

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

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

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

¹Katedra Psychoterapii UJ CM

²Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Summary

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

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

Results. At the treatment outset the majority of the study patients demonstrated a considerable level of disorders in five MMPI-2 clinical scales (Depression, Hysteria, Psychopathic Deviate, Psychastenia, Schizophrenia) and moderate pathology in Hypochondria. In the Mania scale most patients obtained results comparable to the healthy population when the treatment commenced. Having undergone the psychotherapy treatment, the majority of the examined were observed to demonstrate positive changes in those areas of personality functioning which were classified as severe or moderate pathology.

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

Słowa kluczowe: skuteczność psychoterapii, MMPI-2, osobowość

Key words: psychotherapy effectiveness, MMPI-2, personality

Wstęp

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

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

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

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

Początek procesu badania skuteczności psychoterapii stanowi wybór narzędzi/metod pomiaru, względnie niezależnych od szkoły/podejścia teoretycznego oraz

umożliwiających porównanie wyników z rezultatami badaczy z innych krajów (wersje wielojęzyczne). Dotyczy to zarówno badań prowadzonych w warunkach ściśle kontrolowanych (efficacy; randomizowane badania kliniczno-kontrolne – RCT), spełniających wymogi EBM (medycyna oparta na dowodach), umożliwiających metaanalizy i wprowadzenie badania do baz typu Cochrane, jak i badań prowadzonych w warunkach codziennej praktyki klinicznej (effectiveness).

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

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

Dla porównania w obszernych metaanalizach badań skuteczności farmakoterapii uzyskano wielkość efektu leczenia farmakologicznego zaburzeń nerwicowych i osobowości na poziomie 0,17 (przegląd systematyczny Cochrane [40, 41]). Wprawdzie ze względu na liczne różnice między badaniami włączonymi do metaanaliz przedstawione

wyniki nie mogą być interpretowane jako rozstrzygający dowód na większą skuteczność psychoterapii, jednak pozwalają ją uznać jako istotną metodę leczenia zaburzeń psychicznych, zwłaszcza nerwicowych i osobowości [42–45].

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

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

Cele badania

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

Hipotezy badawcze

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

Material i metoda

Grupa badana

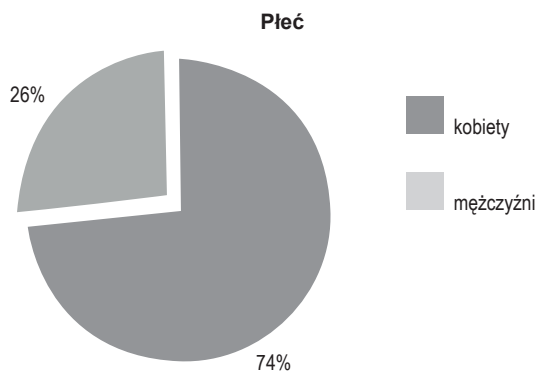
Do badania włączono 82 pacjentów (61 kobiet i 21 mężczyzn) uczestniczących w psychoterapii w oddziale dziennym leczenia zaburzeń nerwicowych i behawioralnych w okresie od września 2013 r. do kwietnia 2014 r. Stanowiło to 72% wszystkich osób leczonych w tym okresie w oddziale. Pozostałe 28% nie zostało włączonych do

badania ze względu na niekompletne uzupełnienie testów (21%) lub przedwczesne zakończenie leczenia (drop-out; 7%).

