42(9): 1879-1890.
73. Kutter P. (2000) *Współczesna psychoanaliza. Psychologia procesów nieświadomych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
74. Laurensen E., Westra D., Kikkert M., Noom M. i in. (2014) 'Day Hospital Mentalization-Based Treatment (MBT-DH) versus treatment as usual in the treatment of severe borderline personality disorder: protocol of a randomized controlled trial', *BioMed Central Psychiatry*, [online] dostępny w Internecie: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/149>
75. Lenzenweger M. (2008) 'Epidemiology of personality disorder', *Psychiatry Clinics of North America*, 31 (3): 395-403.
76. Levy K. (2005) 'The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder', *Development and Psychopathology* 17(4): 959-986.
77. Levy K., Clarkin J., Yeomans F., Scott L., Wasserman R., Kernberg O. (2006a) 'The Mechanism of Change in the Treatment of Borderline Personality Disorder and Transference Focused Therapy', *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4): 481-501.
78. Levy K., Meehan K., Kelly K., Reynoso J., Weber M., Clarkin J., Kernberg O. (2006b) 'Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorders', *Journal of Consulting and Clinical Psychotherapy*, 74 (6): 1027-1040.
79. Levy K., Meehan K., Weber M., Reynoso J., Clarkin J. (2005) 'Attachment and borderline personality disorder: implications for psychotherapy', *Psychopathology*, 38(2): 64-74.

80. Levy K., Meehan K., Temes C.M. (2014) 'Attachment theory and personality disorders'. W: Danquah A., Berry K (red.) *Attachment Theory in Adult Mental Health*. London-New York: Routledge, s. 95-112.
81. Linehan M. (2007) *Zaburzenia osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
82. Litwa A. (2009) 'Syndrom DDA'. W: B. Bętkowska-Korpała (red.), *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*. Warszawa: PARPA Media, s. 249-267.
83. Litwa A. (2013) *Prezentacja pracy OP DDA w ramach Ogólnopolskiej Konferencji „Więź – intymność – seksualność w terapii osób z syndromem DDA”*, materiały niepublikowane. Osieczany, październik 2013.
84. Lyons-Ruth K. (1998) 'Members of the Change Process Study Group: Implicit relational knowing: its role in developments and psychoanalytic treatment', *Infant Mental Health Journal*, 19: 282-289.
85. Manassis K., Owens M., Adam K., West M, Sheldon-Keller A. (1999) 'Assessing attachment: convergent validity of the adult attachment interview and the parental bonding instrument', *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(4): 559-567.
86. Marvin R, Britner P. (2008) 'Normative Development: The Ontogeny of Attachment'. W: J. Cassidy, Ph. Shaver (red.) *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
87. Matusiak F. (2008) *Percepcja więzi w kontekście psychopatologii oraz mechanizmów obronnych. Praca magisterska*. Kraków: Collegium Medicum UJ.
88. McWilliams N. (2011) *Psychoterapia psychoanalityczna. Poradnik praktyka*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
89. Millon T., Davis R. i in. (2005) *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
90. Moore B., Fine B.(red.) (1996) *Słownik psychoanalizy – kluczowe pojęcia, nowe koncepcje*. Warszawa: Jacek Santorski & CO Wydawnictwo.
91. Morrison J. (2012) *Diagnoza psychiatryczna. Praktyczny podręcznik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
92. Morrison J. (2016) *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

93. Murawiec S. (2007) 'Symboliczna funkcja leku – opis przypadku', *Psychoterapia*, 142(3): 81-87.
94. Nasierowski T. (2010) 'Dzieje psychiatrii: główne wydarzenia, osoby i tendencje rozwojowe'. W: J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka (red.), *Psychiatria. Podstawy psychiatrii. Tom I*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, s. 1-56.
95. Nickell A., Waudby C., Trull T. (2002) 'Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults', *Journal of Personality Disorders*, 16 (2): 148-159.
96. OLZON - Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwicy, opis procedury kwalifikacji i funkcjonowania oddziału [online]. Dostępny w Internecie <http://babinski.pl/7f-oddzial-leczenia-zaburzen-osobowosci-i-nerwic/>
97. OP DDA - Ośrodek Psychoterapii Dorosłych Dzieci Alkoholików Krakowskiego Centrum Terapii Uzależnień, opis procedury kwalifikacji i funkcjonowania ośrodka [online]. Dostępny w Internecie <http://www.kctu.pl/strony/27/oferta-1>
98. Paris J., Frank H., Buonvino M., Bond M. (1991) 'Recollections of Parental Behavior and Axis II Cluster Diagnosis', *Journal of Personality Disorders*, 5(2): 102-106.
99. Parker G. (1983) *Parental Overprotection: A Risk Factor in Psychosocial Development*, New York: Grune & Stratton.
100. Parker G., Roy K., Wilhelm K., Mitchell P i in. (1999) 'An exploration of links between early parenting experiences and personality disorder type and disordered personality functioning', *Journal of Personality Disorders*, 13(4): 361-374.
101. Parker G., Tupling H., and Brown L (1979) 'A Parental Bonding Instrument', *British Journal of Medical Psychology*, 52: 1-10.
102. Patrick M., Hobson P., Castle D., Howard R., Maughan B. (1994) 'Personality disorders and the maternal representation of early social experience', *Development and Psychopathology*, 6: 375-388.
103. Perry J., Banon E., Janni F. (1999) 'Effectiveness of psychotherapy for personality disorders', *American Journal of Psychiatry*, 156 (9): 1312-1321.
104. Picardi A., Caroppo E., Fabi E., Proietti S., i in. (2013) 'Attachment and parenting in adult patients with anxiety disorders', *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9: 157-163.

105. Pużyński S., Wciórka J. (red.) (2000) *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wg ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
106. Rajewski A. (2011) ‘Jadłowstręt psychiczny’. W: S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria. Psychiatria kliniczna. Tom II*. Wrocław: Elsevier Urban&Partner, 2011, s: 481-489.
107. Roth G., Buchheim A. (2013) ‘Neurobiologia zaburzeń osobowości’. W: J. Clarkin, P. Fonagy, G. Gabbard (red.), *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości. Podręcznik kliniczny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 199-165.
108. Rotter J. (1990) ‘Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable’, *American Psychologist*, 45: 489-493.
109. Russ E., Heim A., Westen D. (2003) ‘Parental bonding and personality pathology assessed by clinician report’, *Journal o Personality Disorders*, 17(6):522-536.
110. Rymaszewska J., Adamowski T., Pawłowski T., Kiejna A. (2005) ‘Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych – przegląd ważniejszych badań epidemiologicznych’, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (3): 195-200.
111. Saffer B., Glenn K., Klonsky D. (2015) ‘Clarifying the Relationship of Parental Bonding to Suicide Ideation and Attempts’, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(4): 518-528.
112. Schaffer R. (2009) *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
113. Schore A. (2001) ‘Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health’, *Infant Mental Health Journal*, 22: 7-66.
114. Scott L., Levy K., Pincus A. (2009) ‘Adult Attachment, Personality Traits, and Borderline Personality Disorder Features in Young Adults’, *Journal of Personality Disorders*, 23 (3): 258-280.
115. Shedler J. (2010) ‘The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy’, *American Psychologist*, 62(2): 98-109.
116. Spillius E. (red.) *Melanie Klein Today, tom 1*. London: Routledge

117. Standardy form pomocy psychologicznej dla różnych grup dorosłych dzieci alkoholików oraz kwalifikacji osób im pomagających (2008) opracowane przez Zespół Ekspertów PARPA ds. Pomagania Osobom z Syndromem DDA [online]. Dostępne w Internecie: <http://www.parpa.pl/index.php/rodzina-dzieci/standardy-form-pomocy-psychologicznej-dla-roznych-grup-doroslych-dzieci-alkoholikow-oraz-kwalifikacji>
118. Strelau J. (2000) *Psychologia – Podręcznik akademicki, Tom 2*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.
119. Strelau J. (2006). *Temperament jako regulator zachowania*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.
120. Stern D. (1985) *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and development psychology*. New York: Basic Books.
121. Stern D. (2004) *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: WW Norton.
122. Stroufe L., Waters E. (1977) 'Attachment as an organizational construct', *Child Development*, 48: 1184-1199.
123. Strus W., Rowiński T., Ciecuch J., Kowalska-Dąbrowska M., Czuma I., Żechowski C. (2016). 'Patologiczna Wielka Piątka: próba zbudowania pomostu pomiędzy psychiatryczną klasyfikacją zaburzeń a cechowym modelem osobowości zdrowej', *Roczniki Psychologiczne*, w druku.
124. Suzuki A., Matsumoto Y., Shibuya N., Sadahiro R., Kamata M., Goto K, Otani K. (2011) 'The brain-derived neurotropic factor Val66Met polymorphism modulates the effects of parental rearing on personality traits in healthy subjects', *Genes, Brain and Behavior*, 10: 386-391.
125. Thomae H., Kaechele H. (1996) *Podręcznik terapii psychoanalitycznej. Podstawy*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
126. Torgersen S., Alnaes R. (1992) 'Differential perception of parental bonding in schizotypal and borderline personality disorder patients', *Comprehensive Psychiatry*, 33 (1):34-38.
127. Torgersen S., Kringlen E., Cramer V. (2001) 'The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample', *Archives of General Psychiatry*, 58:590-596

128. Treger B. (2011) *Doświadczenie traumy i więzi w dzieciństwie a obraz siebie i mechanizmy obronne u młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie. Praca doktorska*. Kraków: Collegium Medicum UJ.
129. van Asselt A., Dirksen C., Arntz A., Giesen-Bloo J. i in. (2008) 'Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference focused psychotherapy', *British Journal of Psychiatry*, 192: 450-457.
130. Western D., Gabbard G. (2002) 'Developments in cognitive neuroscience, II: Implications for theories of transference', *Journal of American Psychoanalytic Association*, 50: 99-134.
131. Wilhelm K., Niven H., Parker G., Hadzi-Pavlovic D. (2005) 'The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period', *Psychological Medicine*, 35(3):387-393.
132. Wallin D. (2011) *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
133. Wciórka J. (red.) (2008) *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Elsevier Urban&Partner.
134. Wieczorek A. (2008) 'Analiza przypadku pacjentki z zaburzeniami osobowości typu borderline hospitalizowanej na Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic', *Psychoterapia* 4 (4): 53-63.
135. Wieczorek A., Synówka K. (2012), 'Współpraca lekarza i psychoterapeuty na Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic', *Psychiatria Polska*, 46(5): 877-889.
136. Widiger T., Weissman M. (1991) 'Epidemiology of borderline personality disorder', *Hospital & Community Psychiatry*, 42(10): 1015-1021.
137. Yeomans F., Diamond D. (2013) 'Terapia skoncentrowana na przeniesieniu a zaburzenia osobowości borderline'. W: J. Clarkin, P. Fonagy, G. Gabbard (red.), *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości. Podręcznik kliniczny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 259-292.
138. Zimbardo P., Johnson R., McCann V. (2013) *Psychologia osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
139. Zimbardo P., Johnson R., McCann V. (2014) *Podstawy psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

8. Załączniki

8.1 Załącznik nr 1: Zgoda na udział w badaniu

.....

(imię i nazwisko)

.....

(miejscowość i data)

FORMULARZ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w projekcie badawczym: „Wpływ psychoterapii wglądowej na postrzeganie więzi wczesnodziecięcej u pacjentów z zaburzeniami osobowości” i wypełnienie niezbędnych do jego realizacji ankiet.

Oświadczam również, że zostałem/am poinformowany/a o procedurach wykonywania badania oraz o możliwości zadawania pytań prowadzącemu badanie i otrzymania odpowiedzi na te pytania oraz o możliwości rezygnacji z udziału w badaniu na każdym jego etapie.

.....

(podpis pacjenta)

8.2 Załącznik nr 2: Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

.....

imię i nazwisko

.....

miejsowość i data

.....

adres zamieszkania

FORMULARZ ZGODY PACJENTA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji projektu badawczego: „Wpływ psychoterapii wglądowej na postrzeganie więzi wczesnodziecięcej u pacjentów z zaburzeniami osobowości” prowadzonego pod kierownictwem prof. dr hab. med. Bogdana de Barbaro w Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala Specjalistycznego im. J. Babińskiego w Krakowie.

.....

(podpis pacjenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji powyższego projektu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

8.3 Załącznik nr 3: Protokół badania OLZON

PROTOKÓŁ BADANIA

- **ODDZIAŁ LECZENIA ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI I NERWIC**

Pacjent w pierwszym tygodniu po przyjęciu do Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala im. J. Babińskiego w Krakowie i wyrażeniu zgody na udział w badaniu proszony będzie o wypełnienie ankiet: PBI, DSQ-40, KON-2006 i KO SIII oraz Kwestionariusza SCID-II. Następnie w oparciu o odpowiedzi zawarte w Kwestionariuszu SCID-II prowadzony będzie wywiad kliniczny mający za zadanie postawienie diagnozy zaburzeń osobowości w oparciu o DSM-IV.

