

## Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości

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

Michał Mielimąka<sup>1</sup>, Krzysztof Rutkowski<sup>1</sup>, Katarzyna Cyranka<sup>1</sup>,  
Jerzy A. Sobański<sup>1</sup>, Łukasz Müldner-Nieckowski<sup>1</sup>, Edyta Dembińska<sup>1</sup>,  
Bogna Smiatek-Mazgaj<sup>1</sup>, Katarzyna Klasa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra Psychoterapii CM UJ

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

<sup>2</sup>Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

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

#### Summary

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

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

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

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

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

**Słowa klucze:** psychoterapia, zaburzenia nerwicowe, skuteczność leczenia

**Key words:** psychotherapy, neurotic disorders, treatment outcome

## Wstęp

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Cel

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

## Material i metoda

### Grupa badana

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

Kryteria włączenia do grupy badanej obejmowały:

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

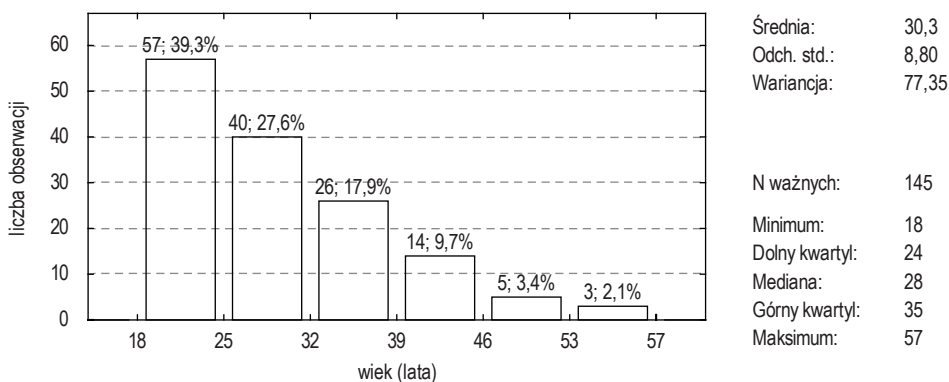
Z grupy uczestników badania wykluczono osoby spełniające następujące kryteria:

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

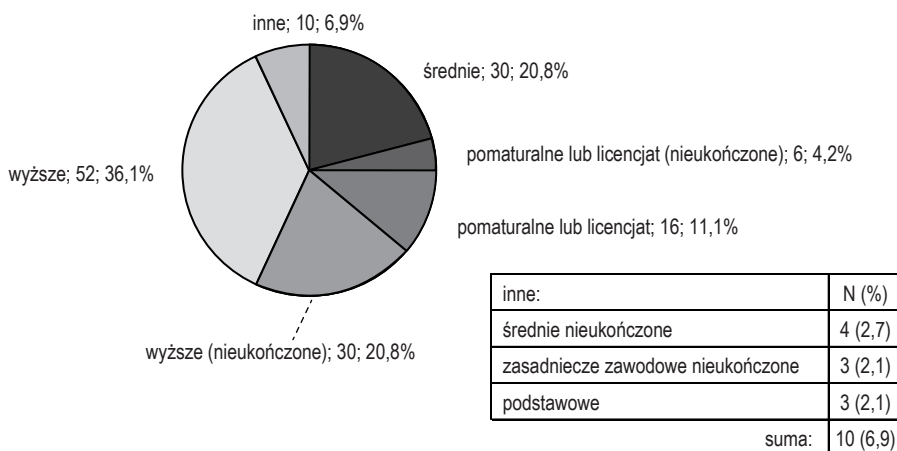
Rozkład wieku i wykształcenia w grupie badanej przedstawiają zbiorczo ryciny 1 i 2. Warto zwrócić uwagę, iż osoby przed ukończeniem 39 roku życia stanowiły 84,8% wszystkich uczestników badania (w tym osoby w wieku od 18 do 25 lat: 39,3%). Ponadto znaczną część grupy badanej stanowiły osoby posiadające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