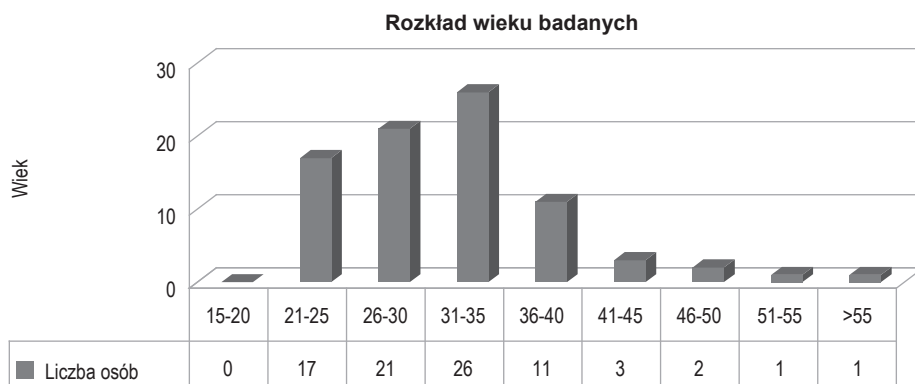
Kryteria włączenia do grupy badanej obejmowały rozpoznanie u pacjenta zaburzenia lub zaburzeń z rozdziałów F4 lub F6 (F60, F61) zgodnie z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji ICD-10 [56] oraz czas pozostawania w leczeniu od 10 do 14 tygodni.

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

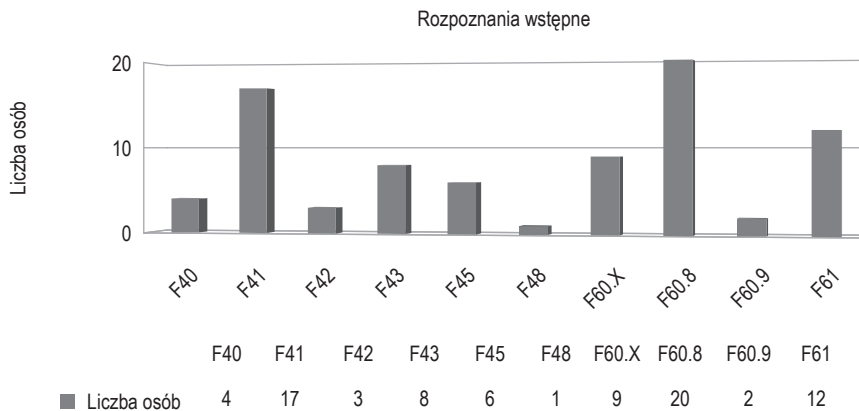
Na etapie kwalifikacji pacjentów do terapii z każdym badanym przeprowadzono dwie konsultacje z lekarzem psychiatrą oraz jedną z psychologiem [57]. Na podstawie danych uzyskanych w trakcie konsultacji, poszerzonych o wyniki testów diagnostycznych (Kwestionariusza Objawowego „O” [58], Kwestionariusza Osobowości



Rycina 1. Rozkład płci w badanej grupie



Rycina 2. Wiek pacjentów w badanej grupie



Rycina 3. Rozpoznania wstępne pacjentów w badanej grupie

Nerwicowej KON-2006 [24], kwestionariusza MMPI-2 [52]) rozpoznano zaburzenia zgodnie z kryteriami ICD-10 [56].

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

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

Opis stosowanej psychoterapii

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

- dla grup dopołudniowych (gr. 1, 2, 3): 15 sesji psychoterapii grupowej (3x45 minut dziennie; 675 minut tygodniowo), jedną sesję psychoterapii indywidualnej (45 minut) i 5 sesji zajęć relaksacyjnych (1x15 minut dziennie) oraz jedno spotkanie społeczności oddziału (zazwyczaj do 60 minut); łącznie ok. 171 godzin zegarowych;

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

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

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

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

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

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

Funkcjonowanie osobowości oceniano przy użyciu kwestionariusza MMPI-2. Jest to narzędzie skonstruowane na przełomie lat 30. i 40. XX wieku i w ciągu dziesięcioleci konsekwentnie rozwijane i uzupełniane o nowe wymiary oceny funkcjonowania osobowości (skale: MMPI – 1939 r., MMPI-2 – 1989 r., MMPI-A – 2003 r., MMPI-2-RF – 2008 r.). Polska adaptacja została przygotowana przez Pracownię Testów Psychologicznych w 2012 r. [52].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