Następnie w 24 tyg. leczenia stacjonarnego w OLZOiN pacjent ponownie proszony będzie o wypełnienie ankiet: PBI, DSQ-40, KON-2006 i KO SIII. A psychoterapeuta prowadzący leczenie danego pacjenta proszony będzie o wypełnienie Ankiety terapeuty.

Uzyskane w ten sposób dane będą kodowane i łącznie z danymi pochodzącymi z Ankiety życiorysowej (wypełnianej rutynowo przez wszystkich pacjentów zgłaszających się do leczenia w OLZOiN) wprowadzane zostaną do bazy danych, a następnie będą opracowywane statystycznie.

KRÓTKI OPIS NARZĘDZI BADAWCZYCH:

- **PBI – Parental Bonding Instrument**

Kwestionariusz służący ocenie zachowania rodziców w stosunku do osoby badanej przed ukończeniem przez nią 16 r. ż. Wypełniany jest przez badanego w oparciu o to, jak zachowania te są pamiętane w momencie badania. Opracowany w 1979r przez G. Parker, H. Tupling i L.B. Brown. Składa się z 25 pozycji, które osobno charakteryzują zachowanie ojca, osobno matki, które oceniane są w dwóch wymiarach: skala troski (Care scale) i skala nadopiekuńczości (Overprotection scale).

- **DSQ 40 – Defense Style Questionnaire**

Kwestionariusz służący ocenie mechanizmów obronnych. Opracowany przez M. Bonda, a w obecnej formie używany od 1993r. Opisuje 20 mechanizmów obronnych, które przyporządkowane są trzem stylom obronnym: dojrzałemu (sublimacja, humor, antycypacja i stłumienie), neurotycznemu (odczynianie, pseudoaltruizm, idealizacja i formacja reaktywna) oraz niedojrzałemu (projekcja, bierna agresja acting out, izolacja, dewaluacja, fantazje schizoidalne, zaprzeczenie, przemieszczenie, dysocjacja, rozszczepienie, racjonalizacja i somatyzacja).

- **SCID II – Schedule for Clinical Interview for DSM-IV**

Ustrukturuowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości zgodnie z kryteriami DSM-IV (osobowość unikająca, zależna, obsesyjno-kompulsyjna, bierno-agresywna, depresyjna, paranoiczna, schizotypowa, schizoidalna, histrioniczna, narcystyczna, z pogranicza, antyspołeczna, inne). Pozwala na częściowe zobiektywizowanie diagnozy oraz szacunkowe określenia stopnia nasilenia cech związanych z poszczególnymi typami zaburzeń. Opracowany w 1997 przez M. First, M. Gibbon, R. Spitzer, J. Williams, L. Benjamin.

- **KON-2006 – Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej**

Kwestionariusz składający się z 240 pytań, które tworzą 24 skale nazwane domniemanym obszarem osobowości, mogącym mieć udział w powstawaniu zaburzeń nerwicowych. Skale te, to kolejno: poczucie uzależnienie od otoczenia, astenia, negatywna samoocena, impulsywność, trudności podejmowania decyzji, poczucie wyobcowani, demobilizacja, skłonność do ryzyka, trudności w relacjach emocjonalnych, brak witalności, przekonanie o niezaradności życiowej, poczucie braku wpływu, brak wewnątrzsterowności, wyobrażenia i fantazjowanie, poczucie winy, trudności w relacjach interpersonalnych, zawiść, postawa narcystyczna, poczucie zagrożenia, egzaltacja, irracjonalność, drobiazgowość, rozpamiętywanie, poczucie przeciążenia. Narzędzie to ułatwia opis i różnicowanie zaburzeń nerwicowych od ostrych reakcji na stres oraz ocenę zmian następujących w wyniku leczenia. Opracowany został w 2006 r. w Katedrze Psychoterapii UJ CM przez J. Aleksandrowicza i współpracowników.

- **KO S-III – Kwestionariusz Objawowy**

Kwestionariusz składający się z 87 pytań, służy szybkiej ocenie występowania i nasilenia zaburzeń czynnościowych. Opracowany został w 2008 r. w Katedrze Psychoterapii UJ CM przez J. Aleksandrowicza i J. Sobańskiego.

- **Ankieta życiorysowa**

Ankieta wypełniana przez pacjenta w trakcie kwalifikacji do leczenia w ośrodkach biorących udział w badaniu. Zawiera dane demograficzne i biograficzne, między innymi te dotyczące separacji i utrat w okresie dzieciństwa oraz nadużyć seksualnych.

- **Ankieta terapeuty**

autorskie narzędzie składające się z pytań dotyczących: charakteru przeniesienia i przeciwprzeniesienia, trudności w pracy, mechanizmów obronnych, sposobu narracji autobiograficznej pacjenta, zmiany objawowej oraz rokowania. Narzędzie to wypełniane będzie przez terapeutę prowadzącego i służyło będzie ocenie relacji pacjenta z terapeutą oraz ocenie leczenia przez terapeutę.

8.4 Załącznik nr 4: Protokół badania OP DDA

PROTOKÓŁ BADANIA

- **OŚRODEK PSYCHOTERAPII DDA KRAKOWSKIEGO CENTRUM TERAPII UZALEŻNIEŃ**

Badanie w Ośrodku Psychoterapii DDA będzie uwzględniało dwa moduły leczenia: ambulatoryjny i wyjazdowy.

Pacjent w tzw. module ambulatoryjnym po zakwalifikowaniu do tej formy leczenia, tj. do terapii grupowej prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych Ośrodka, przed rozpoczęciem terapii będzie informowany o badaniu. Po wyrażeniu zgody na udział w nim, proszony będzie o wypełnienie ankiet: PBI, DSQ-40, KON-2006 i KO SIII oraz Kwestionariusza SCID-II. Następnie w oparciu o odpowiedzi zawarte w Kwestionariuszu SCID-II prowadzony będzie wywiad kliniczny mający za zadanie postawienie diagnozy zaburzeń osobowości w oparciu o DSM-IV. Następnie w ostatnim tygodniu leczenia w Ośrodku (tj. po 9 miesiącach leczenia ambulatoryjnego) pacjent ponownie proszony będzie o wypełnienie ankiet: PBI, DSQ-40, KON-2006 i KO SIII. Natomiast psychoterapeuta prowadzący leczenie danego pacjenta proszony będzie o wypełnienie Ankiety terapeuty.

Pacjent w tzw. module wyjazdowym po zakwalifikowaniu do tej formy leczenia, tj. do terapii grupowej prowadzonej podczas czterech sześciodniowych sesji wyjazdowych, na spotkaniu poprzedzającym pierwszy wyjazd będzie informowany o badaniu. Po wyrażeniu zgody na udział w nim, proszony będzie o wypełnienie ankiet: PBI, DSQ-40, KON-2006 i KO SIII oraz Kwestionariusza SCID-II. Następnie w oparciu o odpowiedzi zawarte w Kwestionariuszu SCID-II prowadzony będzie wywiad kliniczny mający za zadanie postawienie diagnozy zaburzeń osobowości w oparciu o DSM-IV. Następnie w ostatnim dniu ostatniej sesji wyjazdowej proszony będzie o ponowne wypełnienie ankiet: PBI, DSQ-40, KON-2006 i KO SIII. Natomiast psychoterapeuta prowadzący leczenie danego pacjenta proszony będzie o wypełnienie Ankiety terapeuty.

Uzyskane w ten sposób dane będą kodowane i łącznie z danymi pochodzącymi z Ankiety życiorysowej (wypełnianej rutynowo przez wszystkich pacjentów zgłaszających się do leczenia w Ośrodku) wprowadzane zostaną do bazy danych, a następnie będą opracowywane statystycznie.

KRÓTKI OPIS NARZĘDZI BADAWCZYCH:

- **PBI – Parental Bonding Instrument**

Kwestionariusz służący ocenie zachowania rodziców w stosunku do osoby badanej przed ukończeniem przez nią 16 r. ż. Wypełniany jest przez badanego w oparciu o to, jak zachowania te są pamiętane w momencie badania. Opracowany w 1979r przez G. Parker, H. Tupling i L.B. Brown. Składa się z 25 pozycji, które osobno charakteryzują zachowanie ojca, osobno matki, które oceniane są w dwóch wymiarach: skala troski (Care scale) i skala nadopiekuńczości (Overprotection scale).

- **DSQ 40 – Defense Style Questionnaire**

Kwestionariusz służący ocenie mechanizmów obronnych. Opracowany przez M. Bonda, a w obecnej formie używany od 1993r. Opisuje 20 mechanizmów obronnych, które przyporządkowane są trzem stylom obronnym: dojrzałemu (sublimacja, humor, antycypacja i stłumienie), neurotycznemu (odczynianie, pseudoaltruizm, idealizacja i formacja reaktywna) oraz niedojrzałemu (projekcja, bierna agresja acting out, izolacja, dewaluacja, fantazje schizoidalne, zaprzeczenie, przemieszczenie, dysocjacja, rozszczepienie, racjonalizacja i somatyzacja).

- **SCID II – Schedule for Clinical Interview for DSM-IV**

Ustrukturyzowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości zgodnie z kryteriami DSM-IV (osobowość unikająca, zależna, obsesyjno-kompulsyjna, bierno-agresywna, depresyjna, paranoiczna, schizotypowa, schizoidalna, histrioniczna, narcystyczna, z pogranicza, antyspołeczna, inne). Pozwala na częściowe zobiektywizowanie diagnozy oraz szacunkowe określenia stopnia nasilenia cech związanych z poszczególnymi typami zaburzeń. Opracowany w 1997 przez M. First, M. Gibbon, R. Spitzer, J. Williams, L. Benjamin.

- **KON-2006 – Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej**

Kwestionariusz składający się z 240 pytań, które tworzą 24 skale nazwane domniemanym obszarem osobowości, mogącym mieć udział w powstawaniu zaburzeń nerwicowych. Skale te, to kolejno: poczucie uzależnienie od otoczenia, astenia, negatywna samoocena, impulsywność, trudności podejmowania decyzji, poczucie wyobcowani, demobilizacja, skłonność do ryzyka, trudności w relacjach emocjonalnych, brak witalności, przekonanie o niezaradności życiowej, poczucie braku wpływu, brak wewnątrzsterowności, wyobrażenia i fantazjowanie, poczucie winny, trudności w relacjach interpersonalnych, zawiść, postawa narcystyczna, poczucie zagrożenia, egzaltacja, irracjonalność, drobiazgowość, rozpamiętywanie, poczucie przeciążenia. Narzędzie to ułatwia opis i różnicowanie zaburzeń nerwicowych od ostrych reakcji na stres oraz ocenę zmiannastępujących w wyniku leczenia. Opracowany został w 2006 r. w Katedrze Psychoterapii UJ CM przez J. Aleksandrowicza i współpracowników.

- **KO S-III – Kwestionariusz Objawowy**

Kwestionariusz składający się z 87 pytań, służy szybkiej ocenie występowania i nasilenia zaburzeń czynnościowych. Opracowany został w 2008 r. w Katedrze Psychoterapii UJ CM przez J. Aleksandrowicza i J. Sobańskiego.

- **Ankieta życiorysowa**

Ankieta wypełniana przez pacjenta w trakcie kwalifikacji do leczenia w ośrodkach biorących udział w badaniu. Zawiera dane demograficzne i biograficzne, między innymi te dotyczące separacji i utrat w okresie dzieciństwa oraz nadużyć seksualnych.

- **Ankieta terapeuty**

autorskie narzędzie składające się z pytań dotyczących: charakteru przeniesienia i przeciwprzeniesienia, trudności w pracy, mechanizmów obronnych, sposobu narracji autobiograficznej pacjenta, zmiany objawowej oraz rokowania. Narzędzie to wypełniane będzie przez terapeutę prowadzącego i służyło będzie ocenie relacji pacjenta z terapeutą oraz ocenie leczenia przez terapeutę.

9. Aneks

9.1 Kwestionariusz oceny relacji z rodzicami

Parental Bonding Instrument (PBI)

PACJENT	DATA
---------	------

PARENTAL BODY INSTRUMENT

Parker G., Turpin H., Brown LB 1979 (tłumaczenie polskie A. Popiel, M. Sitarz)

Ten kwestionariusz opisuje różne możliwe zachowania Pani/Pana bliskich. Prosimy o zaznaczenie w jakim stopniu każde ze zdań pasuje do zachowania matki/ojca wobec Pani/Pana w pierwszych 16 latach Pani/Pana życia, opierając się na tym jak Pan/Pani przypomina to sobie obecnie.

Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć krzyżykiem w odpowiedniej kratce.