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

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



Rycina 1. Wiek osób w grupie badanej

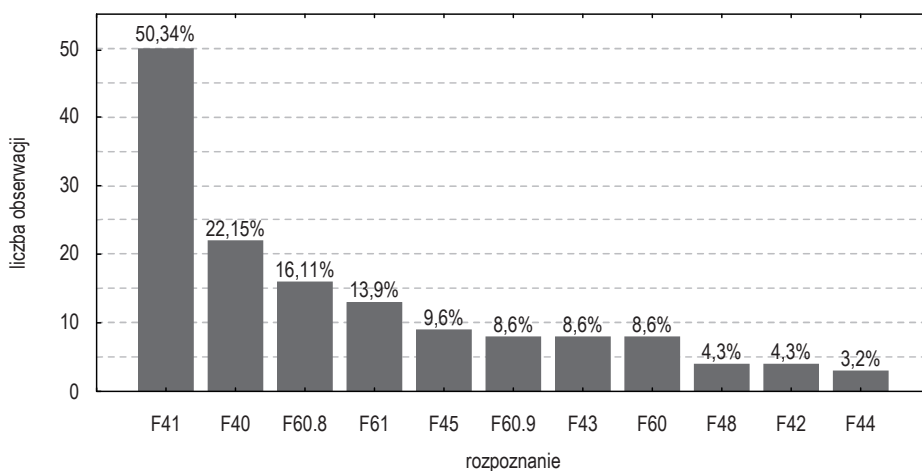


Rycina 2. Wykształcenie osób w grupie badanej

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

### Opis stosowanej psychoterapii

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



Rycina 3. Zaburzenia rozpoznane w grupie badanej wg grup klasyfikacji ICD-10 (N = 145)  
 Objasnienia: F41 – Inne zaburzenia lękowe; F40 – Zaburzenia lękowe pod postacią fobii; F60.8 – Inne określone zaburzenia osobowości; F61 – Zaburzenia osobowości mieszane i inne; F45 – Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną; F60.9 – Zaburzenia osobowości bliżej nieokreślone; F43 – Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne; F60 (F60.1 – F60.7) – Specyficzne zaburzenia osobowości; F48 – Inne zaburzenia nerwicowe; F42 – Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw); F44 – Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne).

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

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

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

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

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

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

### Hipotezy badawcze

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



## Narzędzia badawcze

Do pomiaru natężenia objawów nerwicowych zastosowano Kwestionariusz Objawowy „0”, który jest szeroko stosowanym narzędziem w badaniach zaburzeń psychicznych opracowanym dla populacji polskiej [64, 68, 73–76]. KO”0” obejmuje bardzo szeroki wachlarz objawów zaburzeń nerwicowych i osobowości, dzięki czemu cechuje się wysoką czułością. Ponadto jest przydatny do oceny zmian nasilenia objawów w przebiegu psychoterapii [69, 70]. Kwestionariusz pozwala szczegółowo ocenić rodzaj i nasilenie objawów odczuwanych przez pacjenta w czasie 7 dni poprzedzających badanie. Zawiera łącznie 138 pozycji (68 odnosi się do objawów z zakresu przeżywania, np. lęk, przygnębienie, poczucie samotności; 23 odnoszą się do zaburzeń zachowania, np. czynności natrętne, zaburzenia aktywności seksualnej; 47 odnosi się do zaburzeń czynności somatycznych, np. biegunki, szum w uszach). Trzy pozycje w całym zbiorze są powtórzone w identycznym lub zbliżonym brzmieniu w celu oceny rzetelności, z jaką pacjent udzielił odpowiedzi. Pacjent ocenia nasilenie w ciągu ostatnich 7 dni każdego z 135 objawów w skali: „0” – objaw nie występował, „a” – dolegliwość występowała, ale była tylko nieznacznie uciążliwa, „b” – ... średnio uciążliwa, „c” – ... znacznie uciążliwa. Przed obliczeniem wartości współczynnika OWK (globalnego nasilenia objawów nerwicowych) odpowiedziom nadaje się odpowiednią wagę: „0” – 0, „a” – 4, „b” – 5, „c” – 7. Teoretyczna maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów wynosi 966 (138x7). Na podstawie przeprowadzonych badań postuluje się, iż populację kobiet chorujących na zaburzenia nerwicowe charakteryzuje wartość OWK > 200 pkt, odpowiednio populację mężczyzn chorujących na zaburzenia nerwicowe wartość OWK > 190 pkt<sup>1</sup> [13, 18, 19, 77].