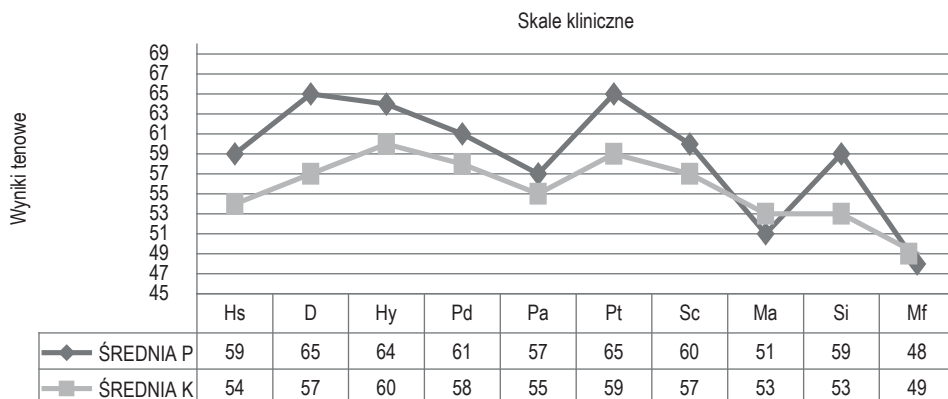
Wyniki

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabela 5. Wyniki uzyskane w skalach klinicznych – grupa mężczyzn

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

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

Tabela 6. Wyniki uzyskane w skalach klinicznych – grupa kobiet

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

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

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

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

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

Tabela 7. Wielkości efektu dla skal klinicznych

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

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

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

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

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

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

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

Dyskusja

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wnioski

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

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

Piśmiennictwo

1. Rutkowski K, Dembińska E. *Badania i leczenie nerwic wojennych w Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie przed II wojną światową na tle psychiatrii europejskiej*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(2): 383–393.
2. Snyder WU. *Clinical methods: Psychotherapy*. Ann. Rev. Psychol. 1950; 1: 221–234.
3. Sobański JA. *Krótką refleksja nad badaniami w dziedzinie psychoterapii. Tendencje i perspektywy dalszego rozwoju*. Psychoterapia 1998; 105(2): 13–27.
4. Styła R. *Różnice w zakresie skuteczności intensywnych programów leczenia zaburzeń osobowości i nerwic. Czy warto monitorować efektywność zespołu terapeutycznego?* Psychiatr. Pol. 2014; 48(1): 157–171.
5. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak J, Trzcieniecka A, Zgud J. *Skuteczność niektórych form i metod psychoterapii nerwic*. Psychoterapia 1986; 58: 6–16.
6. Aleksandrowicz JW, Czabała JC. *Skuteczność psychoterapii – metody i badania*. Psychiatr. Pol. 1979; 13(4): 391–396.
7. Aleksandrowicz JW, Kowalczyk E. *Ocena skuteczności terapii nerwic*. Psychoterapia 1984; 51: 15–27.
8. Wampold BE. *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001.
9. Eysenck HJ. *The effects of psychotherapy: An evaluation*. J. Consult. Psychology 1952; 16: 319–324.
10. Perry JC, Banon E, Lanni F. *Effectiveness of psychotherapy for personality disorders*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 1312–1321.
11. Leichsenring F, Leibing E. *The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis*. Am. J. Psychiatry 2003; 160: 1223–1232.
12. Kusters M, Burlingame GM, Nachtigall C, Strauss B. *A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy*. Group Dynamics 2006; 10: 146–163.
13. Goldfried MR, Davila J. *The role of relationship and technique in therapeutic change*. Psychother. Theory Res. Pract. Train. 2005; 42: 421–430.
14. *Research on Psychotherapeutic Approaches: Proceedings of the 1st European Conference on Psychotherapy Research, Trier 1981, Vol. II*
15. Aleksandrowicz JW. *Znaczenie milczenia w psychoterapii – Zagadnienia psychoterapii*. Psychiatr. Pol. 1969; 3(2): 187–192.
16. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak J, Trzcieniecka A, Zgud J. *Skuteczność niektórych form i metod psychoterapii nerwic*. Psychoterapia 1986; 58: 5–15.
17. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. *Zastosowanie testu 16 PF R.B. Cattella w ocenie leczenia nerwic*. Psychoterapia 1985; 52: 47–60.
18. Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. *The dose-response relationship in psychotherapy*. Am. Psychol. 1986; 41: 159–164.
19. Mahoney MJ. *Discussion: behavior therapy. Some critical comments*. Proc. Annu. Meet. Am. Psychopathol. Assoc. 1976; 64: 127–131.
20. Tingey R, Lambert M, Burlingame G, Hansen N. *Clinically significant change: practical indicators for psychotherapeutic outcome: measuring reliable clinical change*. Psychother. Res. 1996; 6(2): 144–153.