MATKA		BARDZO SIĘ ZGADZA	CZĘŚCIOWO SIĘ ZGADZA	RACZEJ SIĘ NIE ZGADZA	ZUPEŁNIE SIĘ NIE ZGADZA
1	<i>...mówiła do mnie ciepłym i przyjaznym głosem</i>				
2	<i>... nie pomagała mi tak, jak tego potrzebowałem</i>				
3	<i>...pozwalała mi robić to co mi się podoba</i>				
4	<i>... wydawała mi się chłodna uczuciowo w stosunku do mnie</i>				
5	<i>...wydawało się, że rozumiała moje problemy i troski</i>				
6	<i>... była wylewna uczuciowo w stosunku do mnie</i>				
7	<i>... pragnęła, żebym podejmował/a decyzje samodzielnie</i>				

8	<i>... nie chciała żebym dorósł/ dorosła</i>				
9	<i>... próbowała kontrolować wszystko, co robię</i>				
10	<i>...wkraczała w moją prywatność</i>				
11	<i>... lubiła rozmawiać ze mną o różnych rzeczach</i>				
12	<i>... często się do mnie uśmiechała</i>				
13	<i>... miała tendencję do traktowania mnie jak dziecko</i>				
14	<i>... nie sprawiała wrażenia, że rozumie czego pragnę i czego naprawdę potrzebuję</i>				
15	<i>... zezwalała mi na samodzielne podejmowanie decyzji w sprawach, które mnie dotyczyły</i>				
16	<i>...sprawiała, że czułam/ czułem się niechciany/a</i>				
17	<i>... gdy byłem zdenerwowany mogła sprawić, że czułem się lepiej</i>				
18	<i>... nie rozmawiała ze mną zbyt wiele...</i>				
19	<i>... dążyła do tego, żebym czuł/czuła się od niej zależny/a</i>				
20	<i>... myślała, że gdyby nie było jej w pobliżu mnie nie był(a)bym w stanie o siebie zadbać</i>				
21	<i>... dawała mi całą wolność jakiej potrzebowałem</i>				
22	<i>... pozwalała mi wychodzić za każdym razem, gdy tego pragnęłam/ pragnąłem</i>				
23	<i>... była wobec mnie nadopiekuńcza</i>				
24	<i>... nie chwaliła mnie</i>				

25	<i>... pozwoliła mi ubierać się tak jak chciałam/em</i>				
OJCIEC		BARDZO SIĘ ZGADZA	CZĘŚCIOWO SIĘ ZGADZA	RACZEJ SIĘ NIE ZGADZA	ZUPEŁNIE SIĘ NIE ZGADZA
1	<i>...mówił do mnie ciepłym i przyjaznym głosem</i>				
2	<i>... nie pomagał mi tak, jak tego potrzebowałam</i>				
3	<i>...pozwalał mi robić to co mi się podoba</i>				
4	<i>... wydawał mi się chłodny uczuciowo w stosunku do mnie</i>				
5	<i>...wydawało się, że rozumiał moje problemy i troski</i>				
6	<i>... był wylewny uczuciowo w stosunku do mnie</i>				
7	<i>... pragnął, żebym podejmował/a decyzje samodzielnie</i>				
8	<i>... nie chciał żebym dorósł/ dorosła</i>				
9	<i>... próbował kontrolować wszystko, co robię</i>				
10	<i>...wkraczał w moją prywatność</i>				
11	<i>... lubił rozmawiać ze mną o różnych rzeczach</i>				
12	<i>... często się do mnie uśmiechał</i>				
13	<i>... miał tendencję do traktowania mnie jak dziecko</i>				
14	<i>... nie sprawiał wrażenia, że rozumie czego pragnę i czego naprawdę potrzebuję</i>				

15	<i>... zezwalał mi na samodzielne podejmowanie decyzji w sprawach, które mnie dotyczyły</i>				
16	<i>...sprawiał, że czułam/ czułem się niechciany/a</i>				
17	<i>... gdy byłem zdenerwowany mógł sprawić, że czułem się lepiej</i>				
18	<i>... nie rozmawiał ze mną zbyt wiele...</i>				
19	<i>... dążył do tego, żebym czuł/czuła się od niej zależny/a</i>				
20	<i>... myślał, że gdyby nie było go w pobliżu mnie nie był(a)bym w stanie o sobie zadbać</i>				
21	<i>... dawał mi całą wolność jakiej potrzebowałem</i>				
22	<i>... pozwalał mi wychodzić za każdym razem, gdy tego pragnęłam/ pragnąłem</i>				
23	<i>... była wobec mnie nadopiekuńczy</i>				
24	<i>... nie chwalił mnie</i>				
25	<i>... pozwolił mi ubierać się tak jak chciałam/em</i>				

9.2 Kwestionariusz do oceny dojrzałości mechanizmów obronnych

Kwestionariusz DSQ 40 (Defense Style Questionnaire 40)

D.S.Q. 40

.....

Imię	Nazwisko	Wiek	Data badania
------	----------	------	--------------

Niniejszy kwestionariusz składa się z szeregu zdań dotyczących osobistych postaw. Nie ma tutaj złych albo dobrych odpowiedzi. Prosimy abyś zaznaczył, przy użyciu pokazanej poniżej 9-cio stopniowej skali, jak bardzo zgadzasz się lub nie zgadzasz z każdym ze zdań, poprzez zakreślenie jednej z cyfr na skali obok danego zadania. Na przykład zakreślenie numeru 5 oznaczałoby, że ani nie zgadzasz się z, ani nie przeczysz danemu zdaniu, numer 3, że nie zgadzasz się w sposób umiarkowany, a 9, że zgadzasz się bardzo mocno.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Zdecydowanie

nie zgadzam się

Zdecydowanie

zgadzam się

1. Czerpię satysfakcję z pomagania in-

nym i gdyby mi to odebrano

popadłbym w przygnębienie.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Potrafię nie myśleć o jakimś proble-

mie aż do chwili gdy mam czas żeby

nim się zająć.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Radzę sobie z moim lękiem poprzez

to, że robię coś konstruktywnego i twórczego jak malowanie czy rzeźbienie.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Jestem w stanie znaleźć słuszne uzasadnienie (odkryć dobre powody) dla wszystkiego co robię.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Bardzo łatwo potrafię śmiać się z siebie.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Ludzie mają skłonność do złego traktowania mnie.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Gdyby ktoś mnie napadł i ukradł pieniądze wolałbym raczej żeby zajęto się jego problemami, niż żeby go ukarano.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Ludzie mówią, że mam skłonność do ignorowania niemiłych faktów jak gdyby one nie istniały.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Ignoruję niebezpieczeństwo jak gdybym był Supermenem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Szczycę się tym, że potrafię pozbawiać ludzi ich złudzeń na swój temat.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Często działam impusywnie gdy coś mnie drażni.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Czuję się chory gdy sprawy nie układają się po mojej myśli.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Jestem osobą bardzo zahamowaną.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Czerpię więcej satysfakcji z moich									

fantazji niż z realnego życia.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Posiadam specjalne umiejętności,									
które pozwalają mi iść przez życie									
bez problemów.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Zawsze istnieją jakieś powody gdy									
sprawy nie układają mi się jak należy.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Rozwiązuję więcej spraw w moich									
marzeniach niż w realnym życiu.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Niczego się nie boję.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Czasami myślę, że jestem aniołem, a									
kiedy indziej, że diabełem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Gdy czuję się zraniony ujawniam ag-									
resywność.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Zawsze czuję, że ktoś z moich znajo-									
mych jest jakby moim aniołem stró-									
żem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. Moim zdaniem ludzie są albo źli albo									
dobrzy.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Gdyby szef się mnie czepiał to									
mógłbym specjalnie popełnić jakiś									
błąd w mojej pracy lub pracować									
wolniej żeby się na nim zemścić.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Znam kogoś kto potrafi zrobić wszyst-									
ko i jest absolutnie prawy i sprawied-									
liwy.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Potrafię opanować swoje uczucia jeśli									
by.									

miały one przeszkadzać w tym co robię. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

26. Zazwyczaj potrafię zobaczyć śmieszną

stronę sytuacji skądinąd kłopotliwych

i bolesnych.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

27. Dostaję bólu głowy kiedy muszę robić

coś czego nie lubię.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

28. Często jestem bardzo miły dla ludzi,

na których mam uzasadnione powody

aby być zły.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

29. Jestem pewien, że jestem pokrzyw-

dzony przez los.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

30. Kiedy muszę się mierzyć z trudną

sytuacją próbuję wyobrazić sobie jaka

ona będzie i planuję sposoby poradze-

nia sobie z nią.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

31. Lekarze nigdy naprawdę nie rozu-

mieją co mi dolega.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

32. Po tym jak walczę o swoje prawa

mam skłonność do przepraszania za to.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

33. Kiedy jestem przygnębiony lub zalek-

niony jedzenie sprawia, że czuję się

lepiej.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

34. Często mówią mi, że nie okazuję

swoich uczuć.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

35. Gdy mogę przewidzieć, że będę smut-

ny wtedy łatwiej mi sobie z tym poradzić. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

36. Choćbym nie wiem jak się skarżył,

nikt na to właściwie nie zareaguje. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

37. Często zauważam, że nie czuję nicze-

go, kiedy sytuacja mogłaby uzasad-

niać silne emocje. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

38. Chwycenie się jakiejś pracy, która

jest pod ręką chroni mnie przed przy-

gnębieniem lub niepokojem. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

39. Gdybym przeżywał kryzys szukałbym

innej osoby mającej ten sam problem. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

40. Kiedy mam w myślach ochotę aby

zrobić komuś coś złego, to potem od-

czuwam potrzebę aby być dla niego

bardzo dobrym. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Prosimy o sprawdzenie czy odpowiedziałeś na wszystkie pytania.

9.3 Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006

KWESTIONARIUSZ OSOBOWOŚCI NERWICOWEJ KON-2006

Kwestionariusz ten składa się z szeregu pytań, dotyczących różnych cech, upodobań, skłonności, postaw, poglądów itp. Nie ma tu odpowiedzi dobrych lub złych, każdy człowiek jest przecież inny. Proszę odpowiadać szczerze i bez dłuższego zastanawiania się, zwłaszcza nie rozważać tego „jak powinno się na to pytanie odpowiedzieć” – prawidłowe rozeznanie stanu zdrowia wymaga pokazania się takim, jakim się jest.

Na każde pytanie można dać tylko jedną odpowiedź: „tak” lub „nie”. Proszę wybrać i zaznaczyć tę, która wydaje się właściwa.

Jeśli sformułowanie jest niejasne i trudno się zdecydować, bo np. prawdziwe wydają się obie możliwości – proszę zwrócić się do osoby przeprowadzającej badanie.

Przed zakończeniem wypełniania kwestionariusza proszę sprawdzić, czy przy każdym pytaniu jest zanotowana odpowiedź.

- 0 Czy instrukcja wypełniania kwestionariusza jest jasna TAK NIE
- 1 | Zależy mi na tym, by wszyscy mnie lubili TAK NIE
- 2 | Długo myślę, zanim podejmę decyzję TAK NIE
- 3 | Moje postępowanie często bywa źle rozumiane przez innych ludzi TAK NIE
- 4 | Często ryzykuję dla samej przyjemności ryzyka TAK NIE
- 5 | Drażni mnie, gdy ktoś się cieszy TAK NIE
- 6 | Często wbrew sobie robię to, o co mnie proszą TAK NIE
- 7 | Zawsze sam decyduję o tym, co chcę zrobić TAK NIE
- 8 | Trudno mi zagadnąć kogoś, kogo chcę poznać TAK NIE
- 9 | Zwykle mam dość energii wtedy, gdy jej najbardziej potrzebuję TAK NIE
- 10 | Często ludzie „wchodzą mi na głowę” TAK NIE
- 11 | Niewiele rzeczy sprawia mi przyjemność TAK NIE

- 12 | Często nie umiem pokazać, co potrafię TAK NIE
- 13 | Rzadko ujawniam moje uczucia, nawet przyjaciołom TAK NIE
- 14 | Jestem okropnie brzydki/a TAK NIE
- 15 | Mam szczęście we wszystkim, co robię TAK NIE
- 16 | Zbyt często pozwalam sobą kierować TAK NIE
- 17 | Zazwyczaj gdy muszę coś zmienić w życiu, czuję napięcie i niepewność ... TAK NIE
- 18 | Głupotą jest przyczynianie się do sukcesów innych ludzi TAK NIE
- 19 | Zła pogoda mnie całkiem rozstraja TAK NIE
- 20 | Dobrze wiem, co jest dobrem, a co złem TAK NIE
- 21 | Jestem do niczego, nic nigdy w życiu nie osiągnę TAK NIE
- 22 | Lubię podniecenie seksualne TAK NIE
- 23 | Nie da się dzielić uczuć z kimś, kto nie przeżył tego, co ja TAK NIE
- 24 | Moja potulność utrudnia mi życie TAK NIE
- 25 | Często mam uczucie wewnętrznej pustki TAK NIE
- 26 | Wiem, że nie poradzę sobie w przyszłości TAK NIE
- 27 | Nikogo tak naprawdę nie obchodzę TAK NIE
- 28 | Lubię szybko podejmować decyzje TAK NIE
- 29 | Często czuję się za słaby psychicznie TAK NIE
- 30 | Mam dobry kontakt z ludźmi TAK NIE
- 31 | Lubię się bić TAK NIE
- 32 | Praca sprawia mi więcej trudności niż innym ludziom TAK NIE
- 33 | Moje zainteresowania często się zmieniają TAK NIE
- 34 | Rano zazwyczaj energicznie wyskakuję z łóżka TAK NIE
- 35 | Na smutnych filmach płaczę częściej niż inni TAK NIE
- 36 | Kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją TAK NIE
- 37 | Jestem bardzo wrażliwa/y TAK NIE
- 38 | Nawet gdy źle mi idzie, nie tracę nadziei, że jest jeszcze jakieś wyjście ... TAK NIE