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

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

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



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

## Wyniki

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

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

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

OWK\_P-wartość wskaźnika globalnego nasilenia objawów nerwicowych zmierzona na początku psychoterapii

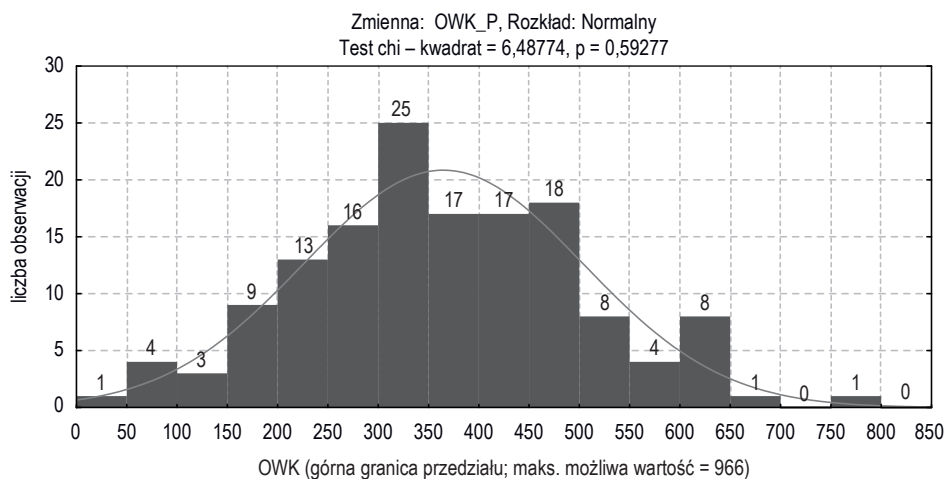
OWK\_K-wartość wskaźnika globalnego nasilenia objawów nerwicowych zmierzona na końcu psychoterapii

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

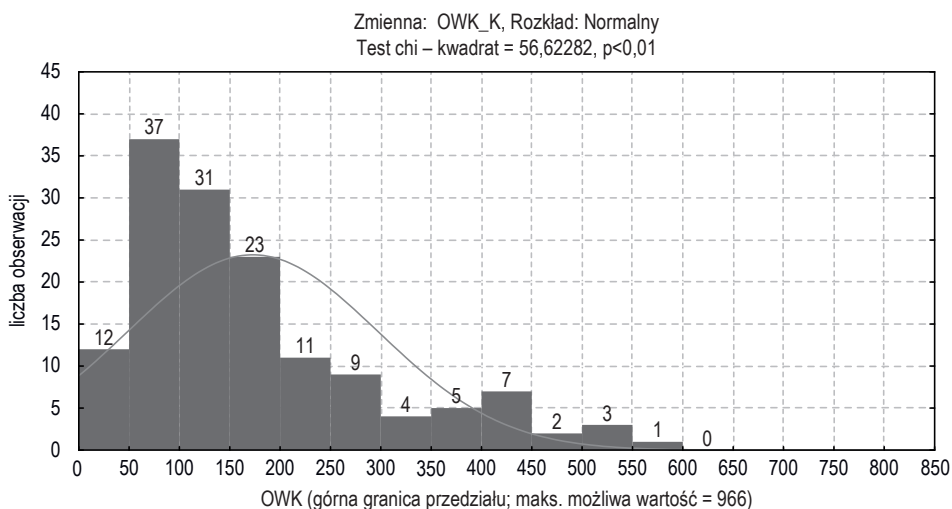
Kryterium istotności obserwowanych zmian przyjęto za Aleksandrowiczem i wsp. [18, 19, 69]. Obserwowane nasilenie objawów nerwicowych w grupie badanej mierzone za pomocą wskaźnika globalnego nasilenia objawów na początku i na końcu terapii mieściło się w granicach odpowiednio: OWK\_P: 40–757 pkt, OWK\_K: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

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

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



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

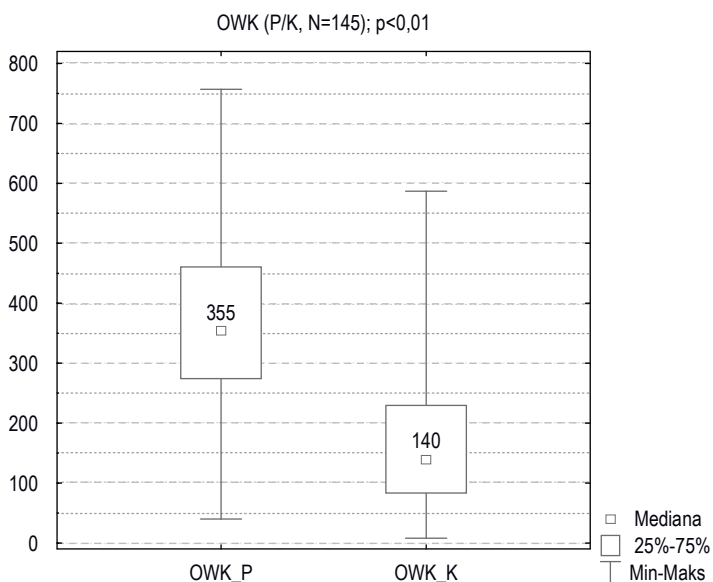


Rycina 5. Nasilenie objawów nerwicowych mierzone na końcu terapii (N = 145)