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

43. Cyranka K, Mielimąka M. *The use of psychometric tools. in the assessment of changes in the process of therapy.* Dynamische Psychiatrie (w druku).
44. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997.
45. Aleksandrowicz J, Rutkowski K, Cyranka K. *Some methodological problems of the reliable assessment of the changes in the therapy.* Dynamische Psychiatrie (w druku).
46. Bair D. *Jung. Biografia.* Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009.
47. Luborsky L. *The symptom-context method. Symptoms as opportunities in psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association; 1996.
48. Leder S. *Psychoterapia, psychiatria społeczna. Wybrane zagadnienia.* Kraków: Biblioteka KRW; 2000.
49. Mielimąka M, Cyranka K. *The use of medical tools in the assessment of changes in the process of therapy.* Dynamische Psychiatrie (w druku).
50. Zevalkink J, Berghout C. *Mental health characteristics of patients assigned to long-term ambulatory psychoanalytic psychotherapy and psychoanalysis in the Netherlands.* Psychother. Res. 2008; 18(3): 316–325.
51. Siuta J. *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2006.
52. Butcher JN, Graham JR, Ben-Porath YS, Tellegen A, Dahlstrom WG. Wersja Polska: Brzezińska U, Koć-Januchta M, Stańczak J. *Minnesota Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości®-2 – MMPI®-2.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2012.
53. Chisholm SM, Crowther JH, Ben-Porath YS. *Selected MMPI-2 scales' ability to predict premature termination and outcome from psychotherapy.* J. Pers. Assess. 1997; 69(1): 127–144.
54. Koss M. *A multivariate analysis of long-term stay in private practice psychotherapy.* J. Clin. Psychol. 1980; 36(4): 991–994.
55. Baer RA, Miller J. *Underreporting of psychopathology on the MMPI-2: a meta-analytic review.* Psychol. Assess. 2002; 14(1):16–26.
56. Puzyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.* Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN; 2000.
57. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic.* Psychiatr. Psychoter. 2011; 7(4): 20–34.
58. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych.* Psychiatr. Pol. 1994; (28)6: 667–676.
59. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym.* Psychiatr. Pol. 1994; 28(4): 421–430.
60. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości.* Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 29–48.
61. Berghout CC, Zevalkink J. *Clinical significance of long-term psychoanalytic treatment.* Bull. Menninger Clin. 2009; (7)1: 7–33.
62. Vlastelica M, Jurcevi S, Zemuni T. *Changes of defense mechanisms and personality profile during group analytic treatment.* Coll. Antropol. 2005; 2: 551–558.
63. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Mielimąka M, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestiona-*

riusza Osobowości Nerwicowej KON-2006. Psychiatr. Pol. 2014 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/6].

64. Gordon RM. *MMPI/MMPI-2 changes in long-term psychoanalytic psychotherapy*. Issues Psychoanal. Psychol. 2001; 23(1–2): 59–79.

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

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