- 39 | Czuję się nikomu niepotrzebny/a TAK NIE
- 40 | Istnieją wyższe siły, które decydują za mnie TAK NIE
- 41 | Mam w sobie dużo siły, nie muszę się zmuszać do aktywności TAK NIE
- 42 | Mówią, że jestem uparta/y jak osioł TAK NIE
- 43 | Drażni mnie cudze szczęście TAK NIE
- 44 | Prawie zawsze czuję się samotny/a TAK NIE
- 45 | Niekiedy przeraża mnie, jak bardzo potrafię wściekać się na siebie TAK NIE
- 46 | Często eksploatuję siebie aż do wyczerpania TAK NIE
- 47 | Zdarza mi się pobić kogoś z rodziny lub przyjaciela TAK NIE
- 48 | Lubię robić coś niebezpiecznego TAK NIE
- 49 | Trudno mi odróżnić, która sprawa jest ważniejsza, a która mniej ważna ... TAK NIE
- 50 | Czuję się bardziej pewny/a siebie niż większość ludzi TAK NIE
- 51 | Lubię być sam TAK NIE
- 52 | Gdy pokłóć się z kimś, jestem bardzo zły na siebie TAK NIE
- 53 | Jestem pewny, że istnieją siły nadprzyrodzone TAK NIE
- 54 | Lubię być w centrum zainteresowania TAK NIE
- 55 | Często jestem znieważana/y TAK NIE
- 56 | Podniecają mnie gry i zakłady o pieniądze TAK NIE
- 57 | Ważne są tylko moje własne potrzeby TAK NIE
- 58 | Często się zastanawiam, czy mogę zaufać moim znajomym TAK NIE
- 59 | Często myślę o tych, których skrzywdziłem TAK NIE
- 60 | Czasem mam uczucie, że za chwilę zdarzy się coś okropnego TAK NIE
- 61 | Często się kłócę TAK NIE
- 62 | Zwykle szybko wybaczam temu, kto mnie źle potraktował TAK NIE
- 63 | Efekty moich działań nie zależą ode mnie TAK NIE
- 64 | Czuję się związany/a ze wszystkimi ludźmi dookoła mnie TAK NIE
- 65 | Zwykle, zanim podejmę decyzję, analizuję drobiazgowo wszystkie fakty

- i detale TAK NIE
- 66 | Chciał(a)bym posiadać specjalną moc, taką, jakiej nie ma nikt inny TAK NIE
- 67 | Kiedy ktoś jest na mnie zły, czekam, aż mu ta złość sama minie TAK NIE
- 68 | Zazwyczaj robię to, co uważam za słuszne TAK NIE
- 69 | Łatwo przejmuję się drobiazgami TAK NIE
- 70 | Wiem, do czego dążę w życiu TAK NIE
- 71 | Gdy jestem w trudnej sytuacji, zawsze ktoś mi pomoże TAK NIE
- 72 | Często się zdarza, że nieznajomi krytycznie mi się przypatrują TAK NIE
- 73 | Istnieją duchy, które pomagają lub szkodzą TAK NIE
- 74 | Bardzo długo zastanawiam się, zanim coś wybiorę TAK NIE
- 75 | Gdy ktoś plecie bzdury, zwykle mu to mówię TAK NIE
- 76 | Większość bliskich mi ludzi zupełnie mnie nie rozumie TAK NIE
- 77 | Trudna sytuacja to wyzwanie albo szansa TAK NIE
- 78 | Wiem, że często jestem nie do zniesienia TAK NIE
- 79 | Religia pomaga mi w życiu TAK NIE
- 80 | Często odpłacam „pięknym za nadobne” ludziom, którzy mnie
skrzywdzili TAK NIE
- 81 | Jeżeli zapomnę o ostrożności, często coś mi się nie udaje TAK NIE
- 82 | Cieszę się z cudzego nieszczęścia TAK NIE
- 83 | Lubię wymyślać nowe sposoby działania TAK NIE
- 84 | Wszystko robię bardzo powoli TAK NIE
- 85 | Wyrozumiałość dla ludzi nie prowadzi do niczego dobrego TAK NIE
- 86 | Gdy mam kłopoty, układam plan działania i postępuję zgodnie z nim TAK NIE
- 87 | Moje związki z ludźmi na przemian się psują i naprawiają TAK NIE
- 88 | Często gnębią mnie wspomnienia o tym, co złego zrobiłem TAK NIE
- 89 | Lubię płatać figle TAK NIE
- 90 | Boję się robić coś nowego TAK NIE

- 91 | Nie mam wpływu na to, jaka/i jestem TAK NIE
- 92 | Trudno mi pracować, gdy nikt mi nie pomaga TAK NIE
- 93 | Każda zmiana w moim życiu podnieca mnie i cieszy TAK NIE
- 94 | Zawsze, zanim podpiszę, uważnie czytam cały dokument TAK NIE
- 95 | Mam trudności w wydawaniu poleceń TAK NIE
- 96 | Wierzę, że zdarzają się cuda TAK NIE
- 97 | Łatwo mnie zranić TAK NIE
- 98 | W sytuacjach, w których jest wiele możliwości wyboru, nie mogę się na nic
zdecydować TAK NIE
- 99 | Wolę iść na całość, niż być zbyt ostrożnym TAK NIE
- 100 | Moje stosunki z ludźmi nie układają się tak dobrze, jak powinny TAK NIE
- 101 | Często próbuję zrobić więcej niż naprawdę mogę TAK NIE
- 102 | Jestem mniej energiczny/a niż większość ludzi TAK NIE
- 103 | Gdy jest ciężko, fantazjuję o tym, że jest całkiem inaczej TAK NIE
- 104 | Kiedy ktoś okazuje mi życzliwość, zastanawiam się, co się za tym kryje ... TAK NIE
- 105 | Czasem mi mówią, że mam zbyt wysokie mniemanie o sobie TAK NIE
- 106 | W czasie rodzinnych uroczystości świątecznych czuję się wyobcowany TAK NIE
- 107 | Gdy jestem w trudnej sytuacji, godzę się z losem TAK NIE
- 108 | Należy unikać silnych wzruszeń, za bardzo wyczerpują TAK NIE
- 109 | Mógłbym poświęcić życie, by świat stał się lepszy. TAK NIE
- 110 | Życie jest dla mnie ciągłym wysiłkiem TAK NIE
- 111 | Zazwyczaj mam w sobie mnóstwo energii przez cały dzień TAK NIE
- 112 | Łatwo tracę panowanie nad sobą TAK NIE
- 113 | Często wybucham z błahego powodu TAK NIE
- 114 | Często nie mam sił, by dokończyć to, co chcę zrobić TAK NIE
- 115 | Bardzo mi trudno przyjąć jakąkolwiek odmowę TAK NIE
- 116 | Jestem zawsze na luzie, nawet wtedy, gdy wszyscy dookoła

- są zdenerwowani TAK NIE
- 117 | Chcę mieć większy majątek niż inni TAK NIE
- 118 | Łatwo mówię o moich osobistych problemach nawet tym, których
mało znam TAK NIE
- 119 | Większość ludzi jest niewiele warta TAK NIE
- 120 | Zmieniam zdanie zależnie od tego, z kim rozmawiam TAK NIE
- 121 | Należy zawsze postępować zgodnie z zasadami TAK NIE
- 122 | Często złościę się na siebie TAK NIE
- 123 | Boję się bezczelnych ludzi TAK NIE
- 124 | Często odczuwam zniechęcenie tym, jak mi się życie układa TAK NIE
- 125 | Często zdarza mi się mówić „na gorąco” rzeczy, których później żałuję TAK NIE
- 126 | Bardzo często rezygnuję z moich planów TAK NIE
- 127 | Chcę działać tak, by wszyscy byli zadowoleni TAK NIE
- 128 | Moje przyjemności są ważniejsze niż cudze kłopoty TAK NIE
- 129 | We współpracy z innymi często przejmuję kierownictwo TAK NIE
- 130 | Często kłamię, bo inaczej „nie wyjdę na swoje”. TAK NIE
- 131 | Niepowodzenia zniechęcają mnie do wszystkiego TAK NIE
- 132 | Zdarzało mi się zgłaszać na ochotnika do nieprzyjemnych zadań TAK NIE
- 133 | Prawie zawsze podejmuję decyzję na podstawie pierwszego wrażenia TAK NIE
- 134 | Mam z czego być dumny TAK NIE
- 135 | Często zdarza mi się omijać przepisy TAK NIE
- 136 | Atrakcyjne osoby bardzo mnie peszą i onieśmialają TAK NIE
- 137 | Zazwyczaj kieruję się horoskopami i wróżbami TAK NIE
- 138 | Jestem bardzo delikatnym człowiekiem TAK NIE
- 139 | Gdy pokłóć się z kimś, przez jakiś czas nie odzywam się do niego TAK NIE
- 140 | Umiem odmawiać TAK NIE
- 141 | Często rozmyślam nad tym, jaki jestem TAK NIE

- 142 | Lubię flirtować TAK NIE
- 143 | Myślę, że w przyszłości będę mieć dużo szczęścia TAK NIE
- 144 | Zazwyczaj jestem opanowany TAK NIE
- 145 | Bardzo często zastanawiam się nad tym, co robię TAK NIE
- 146 | Gdy się zdenerwuję, zdarza mi się uderzyć kogoś lub rzucać przedmiotami ... TAK NIE
- 147 | Zdarzyło mi się doświadczyć wpływu sił nadprzyrodzonych TAK NIE
- 148 | Gdy stracę oparcie bliskiej osoby, muszę znaleźć kogoś, kto się mną
zaopiekuje TAK NIE
- 149 | Często jestem ofiarą zbiegu niekorzystnych okoliczności TAK NIE
- 150 | Nikt się nie interesuje tym, co czuję TAK NIE
- 151 | Mam za mało wiary w siebie TAK NIE
- 152 | Często ludzie mówią mi, że nie liczę się z nimi TAK NIE
- 153 | Na ogół jestem zadowolona/y z siebie. TAK NIE
- 154 | Nic w życiu nie układa mi się tak, jak chcę TAK NIE
- 155 | Bywam tak zapracowany, że nie mam czasu na rozrywkę TAK NIE
- 156 | Wiem, że jestem mniej wart/a niż inni TAK NIE
- 157 | We wszystkim, co robię, zwracam uwagę na szczegóły TAK NIE
- 158 | Gdy jestem w trudnej sytuacji, spodziewam się, że coś mnie uratuje TAK NIE
- 159 | Źle mi się śpi w nowym miejscu TAK NIE
- 160 | Nawet wtedy, gdy wszystko idzie dobrze, często rezygnuję TAK NIE
- 161 | To niesprawiedliwe, że inni mają więcej niż ja TAK NIE
- 162 | Ludzie zarzucają mi nadmierną niezależność, bo nie robię tego,
czego oni chcą TAK NIE
- 163 | Łatwo przeprowadził(a)bym się do innej miejscowości TAK NIE
- 164 | Często rozczarowuję się ludźmi TAK NIE
- 165 | Bez względu jak duże są trudności, zawsze jestem dobrej myśli TAK NIE
- 166 | Moje życie jest bez sensu TAK NIE