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

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

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



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

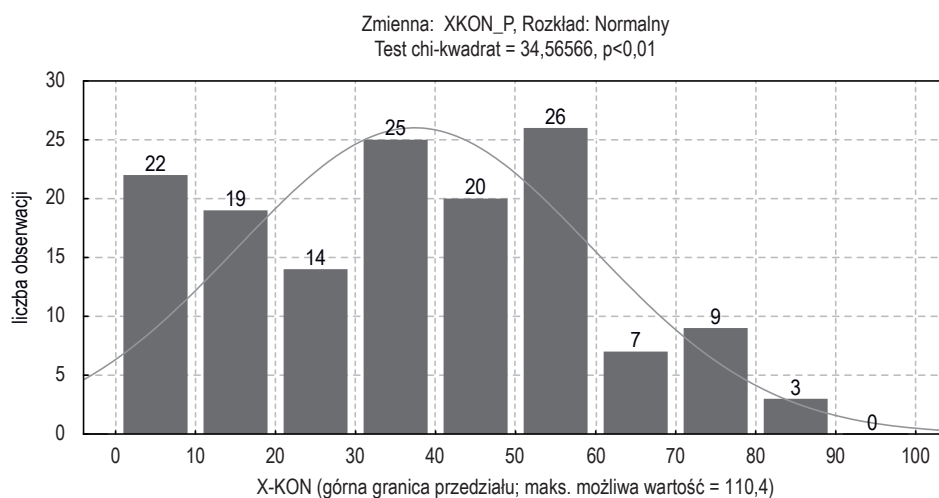
Tabela 2. Statystyka opisowa zmierzonych na początku i na końcu terapii wartości wskaźnika X-KON (N = 145)

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

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

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

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

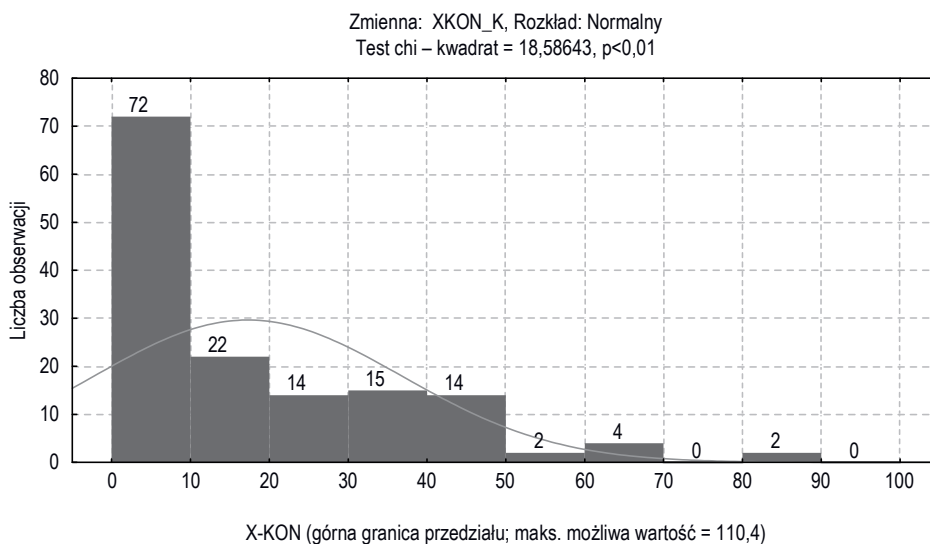


Rycina 7. Nasilenie cech osobowości związanych z zaburzeniami nerwicowymi zmierzone na początku terapii wyrażone za pomocą wskaźnika X-KON (N = 145)