- 167 | Lubię dzielić się z przyjaciółmi wszystkimi moimi doświadczeniami i uczuciami TAK NIE
- 168 | Często tracę życiowe okazje przez to, że niepotrzebnie się wycofuję TAK NIE
- 169 | Jestem pedantem TAK NIE
- 170 | Nawet kiedy się bardzo staram, nie pracuję tak szybko jak inni TAK NIE
- 171 | Moje zmienne nastroje bardzo wszystkich męczą, nawet mnie TAK NIE
- 172 | Często marzę, że jestem milionerem TAK NIE
- 173 | Szybkie decydowanie sprawia mi trudności TAK NIE
- 174 | Jestem gotów poświęcać swoje sprawy, byle mnie lubiano TAK NIE
- 175 | Często zastanawiam się, jak inni się do mnie odnoszą TAK NIE
- 176 | Mam skłonność do martwienia się bez wyraźnego powodu TAK NIE
- 177 | Denerwuje mnie wszelka dziwaczność, obcość, nienaturalność TAK NIE
- 178 | Często robię coś wbrew własnej woli TAK NIE
- 179 | Na ogół liczę na to, że ktoś inny rozwiąże za mnie moje problemy TAK NIE
- 180 | Wymagam od siebie więcej niż większość ludzi TAK NIE
- 181 | Gdy jestem wśród ludzi, często czuję osamotnienie TAK NIE
- 182 | Zazwyczaj czuję, że wszystko będzie dobrze TAK NIE
- 183 | Czasem sam/a siebie poniżam TAK NIE
- 184 | Często ponieważ orientuję się, że niepotrzebnie dała(e)m się przekonać TAK NIE
- 185 | Jest mi gorzej niż innym TAK NIE
- 186 | Czasem, dla przyjemności, robię coś bardzo niebezpiecznego TAK NIE
- 187 | Jest mi zupełnie obojętne, czy mnie ludzie lubią czy nie TAK NIE
- 188 | Często czuję się jak beczka prochu przed eksplozją. TAK NIE
- 189 | Potrafię być stanowcza/y w sytuacjach, które tego wymagają TAK NIE
- 190 | Inni ludzie mają nade mną zbyt dużą kontrolę TAK NIE
- 191 | Nie warto tracić czasu z ludźmi, którzy nic nie znaczą TAK NIE

- 192 | Zawsze muszę mieć pewność, że nie popełniłem żadnego błędu TAK NIE
- 193 | Gdy się pokłócę, szybko staram się pogodzić TAK NIE
- 194 | Lubię, gdy ktoś kieruje tym, co mam robić TAK NIE
- 195 | Trudno mnie przekonać, niełatwo zmieniam zdanie TAK NIE
- 196 | Często czekam, aby ktoś inny przejął inicjatywę TAK NIE
- 197 | Potrafię jasno myśleć w trudnych sytuacjach TAK NIE
- 198 | Moje życie zależy od okoliczności, na które nie mam wpływu TAK NIE
- 199 | Irytuje mnie, gdy ktoś przerywa to, co robię TAK NIE
- 200 | „Gubię się” w życiu TAK NIE
- 201 | W sytuacjach napięcia i pośpiechu odczuwam zupełną bezradność TAK NIE
- 202 | Przeglądając się w lustrze, czuję obrzydzenie TAK NIE
- 203 | Bardzo często mam wszystkiego dosyć TAK NIE
- 204 | Zazwyczaj kieruję się tym, co w danej chwili czuję TAK NIE
- 205 | Zawsze, jak coś powiem o sobie, „dostaję po głowie” TAK NIE
- 206 | Często wyobrażam sobie, że jestem kimś wielkim TAK NIE
- 207 | Chcę zawsze jak najszybciej zrobić to, co mam do zrobienia TAK NIE
- 208 | Jestem bardzo uczuciowy/a TAK NIE
- 209 | Niepowodzenia mobilizują mnie do wysiłku TAK NIE
- 210 | Musi się być zawsze wiernym zasadom nawet, jeśli przeszkadzają żyć ... TAK NIE
- 211 | Zazwyczaj nie umiem się obronić, gdy ktoś mnie krzywdzi TAK NIE
- 212 | Lubię podróżować TAK NIE
- 213 | Na ogół wiem, co należy zrobić TAK NIE
- 214 | Wolę spędzić życie samotnie niż się z kimś wiązać TAK NIE
- 215 | Często nie mam wpływu na to, co i jak robię TAK NIE
- 216 | Umiem radzić sobie z moimi kłopotami TAK NIE
- 217 | Bez trudu powracam do przerwanej pracy TAK NIE
- 218 | Większość ludzi, których znam, dba tylko o własne interesy TAK NIE

- 219 | Zasluguję na szczególne traktowanie TAK NIE
- 220 | Zawsze jestem drobiazgowo dokładny, nawet gdy trzeba się spieszyć TAK NIE
- 221 | Nigdy nie wątpię w to, co mówią ludzie z autorytetem TAK NIE
- 222 | Chcę, żeby mnie podziwiano bardziej niż innych TAK NIE
- 223 | Mój los zależy przede wszystkim ode mnie TAK NIE
- 224 | Większość ludzi jest bardziej zaradna niż ja TAK NIE
- 225 | Często marzę o idealnym romansie, który kiedyś przeżyję TAK NIE
- 226 | Bardzo mnie wzburza, gdy ktoś ze mnie żartuje TAK NIE
- 227 | Muzyka, poezja bardzo mnie poruszają TAK NIE
- 228 | Często bywam okrutna/y dla moich bliskich TAK NIE
- 229 | Zdarza mi się zapomnieć o czymś, czego w gruncie rzeczy nie
chcę zrobić TAK NIE
- 230 | Często mam wyrzuty sumienia TAK NIE
- 231 | Seks jest jedną z najważniejszych spraw w moim życiu TAK NIE
- 232 | W dzisiejszym świecie uczciwy człowiek musi przegrać TAK NIE
- 233 | Zazwyczaj robię wszystko po swojemu, nie ulegając innym TAK NIE
- 234 | Nie lubię oglądać się w lustrze TAK NIE
- 235 | Często zachowuję się w sposób nieznośny dla otoczenia TAK NIE
- 236 | Ludzie szukają u mnie pomocy i zrozumienia TAK NIE
- 237 | Stale mam sobie coś do zarzucenia TAK NIE
- 238 | Czasem marzę o sławie, uznaniu, stanowisku, które osiągnę
w przyszłości TAK NIE
- 239 | Prawie każdą trudność da się pokonać TAK NIE
- 240 | Muszę uważać, bo łatwo mnie wykorzystać TAK NIE
- 241 | Łatwo ustępuję w kłótni TAK NIE
- 242 | Męczę się szybciej niż większość ludzi TAK NIE
- 243 | Każdego dnia staram się zrobić krok w kierunku realizacji własnych celów
..... TAK NIE

9.4. Kwestionariusz objawowy SIII

Kwestionariusz objawowy S-III

jeśli w ubiegłym tygodniu dolegliwość nie występowała – proszę zakreślić "0"

jeśli występowała, ale była tylko nieznacznie uciążliwa – proszę zakreślić "a"

jeśli była średnio uciążliwa – proszę zakreślić "b"

jeśli dolegliwość była bardzo uciążliwa – proszę zakreślić "c"

1. uczucie zmęczenia, osłabienia po obudzeniu się rano, ustępujące w ciągu dnia..... 0 a b c
2. uczucie dokuczliwego, wewnętrznego napięcia..... 0 a b c
3. ciągłe uczucie lęku bezprzyczyny..... 0 a b c
4. częsty płacz..... 0 a b c
5. pogorszenie pamięci..... 0 a b c
6. niezadowolenie z życia seksualnego..... 0 a b c
7. złe samopoczucie w dużym towarzystwie..... 0 a b c
8. wielokrotne, utrudniające życie sprawdzanie, czy wszystko zostało dokładnie wykonane (drzwi zamknięte, gaz zakręcony itp.)..... 0 a b c
9. zawroty głowy..... 0 a b c
10. brak samodzielności..... 0 a b c
11. dławienie w gardle, u uczucie jakby „kuli w gardle” 0 a b c
12. odnajdowanie u siebie oznak różnych poważnych chorób..... 0 a b c
13. natrętnie nasuwające się, przeszkadzające, uporczywe myśli, słowa, wyobrażenia..... 0 a b c
14. straszne sny, koszmary nocne..... 0 a b c
15. szybkie, silne bicie serca nie uzasadnione wysiłkiem fizycznym..... 0 a b c
16. uczucie smutku, przygnębienia..... 0 a b c

17. lęk lub/i inne przykre doznania, stale występujące, gdy wokół nie ma ludzi (np. w pustym mieszkaniu)..... 0 a b c
18. silne poczucie winy, oskarżanie się..... 0 a b c
19. paraliżujący, niewytłumaczalny lęk uniemożliwiający jakiekolwiek działanie..... 0 a b c
20. głębokie, intensywne przeżywanie przykrych wydarzeń 0 b a c
21. przeszkadzający w działaniu ból głowy..... 0 b a c
22. męczące poczucie braku kogokolwiek bliskiego..... 0 b a c
23. odczucie uderzenia krwi do głowy..... 0 b a c
24. utrudniająca życie niepewność siebie.....0 b a c
25. przeszkadzające w działaniu roztargnienie..... 0 b a c
26. absorbujące czynności i zabiegi mające na celu uniknięcie choroby..... 0 a b c
27. czerwienienie się na twarzy, szyi..... 0 a b c
28. trudności w zasypianiu..... 0 a b c
29. ból serca.....0 a b c
30. niepokój.....0 a b c
31. uleganie silnym, głębokim wzruszeniom.....0 a b c
32. odczucie, że myśli się znacznie trudniej, mniej jasno niż zazwyczaj..... 0 a b c
33. suchość w ustach..... 0 a b c
34. unikanie ludzi, nawet bliskich znajomych..... 0 a b c
35. wielokrotne, utrudniające życie sprawdzanie, czy wszystko zostało dokładnie wykonane (drzwi zamknięte, gaz zakręcony itp.)..... 0 a b c
36. nieporadność, niezaradność życiowa..... 0 a b c
37. ataki panicznego przerażenia.....0 a b c
38. nerwowość, chaotyczność w ruchach, zmniejszająca się sprawność działania..... 0 a b c
39. ciągłe zwracanie uwagi na czynności ciała – np. na akcję serca, tętno, trawienie, itp.0 a b c
40. utrata wiary we własne siły..... 0 a b c
41. niemożność pohamowania wyrażenia swoich uczuć, bez względu na konsekwencje..... 0 a b c
42. trudności w koncentracji, skupieniu uwagi..... 0 a b c

43. znaczne osłabienie lub utrata popędu seksualnego..... 0 a b c
44. zwolnienie ruchów i myśli, apatia..... 0 a b c
45. poczucie, że jest się gorszym niż inni ludzie..... 0 a b c
46. obawa o swój stan zdrowia, uczucie lęku przed zachorowaniem na jakąś poważną chorobę..... 0 a b c
47. częste budzenie się w nocy..... 0 a b c
48. uczucie lęku powstające wtedy, gdy znajdujesz się w gęstym tłumie.....0 a b c
49. pesymizm, przewidywanie niepowodzeń i klęsk w przyszłości..... 0 a b c
50. stale utrzymujące się uczucie zmęczenia..... 0 a b c
51. nieuzasadnione poczucie zagrożenia..... 0 a b c
52. odczucie dokuczliwego, wewnętrznego napięcia..... 0 a b c
53. drżenie mięśni rąk, nóg lub całego ciała..... 0 a b c
54. poczucie, że łatwo ulegasz wpływom innych ludzi..... 0 a b c
55. nie dające się opanować wybuchy złości, gniewu..... 0 a b c
56. bluźniercze lub nieprzyzwoite myśli i wyobrażenia..... 0 a b c
57. bezsenność.....0 a b c
58. uczucie zimna i/lub gorąca powstające bez uzasadnionego powodu.....0 a b c
59. brak sił i energii do jakiegokolwiek działania..... 0 a b c
60. trudności w oddychaniu – np. brak tchu, duszność – pojawiające się nagle i po chwili ustępujące.....0 a b c
61. odczucie tremy, niepokoju przed jakimiś wydarzeniami, spotkaniami itp. 0 a b c
62. odczucie, że nikt Cię nie docenia. 0 a b c
63. zmniejszenie się szybkości myślenia, utrata bystrości..... 0 a b c
64. wzdęcia, bezwiedne oddawanie gazów..... 0 a b c
65. odczucie, że ludzie są do siebie nieprzyjaźnie nie nastawieni..... 0 a b c
66. odczucie, że świat jest jakby za mgłą..... 0 a b c
67. uczucie smutku, przygnębienia..... 0 a b c
68. mimowolne drżenie powiek, twarzy, głowy lub innych części ciała..... 0 a b c

69. dokuczliwe pocenie się w momentach zdenerwowania..... 0 a b c
70. uczucie ulegania otoczeniu, podporządkowywania się..... 0 a b c
71. ciągłe uczucie złości, gniewu.....0 a b c
72. nudności, mdłości..... 0 a b c
73. pogrążanie się w marzeniach na jawie..... 0 a b c
74. lęk, że stanie się lub że zrobi się coś strasznego, np. że się wyskoczy przez
okno, że nastąpi jakaś katastrofa itp. 0 a b c
75. dławienie w gardle, uczucie jakby „kuli w gardle” 0 a b c
76. trudności w kontaktach z osobami przeciwnej płci..... 0 a b c
77. uczucie buntu, „zbuntowania” 0 a b c
78. uczucie senności w ciągu dnia, zmuszające do zaśnięcia przynajmniej na
chwilę, niezależnie od okoliczności..... 0 a b c
79. lęk o najbliższych, którym aktualnie nic nie zagraża..... 0 a b c
80. szybkie, silne bicie serca nie uzasadnione wysiłkiem fizycznym..... .0 a b c
81. uczucie braku zainteresowania otoczenia Twoimi sprawami i Tobą0 a b c
82. natłok myśli.....0 a b c
83. uczucie napięcia mięśni..... 0 a b c
84. potrzeba samotności..... ..0 a b c
85. bóle mięśniowe – np. bóle w krzyżach, klatce piersiowej itp..... 0 a b c
86. przymus niepotrzebnego powtarzania czynności..... 0 a b c
87. brak apetytu..... 0 a b c

9.5 Ankieta życiorysowa

Imię i nazwisko

1. Wiek:

- | | |
|-----------|--------------|
| 0 18 – 20 | 4 35—40 |
| 1 21—25 | 5 41—45 |
| 2 26—30 | 6 46—50 |
| 3 31—34 | 7 powyżej 50 |

2. Stan cywilny:

- | | |
|--------------------|-----------------------------|
| 1 kawaler / panna | 4 rozwiedziony / separowany |
| 2 żonaty / zamężna | 5 związek nieformalny |
| 3 wdowiec / wdowa | |

3. Wykształcenie:

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1 bez wykształcenia | 5 średnie |
| 2 podstawowe | 6 wyższe licencjackie |
| 3 gimnazjalne | 7 wyższe magisterskie |
| 4 zawodowe | 8 wyższe doktoranckie |

4. Podstawowe źródło utrzymania:

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| 1 praca etatowa | 5 renta |
| 2 samodzielna działalność gospodarcza | 6 zasiłek dla bezrobotnych |
| 3 praca dorywcza | 7 pomoc społeczna |
| 4 rodzina | 8 inne; |

jakie?.....

5. Aktualnie mieszkam z:

- | | |
|----------------------------|--|
| 1 samotnie | 5 z innymi krewnymi (np. rodzeństwo, kuzynostwo, dziadkowie) |
| 2 z mężem / żoną | 6 z osobami niespokrewnionymi (np. akademik, stacja) |
| 3 z partnerem / partnerką | 7 ośrodek pomocy społecznej |
| 4 z rodzicami / z rodzicem | 8 inne; |
- jaki?.....

RODZICE, RODZINA, WARUNKI W OKRESIE DZIECIŃSTWA I MŁODOŚCI (DO 18 ROKU ŻYCIA)

6. W okresie dzieciństwa i młodości — do 18 roku życia — najdłużej mieszkałeś / mieszkałaś:

- 1 z obojgiem rodziców (i ewentualnie innymi osobami z rodziny)
- 2 tylko z matką
- 3 z matką i jej partnerem (konkubentem)
- 4 tylko z ojcem
- 5 z ojcem i jej partnerką (konkubina)
- 6 okresami z matką, okresami z ojcem
- 7 u krewnych
- 8 u obcej rodziny
- 9 w domu dziecka, internacie itp.

7. Kto sprawował nad Tobą rzeczywistą opiekę do 6 roku życia?

- | | |
|----------|-------------------------|
| 1 matka | 5 starsze rodzeństwo |
| 2 ojciec | 6 inna osoba z rodziny; |
- kto?.....
- 3 babcia 7 osoba niespokrewniona; kto?.....
- 4 dziadek

8. Jeśli był okres dłuższej rozłąki z rodzicami lub jednym z rodziców, to kiedy się to wydarzyło:

8.1. z matką:

8.2. z ojcem:

- 0 nie dotyczy
- 1 przez ukończeniem przeze mnie pięciu lat
- 2 między 6 a 10 rokiem życia
- 3 między 11 a 15 rokiem życia
- 4 między 16 a 20 rokiem życia
- 5 po ukończeniu przeze mnie 20 lat

- 0 nie dotyczy
- 1 przez ukończeniem przeze mnie pięciu lat
- 2 między 6 a 10 rokiem życia
- 3 między 11 a 15 rokiem życia
- 4 między 16 a 20 rokiem życia
- 5 po ukończeniu przeze mnie 20 lat

9. Jeśli któryś z rodziców zmarło, to ile wtedy miałeś (-aś) lat:

9.1. matka:

- 0 nie dotyczy (np. żyje, nie znam)
- 1 przez ukończeniem przeze mnie pięciu lat
- 2 między 6 a 10 rokiem życia
- 3 między 11 a 15 rokiem życia
- 4 między 16 a 20 rokiem życia
- 5 po ukończeniu przeze mnie 20 lat

9.2. ojciec:

- 0 nie dotyczy (np. żyje, nie znam)
- 1 przez ukończeniem przeze mnie pięciu lat
- 2 między 6 a 10 rokiem życia
- 3 między 11 a 15 rokiem życia
- 4 między 16 a 20 rokiem życia
- 5 po ukończeniu przeze mnie 20 lat

10. Wiek rodziców w czasie Twojego urodzenia:

10.1. wiek matki:

- 0 nie znam matki - nie wiem
- 1 20 lat lub mniej
- 2 21—25 lat
- 3 26—30 lat
- 4 31—35 lat
- 5 36—40 lat
- 6 41—45 lat
- 7 powyżej 45 lat

10.2. wiek ojca:

- 0 nie znam ojca - nie wiem
- 1 20 lat lub mniej
- 2 21—25 lat
- 3 26—30 lat
- 4 31—35 lat
- 5 36—40 lat
- 6 41—45 lat
- 7 powyżej 45 lat

11. Miejsce zamieszkania w okresie dzieciństwa i młodości (do 18 roku życia):

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| 1 wieś | 3 miasto do 100 tys. |
| 2 miasto do 10 tys. | 4 miasto powyżej 100 tys. |

12. Czy uważasz, że w domu Twojego dzieciństwa ktoś z rodziców / opiekunów nadużywał alkoholu (środków psychoaktywnych)?

- | | |
|------------------|--------------------------------|
| 1 tak, matka | 3 tak, oboje |
| 2 tak, ojciec | 4 nie było takiego problemu |

13. Czy ktoś z rodziny chorował (leczył się) na:

Nie wiem	Nikt nie chorował	Matka	Ojciec	Ktoś z rodzeństwa	Inna osoba
----------	-------------------	-------	--------	-------------------	------------

- 13.1. choroby psychiczne
- 13.2. dokonał samobójstwa
- 13.3. zaburzenia lękowe, depresyjne
- 13.4. choroby układu krążenia (zawał i inne)
- 13.5. choroby nowotworowe
- 13.6. ciężkie choroby zakaźne (gruźlica, żółtaczka, HIV i inne)
- 13.7. choroby alergiczne
- 13.8. ciężkie choroby neurologiczne (porażenia, niedowłady i inne)
- 13.9. zaburzenia endokrynologiczne (cukrzyca i inne)
- 13.10. inne ciężkie i długotrwałe choroby

14. Ilość rodzeństwa (wliczając Ciebie):.....

15. Którym dzieckiem w kolejności urodzeń jesteś?.....

16. Czy przed ukończeniem 18 roku życia doświadczyłeś (-aś) przemocy ze strony od innych osób?

- | | |
|----------|----------|
| 1 nie | 2 tak |
|----------|----------|

17. Od kogo i w jakiej formie doświadczałeś (-aś) przemocy (zaznacz wszystkie dotyczące Ciebie):

17.1. nie dotyczy – nie doświadczałem (-am) przemocy

	Matka	Ojciec	Ktoś z rodzeństwa	Inna osoba z rodziny	Osoba spoza rodziny
17.2 znęcanie się fizyczne (bicie)					
17.3 znęcanie się psychiczne (wyzwiska, groźby, straszenie)					
17.4 molestowanie seksualne (dotykanie w miejscach intymnych)					
17.5 wykorzystanie seksualne (stosunek seksualny)					
17.6 zmuszanie do prostytucji					

18. Czy często chorowałeś (-aś) w dzieciństwie?

1 nie 2 tak

19. Czy z powodu choroby przebywałeś dłużej niż parę dni poza domem (w szpitalu, w sanatorium)?

1 nie 2 tak

SZKOŁA

20. Czy w szkole zdarzyło Ci się powtarzać klasę?

1 nie 2 tak – raz 3 tak – więcej niż raz

21. Ogólnie biorąc, w okresie szkoły podstawowej i gimnazjalnej oraz średniej (zasadniczej) nauka szła Ci:

1 dobrze 2 średnio 3 słabo

22. Czy w okresie szkolnym sprawiałeś (-aś) problemy wychowawcze? Zaznacz wszystkie dotyczące Ciebie:

1 nie

- 2 tak – wynikające z trudności w nauce
- 3 tak – wynikające z konfliktów z kolegami, koleżankami
- 4 tak – wynikające z konfliktów z nauczycielami
- 5 tak – wynikające z wagarowania
- 6 tak – wynikające ze stosowania używek (alkohol, narkotyki)
- 7 tak – z innych powodów, jakich?.....

23. Czy przed ukończeniem 17 roku życia orzekał w Twojej sprawie sąd dla nieletnich?

- 1 nie
- 2 tak

24. Ogólnie biorąc Twoje kontakty z rówieśnikami w okresie szkolnym wyglądały w następujący sposób:

- 1 liczne grono znajomych ale bez bliższych i długotrwałych przyjaźni
- 2 liczne grono znajomych i jeden lub paru bliższych i zaufanych przyjaciół
- 3 nieliczne grono znajomych ale jeden lub paru bliższych i zaufanych przyjaciół
- 4 nieliczne grono znajomych i brak bliższych i zaufanych przyjaciół
- 5 byłem (-am) samotnikiem - nie miałem (-am) ani znajomych ani przyjaciół

ROZWÓJ SEKSUALNY

25. Główne źródło, z którego czerpałeś (-aś) wiedzę na temat życia seksualnego:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1 dom rodzinny – rodzice, opiekunowie | 4 szkoła – koledzy, koleżanki |
| 2 dom rodzinny – rodzeństwo, kuzynostwo | 5 media – prasa, telewizja, Internet |
| 3 szkoła – nauczyciele, wychowawcy | 6 inne |

26. Orientacje seksualne:

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1 heteroseksualna | 3 biseksualna |
| 2 homoseksualna | 4 nie mam pewności |

27. Wiek w okresie pierwszego stosunku seksualnego:

- 0 nie dotyczy – jeszcze nie doszło do współżycia seksualnego
- 1 poniżej 15 roku życia
- 2 między 16 – 18 rokiem życia
- 3 między 19 – 24 rokiem życia
- 4 między 25– 30 rokiem życia
- 5 powyżej 30 roku życia

28. Jeśli do tej pory nie doszło do współżycia seksualnego z płcią przeciwną, to działo się tak z powodu:

- 0 nie dotyczy – mam doświadczenie w współżyciu seksualnym z płcią przeciwną
- 1 różnych przeszkód zewnętrznych (np. młody wiek, brak okazji)
- 2 różnych obaw (np. przed konsekwencjami) zasad itp.
- 3 wolę zaspakajać swój popęd seksualny w inny sposób
- 4 nie interesują mnie osoby płci przeciwnej

29. Ilość partnerów, z którymi dotychczas współżyłeś (-aś) seksualnie:

- 0 nie dotyczy – jeszcze nie doszło do współżycia seksualnego
- 1 jeden/jedna
- 2 2 – 5
- 3 6 – 10
- 4 11 – 19
- 5 powyżej 20

OKRES DOJRZAŁOŚCI

30. Staż pracy:

- | | |
|---|------------------|
| 0 nie dotyczy – jeszcze nie podjąłem (podjęłam) pracy | 3 6 – 10 lat |
| 1 do jednego roku | 4 powyżej 10 lat |
| 2 2 – 5 lat | |

31. Jak często zmieniasz lub zmieniałeś (-aś) miejsce pracy?

- 0 nie dotyczy - jeszcze nie podjąłem (podjęłam) pracy
- 1 pracuję cały czas w tym samym miejscu
- 2 co parę lat
- 3 co parę miesięcy
- 4 co parę tygodni

32. Jakie są lub były najczęstsze powody zmiany miejsca pracy (zaznacz max. dwie odpowiedzi)?

- 0 nie dotyczy - jeszcze nie podjąłem (podjęłam) pracy lub pracuję cały czas w tym samym miejscu
- 1 finansowe
- 2 rozwój zawodowy, podnoszenie kwalifikacji, itp.
- 3 trudności w wywiązywaniu się z obowiązków zawodowych (np. nieterminowe wykonywanie pracy)
- 4 trudności z dostosowaniem się do panujących norm (np. spóźnianie się, picie alkoholu w czasie pracy, itp.)
- 5 konflikty z przełożonymi
- 6 konflikty ze współpracownikami
- 7 inne; jakie?.....