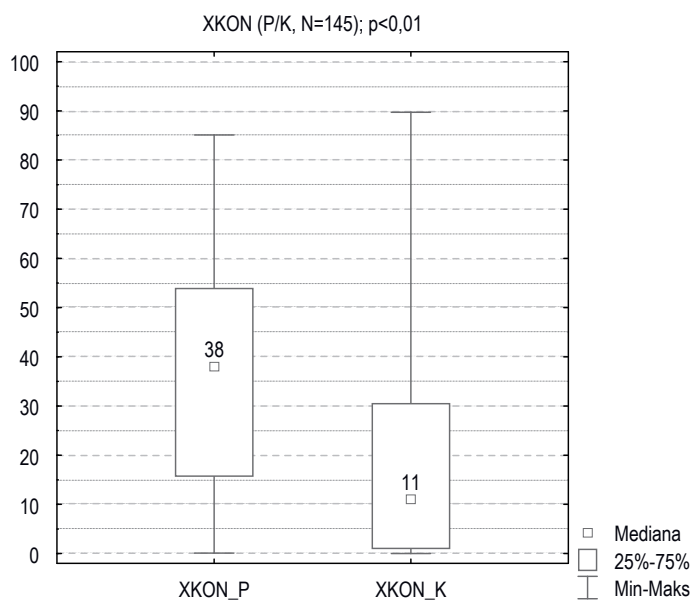
Analizując zmiany nasilenia cech osobowości nerwicowej względem płci, odnotowano: a) istotną poprawę u 74,5% kobiet i 78,7% mężczyzn, b) wzrost odsetka osób z wartościami X-KON typowo obserwowanymi w populacji osób zdrowych: w grupie mężczyzn – z 6,4% (pomiar przed rozpoczęciem leczenia) do 40,4% (na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

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

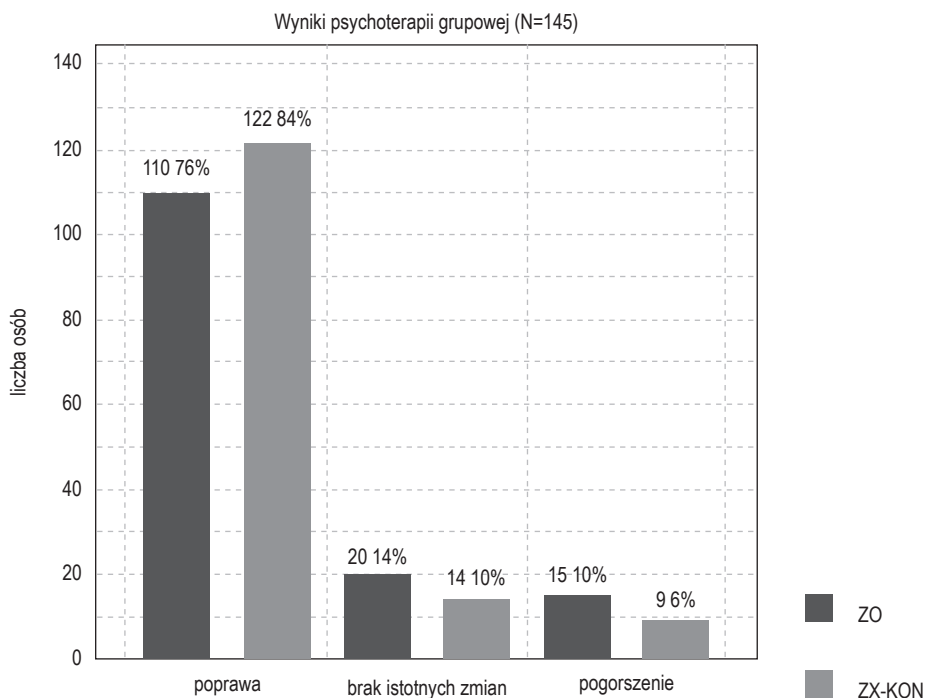
Zestawienie zmian obserwowanych w toku psychoterapii przedstawia rycina 10.



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



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



**Rycina 10. Wyniki psychoterapii grupowej osób w grupie badanej**

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

## Dyskusja

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

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

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

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

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



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

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

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

#### Podsumowanie wyników i wnioski

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

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

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

### Piśmiennictwo

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

20. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2009; 11(1): 21–29.
21. Białas A. *Psychotherapy effectiveness and the possibility of personality traits changes depending on the patients' age*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2009; 2009(1): 11–19.
22. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł, Cyranka K. *Skala Łęku Społecznego (SAD) oraz Skala Obaw Przed Negatywną Oceną (FNE). Ocena rzetelności i wstępna ocena trafności*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(4): 691–703.
23. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł, Cyranka K. *Zapamiętane postawy rodziców pacjenta a obraz zaburzeń nerwicowych. Objawy związane i niezwiązane z seksualnością*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(5): 827–851.
24. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Profil objawów pacjentów, którzy przegrali psychoterapię kompleksową w dziennym oddziale leczenia nerwic. Badanie retrospektywne*. Psychiatr. Psychoter. 2013; 9(4): 14–30.
25. Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Dembińska E, Rutkowski K, Cyranka K. *Traumatic childhood sexual events and secondary sexual health complaints in neurotic disorders*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2013; 15(3): 19–32.
26. Rutkowski K, Dembińska E. *Implicit memories and the structure of the values system after the experience of trauma in childhood or adulthood. Hurting memories and beneficial forgetting. Posttraumatic stress disorders, biographical developments and social conflicts*. Amsterdam, New York: Elsevier; 2013.
27. Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E, Rutkowski K, Cyranka K. *Seksualne wydarzenia urazowe a obraz zaburzeń nerwicowych – objawy związane i nie związane z seksualnością*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 411–431.
28. Styła R. *Concept of reliable change in the usage of the KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2011; 13(3): 21–24.
29. Styła R. *Różnice w zakresie skuteczności intensywnych programów leczenia zaburzeń osobowości i nerwic. Czy warto monitorować efektywność zespołu terapeutycznego?* Psychiatr. Pol. 2014; 48(1): 157–171.
30. Engel L. *Skuteczność ambulatoryjnej psychoterapii indywidualnej i grupowej w podejściu zintegrowanym*. Praca doktorska. Warszawa: IPIŃ; 2012.
31. Perry JC. *Effectiveness of psychotherapy for personality disorder*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 1312–1321.
32. Bateman AW, Fonagy P. *Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder*. Br. J. Psychiatry 2000; 177: 138–143.
33. Gabbard GO. *Psychotherapy of personality disorders*. J. Psychother. Pract. Res. 2000; 9: 1–6.
34. Koerner K, Linehan MM. *Research on dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder*. Psychiatr. Clin. North Am. 2000; 23: 151–167.
35. Kisely S. *Psychotherapy for severe personality disorder: exploring the limits of evidence based purchasing*. Br. Med. J. 1999; 318: 1410–1412.
36. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Mielimąka M, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł, i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006*. Psychiatr. Pol. E-pub ahead of print: Online First 2014 DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/6.
37. Seligman Martin EP. *The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study*. Am. Psychol. 1995; 50(12): 965–974.
38. Hollon S. *The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications*. Am. Psychol. 1996; 51: 1025–1030.

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

63. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. Psychiatr. Psychoter. 2011; 7(4): 20–34.
64. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 6: 667–676.
65. Siuta J. *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Paula T, Costy Jr i Roberta R McCrae. Adaptacja polska*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2006.
66. Rakowska JM. *Skuteczność psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2005.
67. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997.
68. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Filipiak J, Kowalczyk E, Martyniak J, Mazoń S. i wsp. *Kwestionariusze objawowe „S” i „O” – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych*. Psychoterapia 1981; 37: 11–27.
69. Aleksandrowicz JW, Pawelec B, Sikora D. *Model oceny efektów terapii nerwic – wskaźniki i kryteria zmian*. Psychoterapia. 1989; 1(68): 53–62 .
70. Aleksandrowicz JW. *Kwestionariusz S-II*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 945–959.
71. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Kwestionariusz objawowy S-III. Symptom checklist S-III*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(4): 515–526.
72. Pużyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne “Vesalius”, IPiN; 2000.
73. Gruszczyński B, Florkowski A, Gruszczyński W. *Autodestruktywność pośrednia u żołnierzy*. Suicydologia 2005; 1(1): 55–70.
74. Kokoszka A, Krótkiewicz H, Rosati A, Oziemiński S, Staniszewski K, Sochacki J. *Ogólny zespół nerwicowy – koncepcja i jej zastosowanie w praktyce klinicznej*. Psychiatr. Prakt. Klin. 2005; 5(4): 153–157.
75. Samochowiec J, Kucharska-Mazur J, Hajduk A, Wojciechowski B, Samochowiec A. *Profil osobowości pacjentów z zaburzeniami lękowymi oceniony za pomocą Inwentarza Temperamentu i Charakteru Cloningera oraz Kwestionariusza Osobowościowego RB Cattella*. Psychiatr. Pol. 2005; 39(3): 527–536.
76. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, Śliwińska M. *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1998.
77. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne; 2004.
78. Ježková V, Matulová P. *Pilot study of KON-2006 in the Czech Republic*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2010; 12(3): 57–61.

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

Otrzymano: 13.02.2014

Zrecenzowano: 24.02.2014

Otrzymano po poprawie: 30.03.2014

Przyjęto do druku: 20.11.2014