33. Z biegiem lat, w pracy zawodowej:

- 0 nie dotyczy
- 1 raczej uzyskuje znaczenie, uznanie, pozycję; awansuję
- 2 nic się nie zmienia
- 3 raczej tracę znaczenie, uznanie, pozycję w pracy

34. Jak długo trwa Twoje obecne małżeństwo (lub obecny związek)

- | | |
|--|----------------|
| 0 nie dotyczy – nie mam obecnie partnera | 4 6 – 10 lat |
| 1 kilka tygodni do kilku miesięcy | 5 11 – 15 lat |
| 2 1 – 2 lata | 6 16 – 20 lat |
| 3 3 – 5 lat | 7 ponad 20 lat |

35. Obecnie Twoje życie seksualne toczy się:

- 0 nie – dotyczy, nie mam kontaktów seksualnych
- 1 na ogół w przelotnych, przypadkowych kontaktach
- 2 zarówno w przelotnych kontaktach jak i w długich związkach
- 3 w dłuższym związku z jednym partnerem

35. Używanie alkoholu przez partnera. Wybierz taką odpowiedź, która najtrafniej opisuje styl picia

Twojego partnera (partnerki). Za niewielkie ilości alkoholu przyjmuje się: dla mężczyzny – 3 drinki lub 3 lampki wina lub 3 „małe” piwa; dla kobiety – 2 drinki lub 2 lampki wina lub 2 „małe” piwa:

- 0 nie dotyczy — nie mam obecnie partnera
- 1 pije rzadko (tzn. nie częściej niż kilka razy w roku) niewielkie ilości alkoholu
- 2 pije rzadko (tzn. nie częściej niż kilka razy w roku) ale większe ilości alkoholu (upijam się)
- 3 pije często (tzn. kilka razy w miesiącu) ale niewielkie ilości alkoholu
- 4 pije często (tzn. kilka razy w miesiącu) ale większe ilości alkoholu
- 5 pije bardzo często (tzn. co najmniej parę razy w tygodniu) ale niewielkie ilości alkoholu
- 6 pije bardzo często (tzn. co najmniej parę razy w tygodniu) większe ilości alkoholu
- 7 nie pije w ogóle

36. Czy zdarzyły się w Twoim życiu sytuacje, w których (możesz podać kilka odpowiedzi):

- | | |
|--------------------------------|---|
| 0 nie dotyczy | 4 handlowałeś narkotykami, lekami |
| 1 pobiłeś kogoś | 5 zmuszałeś kogoś do kontaktu seksualnego |
| 2 groziłeś, zastraszaleś kogoś | 6 molestowałeś kogoś seksualnie |
| 3 ukradłeś coś | 7 obnażałeś swoje narządy płciowe w miejscach publicznych |

37. Czy stosowałeś (-aś) przemoc wobec bliskich? Możesz podać kilka odpowiedzi:

- | | |
|---|---|
| 1 nie | 3 tak, pobicie(-a) - bez interwencji policji, pogotowia |
| 2 tak, pogroźki, zastraszania, wyzwiska | 4 tak, pobicie(-a) - z interwencją policji, pogotowia |

38. Czy byłeś (-aś) skazany (-na) wyrokiem sądowym?

1 nie 2 tak

39. Czy aktualnie toczy się w Twojej sprawie jakieś postępowanie karne?

1 nie

4 tak, związane z posiadaniem narkotyków

2 tak, związane z pobiciem

5 tak, związane z handlem narkotykami

3 tak, związane z kradzieżą

6 tak, w innej sprawie;

jakiej?.....

.....

40. Czy usiłowałeś (- aś) popełnić samobójstwo?:

0 nie

1 tak, ile razy?(wstaw liczbę)..... w jaki sposób

.....

.....

41. Czy dokonywałeś (- aś) samookaleczeń?:

0 nie

1 tak, sporadycznie w przeszłości i aktualnie tego nie robię

2 tak, często w przeszłości ale aktualnie tego nie robię

3 tak, aktualnie okaleczam się ale robię to raczej rzadko (3-4 razy w miesiącu)

4 tak, aktualnie okaleczam się i robię to raczej często (co najmniej raz w tygodniu)

42.W jaki sposób dokonujesz lub dokonywałeś (-aś) samookaleczeń? Zaznacz wszystkie dotyczące

Ciebie.

0 nie dotyczy

1 nacinanie skóry

2 nakłuwanie się igłami lub innymi ostrymi przedmiotami

3 przypalanie się

4 wyrywanie włosów, brwi

5 bicie się lub uderzanie się różnymi przedmiotami lub uderzanie w ściany, itp.

6 bolesne szorowanie się, pocieranie się szorstkim przedmiotami

7 inne; jakie:

.....

43. Czy robiłeś (-aś) sobie tatuaże? 1 nie 2 tak

44. Czy zakładałeś (-aś) sobie kolczyki (piercing) w takich miejscach jak nos, język, pępek, itp.?

1 nie 2 tak

45. Czy zdarzały się okresy w Twoim życiu, gdy (możesz podać kilka odpowiedzi):

0 nie dotyczy

1 wydawało Ci się, że za dużo jesz i ograniczałeś (-aś) jedzenie

2 wymiotowałeś (-aś) po posiłku

3 stosowałeś (-aś) intensywne ćwiczenia fizyczne w celu schudnięcia / poprawienia sylwetki

4 używałeś, (- aś) sterydów i innych środków farmakologicznych w celu zmiany wyglądu

5 miałeś (-aś) ataki wilczego głodu

UŻYWKI

46. Używanie alkoholu w okresie ostatnich dwóch lat. Wybierz najlepiej pasujący do Ciebie styl picia alkoholu. Za niewielkie ilości alkoholu przyjmuje się: dla mężczyzny - 3 drinki lub 3 lampki wina lub 3 „małe” piwa; dla kobiety - 2 drinki lub 2 lampki wina lub 2 „małe” piwa

Onie piję w ogóle

1 piję rzadko (tzn. nie częściej niż kilka razy w roku) niewielkie ilości alkoholu

2 piję rzadko (tzn. nie częściej niż kilka razy w roku) ale większe ilości alkoholu (upijam się)

3 piję często (tzn. kilka razy w miesiącu) ale niewielkie ilości alkoholu

4 piję często (tzn. kilka razy w miesiącu) ale większe ilości alkoholu

5 piję bardzo często (tzn. co najmniej parę razy w tygodniu) ale niewielkie ilości alkoholu

6 piję bardzo często (tzn. co najmniej parę razy w tygodniu) większe ilości alkoholu

47. Czy zdarza / zdarzało Ci się pić w samotności?

1 nie

2 tak

48. Czy zdarza / zdarzało Ci się pić „ciągami” (tzn. więcej niż 2-3 dni)?

- 1 nie 2 tak

49. Czy zdarza / zdarzało Ci się upijać (tzn. tracić kontrolę nad swoim zachowaniem, nie pamiętać wydarzeń, zachowań, które miały miejsce, kiedy byłeś (-aś) pod wpływem alkoholu)?

- 1 nie 2 tak

50. Używanie innych substancji psychoaktywnych. Zaznacz wszystkie, które kiedykolwiek stosowałeś.

- | | |
|--|---------------------------|
| 0 nie dotyczy | 5 kokaina |
| 1 marihuana, haszysz, konopie indyjskie | 6 grzyby halucynogenne |
| 2 ecstasy | 7 heroina |
| 3 amfetamina | 8 ketamina |
| 4 LSD | 9 inne; |

jakie?.....

51. Czy którąś z wyżej wymienionych substancji stosowałeś (-aś) częściej niż parę razy w życiu?

- 1 nie 2 tak

52. Czy zdarza / zdarzało Ci się stosować jakieś środki farmakologiczne o działaniu psychoaktywnym bez zaleceń i lub w inny niż zlecony przez lekarza sposób? Zaznacz wszystkie dotyczące Ciebie.

- 1 nie
- 2 tak, środki uspokajające i / lub nasenne typu benzodiazepiny
- 3 tak, leki psychotropowe
- 4 tak, silne środki przeciwbólowe (np. Tramal, Morfina)
- 5 tak, inne leki - także te, które dostępne są „bez recepty” (np. Acodin, Tussipect)

53. Czy byłeś (-aś) leczony (-na) odwykowo? Zaznacz wszystkie dotyczące Ciebie.

- 1 nie
- 2 tak, z powodu uzależnienia od alkoholu

- 3 tak, z powodu uzależnienia od narkotyków
- 4 tak, z powodu uzależnienia od innych substancji (np. leków uspokajających)
- 5 tak, z powodu innych uzależnień; jakich?.....

DZIECI

54. Ilość własnych dzieci:

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| 0 nie ma i nie było dziecka | 3 troje |
| 1 jedno | 4 czworo |
| 2 dwoje | 5 powyżej czterech |

55. Poronienia, przerywanie ciąży (Twoje jeśli jesteś kobietą lub Twojej partnerki, jeśli jesteś mężczyzną):

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 0 nie dotyczy | 2 naturalne |
| 1 sztuczne (aborcje) | 3 sztuczne i naturalne |

CIĘŻKIE CHOROBY, JAKIE PRZYDARZYŁY CI SIĘ W CIĄGU CAŁEGO ŻYCIA OD DZIECIŃSTWA

- DO CHWILI OBECNEJ

	nie dotyczy	tak
56. choroby serca, układu krążenia	0	1
	0	1
57. choroby układu oddechowego (np.. astma)	0	1
	0	1
58. choroby nowotworowe	0	1
59. ciężkie choroby zakaźne (np. gruźlica, żółtaczką, HIV)	0	1
60. choroby alergiczne	0	1
61. zaburzenia endokrynologiczne (np. cukrzyca, itp.)	0	1
62. urazy, złamania kończyn, żeber, itp.	0	1
63. choroby i urazy głowy, mózgu (np. wstrząs mózgu, itp.)	0	1
64. porażenia, niedowłady	0	1
65. padaczka		
66. choroby wzroku, słuchu		

HISTORIA LECZENIA PSYCHIATRYCZNEGO

67. Czy byłeś (-aś) leczony (-na) psychiatrycznie? 1 nie 2 tak

68. Liczba dotychczasowych pobyków w szpitalach (oddziałach) psychiatrycznych.

Wstaw liczbę:

69. Dotychczasowe leczenie polegało głównie na (możesz udzielić więcej niż jednej odpowiedzi):

- 0 nie dotyczy – nie leczono mnie w ogóle
- 1 zażywaniu leków uspokajających, nasennych, itp. różnych zabiegach (np. fizykoterapia) oraz okresowych zwolnieniach z pracy
- 2 leczenie ambulatoryjne w Poradni Zdrowia Psychicznego
- 3 wypoczynku (sanatoria, wczasy lecznicze, itp.)
- 4 rozmowach i poradach (np. w poradni psychologicznej, psychologiczno-pedagogicznej)
- 5 psychoterapii indywidualnej lub grupowej prowadzonej w trybie ambulatoryjnym (poradnia, gabinet prywatny);
podaj liczbę podjętych terapii:.....
- 6 psychoterapii indywidualnej lub grupowej prowadzonej w ramach hospitalizacji (oddziały dzienne, stacjonarne);
podaj liczbę:.....
- 7 pobytach w szpitalach i klinikach

70. Renta inwalidzka:

- 0 nie otrzymuję renty i nie ubiegam się o nią
- 1 nie otrzymuję renty ale obecnie staram się o nią
- 2 uzyskałem / uzyskałam rentę z powodu zaburzeń psychicznych
- 3 otrzymywałem / otrzymywałam przez jakiś czas rentę
- 4 otrzymuję zasiłek lub inną pomoc społeczną

9.6 Ankieta terapeuty

ANKIETA TERAPEUTY

ID Pacjenta:.....

Bardzo proszę o wypełnienie poniższej ankiety, która ma na celu ocenę charakteru relacji, jaka powstała w czasie prowadzonej przez Panią/Pana psychoterapii z pacjentem oraz doświadczanych, w tej pracy, trudności. Uzyskane dane zostaną wykorzystane w pracy naukowej badającej wpływ psychoterapii wglądowej na postrzeganie więzi wczesnodziecięcej u pacjentów z zaburzeniami osobowości. Informacje te są poufne.

Proszę o postawienie znaku „x” przy wybieranej odpowiedzi.

1. Czy pacjent ukończył 24-tygodniowe leczenie w oddziale? Jeśli nie, to proszę podać w którym tygodniu/miesiącu zostało ono przerwane.

1	☐	tak
2	☐	nie, w

2. Z jakiego powodu leczenie zostało przerwane?

1	☐	nie dotyczy, leczenie ukończono w planowanym terminie
2	☐	wypis na żądanie pacjenta
3	☐	pogorszenie stanu psychicznego pacjenta wymagające przeniesienia do oddziału ogólnie psychiatrycznego
4	☐	wypis z powodu naruszenia regulaminu oddziału
5	☐	wypis z powodu braku efektów leczenia
6	☐	inny, jaki?.....

3. Czy jednocześnie z prowadzonym leczeniem psychoterapeutycznym w oddziale stosowana była farmakoterapia?

1		nie
2		tak

4. Jeśli tak, to w jakim zakresie?

1		nie dotyczy, pacjent nie przyjmował leków psychotropowych
2		otrzymywał te same leki, w tych samych dawkach w czasie całego leczenia
3		stopniowo zredukowano ilość i/lub dawki otrzymywanych przez pacjenta leków
4		całkowicie odstawiono leki psychotropowe, z którymi pacjent został przyjęty do oddziału
5		zwiększono dawki otrzymywanych przez pacjenta leków i/lub dołączono „nowe”
6		włączono leczenie farmakologiczne u pacjenta, który przy przyjęciu do oddziału nie przyjmował leków psychotropowych

5. Rodzaj stosowanej psychoterapii:

1		indywidualna
2		grupowa

6. Diagnozowany przez Panią/Pana rodzaj zaburzeń osobowości u pacjenta:

1		o. schizotypowa
2		o. schizoidalna
3		o. paranoiczna
4		o. depresyjna
5		o. narcystyczna
6		o. borderline
7		o. histrioniczna
8		o. antisocjalna
9		o. unikająca
10		o. zależna
11		o. bierno-agresywna
12		o. obsesyjno-kompulsywna
13		inne, jakie?.....

7. Charakter dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta przy przyjęciu (proszę o zaznaczenie wszystkich dotyczących danej osoby):

1		problemy w relacjach interpersonalnych
2		skargi na dolegliwości somatyczne

3		objawy lękowe
4		objawy depresyjne (nastrój, napęd, zaburzenia rytmów biologicznych)
5		myśli samobójcze (i/lub próby samobójcze w wywiadzie)
6		samookaleczenia
7		objawy psychotyczne
8		myśli obsesyjne, czynności natrętne
9		inne, jakie?.....

8. Czy w wyniku prowadzonej psychoterapii uzyskano poprawę w zakresie w/w objawów? Jeśli tak, proszę wskazać czy była to poprawa częściowa – złagodzenie dolegliwości czy całkowita remisja.

1		nie
2		tak, częściową
3		tak, całkowitą

9. Jeżeli u pacjenta występował problem samookaleczeń, to czy w trakcie leczenia obserwowano zmianę częstotliwości dokonywanych samookaleczeń?

1		nie dotyczy, nie było problemu samookaleczeń
2		nie zaobserwowano zmiany częstotliwości samookaleczeń
3		tak, zachowania te występowały rzadziej i ustąpiły całkowicie (nie występowały w czasie ostatnich 4 tyg. pobytu w oddziale)
4		tak, zachowania te występowały rzadziej ale utrzymywały się do końca leczenia w oddziale
5		tak, zachowania te występowały ze zwiększoną częstotliwością

10. Jeżeli u pacjenta występował problem samookaleczeń, to czy w trakcie leczenia obserwowano zmianę jakości lub sposobu dokonywanych samookaleczeń?

1		nie dotyczy, nie było problemu samookaleczeń
		nie zaobserwowano zmiany jakości samookaleczeń
2		tak, zachowania te były mniej groźnej i ustąpiły całkowicie (nie występowały w czasie ostatnich 4 tyg. pobytu w oddziale)
3		tak, zachowania te były mniej groźnej ale utrzymywały się do końca leczenia w oddziale
4		tak, zachowania te występowały były bardziej poważne

11. Czy w sesjach pacjent poruszał tematy dotyczące trudności w relacjach w społeczności oddziału? Z kim?

1		nie
2		tak, z innymi pacjentami

3		tak, z personelem
4		tak, z pacjentami i z personelem

12. Czy pacjent spontanicznie wносił informacje biograficzne w czasie sesji? W jaki sposób?

1		tak, w sposób chronologiczny, na początkowych spotkaniach
2		tak, w sposób chaotyczny, w zależności od aktualnych problemów poruszanych w sesjach
3		tak, w czasie terapii wносił istotne informacje biograficzne, których nie podawał w czasie konsultacji wstępnych
4		nie podejmował spontanicznie wątków biograficznych

13. Jaki był sposób wypowiedzi pacjenta dotyczący danych biograficznych, a szczególnie relacji z ważnymi osobami (matka, ojciec)?

1		spójny
2		chaotyczny

14. Jakie emocje towarzyszyły wypowiedziom pacjenta dotyczącym danych biograficznych, a szczególnie relacji z ważnymi osobami (matka, ojciec)?

1		adekwatna reakcja emocjonalna
2		„brak” emocji, dystans, jakby nie dotyczył danej osoby
3		nadmierna reakcja emocjonalną, z dominującą złością, żalem, poczuciem krzywdy
4		dominował lęk, poczucie winy związane z ujawnianiem danych biograficznych

15. Jaka była dominująca treść wypowiedzi pacjenta podczas spotkań w pierwszych 4 tygodniach leczenia? (proszę zaznaczyć maksymalnie 2 odpowiedzi)

1		biograficzna
2		objawowa
3		historyczna związana z wcześniejszym leczeniem
4		związana z aktualnymi wydarzeniami, relacjami, niezwiązanymi z oddziałem
5		związana z wydarzeniami, relacjami w społeczności oddziału
6		związana z oczekiwaniami dotyczącymi leczenia
7		związana z relacją z terapeutą
8		inna, jaka?.....

16. Czy w czasie kolejnych tygodni leczenia zmieniła się treść wypowiedzi pacjenta?

1		nie
2		tak

17. Jeśli tak, to w jaki sposób? Których treści pojawiło się więcej? (proszę zaznaczyć maksymalnie 2 odpowiedzi)

1		nie dotyczy, nie zmieniła się treść wypowiedzi
2		biograficznych
3		objawowych
4		historycznych, związanych z wcześniejszym leczeniem
5		związanych z aktualnymi wydarzeniami, relacjami z poza oddziału
6		związanych z aktualnymi wydarzeniami, relacjami w społeczności oddziału
7		związanych z oczekiwaniami dotyczącymi leczenia
8		związanych z relacją z terapeutą
9		innych, jakich?.....

18. Jaki zdaniem Pani/Pana był dominujący rodzaj przeniesienia co do osoby?

1		matka
2		ojciec
3		inny opiekun z rodziny (wujek, ciotka, babcia, dziadek)
4		inny opiekun spoza rodziny
5		siostra
6		brat
7		inny,

19. Z jakimi emocjami była powiązana relacja pacjenta z w/w osobą? (proszę zaznaczyć maksymalnie 2 odpowiedzi)

1		złość
2		lęk
3		podejrzliwość
4		poczucie nadmiernej kontroli
5		poczucie osamotnienia
6		pogarda, dewaluacja
7		poczucie bliskości
8		zaufanie
9		szczerłość i otwartość
10		idealizacja

11		inne, jakie?.....
----	--	-------------------------------

20. Jakie emocje pacjenta dominowały w relacji z Panią/Panem w pierwszych 4 tygodniach leczenia? (proszę zaznaczyć maksymalnie 2 odpowiedzi)

1		złość
2		lęk
3		podejrzliwość
4		poczucie nadmiernej kontroli
5		poczucie osamotnienia
6		pogarda, dewaluacja
7		poczucie bliskości
8		zaufanie
9		szczerłość i otwartość
10		idealizacja
11		inne, jakie?.....

21. Czy w czasie leczenia emocje przeniesieniowe zmieniły się? Proszę wskazać te, które w kolejnych tygodniach leczenia występowały ze **zmniejszoną** intensywnością.

1		złość
2		lęk
3		podejrzliwość
4		poczucie nadmiernej kontroli
5		poczucie osamotnienia
6		pogarda, dewaluacja
7		poczucie bliskości
8		zaufanie
9		szczerłość i otwartość
10		idealizacja
11		nie dotyczy, żadne z wymienionych uczuć nie uległo zmianie
12		nie dotyczy, u pacjenta w przeniesieniu nie występowało żadne z

22. Czy w czasie leczenia emocje przeniesieniowe zmieniły się? Proszę wskazać te, które w kolejnych tygodniach występowały ze **zwiększoną** intensywnością lub pojawiły się w relacji.

1		złość
2		lęk
3		podejrzliwość
4		poczucie nadmiernej kontroli
5		poczucie osamotnienia
6		pogarda, dewaluacja
7		poczucie bliskości
8		Zaufanie
9		szczerłość i otwartość
10		idealizacja
11		nie dotyczy, żadne z wymienionych uczuć nie uległo zmianie
12		nie dotyczy, u pacjenta w przeniesieniu nie występowało żadne z

23. Jakie emocje dominowały w przeciwprzeniesieniu w pierwszych 4 tygodniach leczenia? (proszę zaznaczyć maksymalnie 2 odpowiedzi)

1		złość
2		lęk przed pacjentem
3		lęk o pacjenta
4		bezzadność
5		poczucie nadmiernej kontroli ze strony pacjenta utrudniające swobodną
6		poczucie bliskości i dobrej współpracy z pacjentem
7		współczucie, zrozumienia dla problemów pacjenta
8		poczucie litości
9		sympatia
8		inne, jakie?.....

24. Czy w czasie leczenia emocje przeciwprzeniesieniowe zmieniły się? Proszę wskazać te, które w kolejnych tygodniach leczenia występowały ze **zmniejszoną** intensywnością.

1		złość
2		lęk przed pacjentem
3		lęk o pacjenta
4		bezzadność
5		poczucie nadmiernej kontroli ze strony pacjenta utrudniające swobodną
6		poczucie bliskości i dobrej współpracy z pacjentem
7		współczucie, zrozumienia dla problemów pacjenta
8		poczucie litości
9		sympatia
10		nie dotyczy, żadne z wymienionych uczuć nie uległo zmianie
11		nie dotyczy, w przeciwprzeniesieniu nie występowało żadne z

25. Czy w czasie leczenia emocje przeciwprzeniesieniowe zmieniły się? Proszę wskazać te, które w kolejnych tygodniach leczenia występowały ze **zwiększoną** intensywnością lub pojawiły się w relacji.

1		złość
2		lęk przed pacjentem
3		lęk o pacjenta
4		bezzadność
5		poczucie nadmiernej kontroli ze strony pacjenta utrudniające swobodną
6		poczucie bliskości i dobrej współpracy z pacjentem
7		współczucie, zrozumienia dla problemów pacjenta
8		poczucie litości
9		sympatia

10		nie dotyczy, żadne z wymienionych uczuć nie uległo zmianie
11		nie dotyczy, w przeciwprzeniesieniu nie występowało żadne z

26. Czy w pracy z pacjentem występowały któreś z następujących trudności? Proszę wskazać wszystkie odnoszące się do pacjenta.

1		nieobecności na sesjach
2		częste lub trwające dłużej niż 5 minut spóźnienia
3		nadmierna uległość pacjenta, zgadzanie się z każdą Pani/Pana wypowiedzią
4		samookaleczenia lub myśli samobójcze u pacjenta nasilające się w związku z tematami poruszonymi podczas spotkań
5		pogorszenie stanu somatycznego (nasilenie wcześniej istniejących objawów lub pojawienie się nowych dolegliwości, np. infekcji, zaburzeń snu, itd.)
6		inne zachowania o charakterze acting-out; jakie?.....

27. Rodzaj używanych przez pacjenta mechanizmów obronnych. Proszę wskazać dominujące maksymalnie 3 mechanizmy.

1		sublimacja
2		humor
3		stłumienie
4		antycypacja
5		odczynianie
6		pseudoaltruizm
7		idealizacja
8		formacja reaktywna
9		projekcja
10		bierna agresja
11		dewaluacja
12		izolacja

13		zaprzeczanie
14		przemieszczenie
15		dysocjacja
16		rozszerzenie
17		racjonalizacja
18		somatyzacja
19		fantazje schizoidalne
20		acting out

28. Z jakimi planami dotyczącymi dalszego leczenia pacjent ukończył terapię w oddziale?

1		nie dotyczy, pacjent przerwał leczenie
2		podjęcie terapii indywidualnej w miejscu zamieszkania
3		podjęcie terapii grupowej w miejscu zamieszkania
4		kontynuacja terapii u terapeuty prowadzącego w oddziale
5		leczenie psychiatryczne w PZP
6		bez planów dotyczących dalszego leczenia

29. Z jakimi planami „życiowymi” pacjent ukończył terapię w oddziale?

1		nie dotyczy, pacjent przerwał leczenie
2		podjęcie nauki i/lub pracy
3		podjęcie życia w związku partnerskim
4		rozstanie z dotychczasowym partnerem życiowym
5		wyprowadzenie się z domu rodzinnego
6		inne, jakie?.....

Proszę o podanie następujących informacji dotyczących Pani/Pana:

30. Płeć

1		kobieta
2		mężczyzna

31. Staż pracy jako psychoterapeuta

1		0-2 lat
2		2-5 lat
3		5-10 lat
4		powyżej 10 lat

32. Posiadane wykształcenie

1		lekarskie
2		pielęgniarskie
3		psychologiczne
4		pedagogiczne
5		socjologiczne
5		inne,

33. Rodzaj ukończonego treningu lub szkolenia psychoterapeutycznego

1		psychodynamiczny
2		psychoanalityczny
3		systemowy
4		inny,

34. Rodzaj posiadanego certyfikatu

1		nie posiadam, jestem w trakcie szkolenia
2		Certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
3		Certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
4		Certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej
5		inny,

Dziękuję!

Opracowała: *Aleksandra Wieczorek*