

Znaczenie zaburzeń osobowości wobec przerywania leczenia na przykładzie wybranych oddziałów psychiatrycznych

Significance of personality disorders in the face of drop-outs from psychiatric hospitalizations. The case of selected psychiatric units

Maja Biała¹, Andrzej Kiejna²

¹ Oddział Kliniczny Dzienny Leczenia Nerwic Katedry Psychiatrii,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Summary

The World Health Organization's estimations indicate that about 50% of patients in well-developed countries may not adhere to long-term therapies. In the field of psychiatry, drop-outs from psychiatric treatment are particularly important. Personality disorders are a significant part of this sphere.

Aim. The aim of this research was to empirically verify the hypothesis regarding the relation between comorbid personality disorders and drop-outs from treatment among patients of psychiatric wards.

Method. This study was a prospective cohort study. 110 patients, hospitalized in 3 different psychiatric wards, were included. Personality disorders were assessed with the Structured Clinical Interview For DSM-IV Personality Disorders (SCID-II). The research was financed by the Polish National Science Center (DEC-2011/01/N/NZ5/05364).

Results. The response rate was 89.1%. 72.56% of patients suffered from personality disorders (SCID-II) (among them the most prevalent were: personality disorder – not otherwise specified – 40.7% and borderline personality disorder – 12.38%; 22.95% of patients dropped out from treatment). However, occurrence of personality disorders was not relevant for those drop-outs. On the other hand, relationships at the level of certain criteria of borderline personality disorders and passive-aggressive personality have been revealed. These relationships became stronger when considered from the perspective of differences in the organization of treatment at individual wards.

Conclusions. Some personality disorders may play an important role in drop-outs from psychiatric treatment. Presented results require further research.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, współwystępowanie, ocena osobowości

Key words: personality disorders, comorbidity, personality assessment

Słowo *psychopathia* (tu: zaburzenia osobowości) oznacza cierpienie psychiczne. (...) psychopata to człowiek, który sam cierpi i (lub) u innych cierpienie wywołuje; jego „kolec” psychopatyczny jest skierowany jednocześnie do wewnątrz i na zewnątrz.

A. Kępiński, *Psychopatie* [1]

Wstęp

Przerywanie leczenia a zaburzenia osobowości

Według Światowej Organizacji Zdrowia nawet 50% pacjentów leczonych długoterminowo w krajach rozwiniętych może nie stosować się do zaleceń terapeutycznych [2]. Dotyczy to nie tylko psychiatrii, choć dane uzyskane na jej gruncie mogą dostarczyć wielu informacji na temat funkcjonowania osób leczonych również poza jej obszarem.

W przypadku zaburzeń psychicznych szczególnego znaczenia nabiera problem przerywania terapii. Same różnice w funkcjonowaniu w procedurach medycznych mogą wynikać z wielu czynników – grupa pacjentów przerywających leczenie nie jest homogeniczna ani klinicznie, ani osobowościowo, ani demograficznie (istotne są także uwarunkowania psychospołeczne, np. doświadczany stres) [3–4]. Publikowane wyniki badań sugerują, że ważną rolę odgrywa tu zależność między diagnozami niepsychotycznymi, jak depresja [5] czy zaburzenia dwubiegunowe [6], a zaburzeniami osobowości (o zaburzeniach osobowości – por. [7]). Coraz więcej doniesień potwierdza zarówno wysokie rozpowszechnienie tych ostatnich, jak i ich relację z różnie definiowanym funkcjonowaniem w procedurach terapeutycznych [8–12]. Zaburzenia w obrębie osobowości mogą być jednym z czynników przyczyniających się do bardziej intensywnego korzystania z opieki psychiatrycznej [8, 9, 11, 13–16]. Badania nie przynoszą jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy wynika to raczej z samego występowania zaburzeń osobowości, czy jest związane z ich złożonością lub nasileniem. Same w sobie zaburzenia te zakłócają przede wszystkim możliwości satysfakcjonującego funkcjonowania w bliskich, długotrwałych relacjach, angażujących głębsze struktury osobowościowe [17]. Taką relacją staje się stosunek do własnego zdrowia, terapii, leków czy lekarzy.

Kwestia typów zaburzeń osobowości i organizacji leczenia

Tyrer [18] wyróżnił zaburzenia osobowości „poszukujące” (*treatment-seeking*) i „odmawiające leczenia” (*treatment-rejecting*). Miałyby to być odpowiednio: grupa C (zaburzenie osobowości unikającej, zależnej, obsesyjno-kompulsywnej) i A (paranoicznej, schizoidalnej i schizotypowej) w klasyfikacji DSM-IV. Vuorilehto i wsp. [16] wskazali, że charakterystyki osobowościowe pacjentów leczonych w ramach różnie ustrukturyzowanego leczenia mogą być odmienne. Bada się zatem także formy leczenia, które byłyby najbardziej efektywne i odpowiadałyby potrzebom pacjentów w przypadku konkretnych problemów osobowościowych [19, 20].

Choć pojawia się coraz więcej doniesień, przede wszystkim zagranicznych, są one zbyt niejednoznaczne, by mogły ułatwić pracę klinicystom.

Cel badania

Celem prezentowanego badania była empiryczna weryfikacja hipotezy o relacji między współwystępującymi zaburzeniami osobowości a przerywaniem leczenia przez pacjentów oddziałów psychiatrycznych, w ramach różnej organizacji leczenia. „Kolec” psychopatyczny, o którym pisał Kępiński, może powodować cierpienie samego pacjenta i jego najbliższych, uniemożliwiając jednocześnie czerpanie korzyści z pomocy w postaci terapii, mimo intensywnego z niej korzystania.

Metoda

Prezentowane badanie miało charakter epidemiologiczno-organizacyjny; prospektywny, kohortowy. Włączono do niego pacjentów trzech oddziałów psychiatrycznych przy Katedrze Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu: Oddziału Psychiatrycznego Całodobowego, Oddziału Klinicznego Dziennego Psychiatrycznego Ogólnego i Oddziału Klinicznego Dziennego Leczenia Nerwic. Wszystkie oddziały są oddziałami koedukacyjnymi. Dwa pierwsze – o charakterze diagnostyczno-terapeutycznym. Oddział całodobowy prowadzi diagnostykę i terapię zaburzeń psychicznych, często w przypadkach, w których w przeszłości występowały trudności w leczeniu, w tym lekooporność. Podstawą jest leczenie biologiczne z psychoedukacją dla pacjentów i ich rodzin, socjoterapią, elementami arteterapii oraz psychoterapii. Oddział dzienny ogólnopsychiatryczny koncentruje się na diagnostyce (psychiatrycznej i ogólnomedycznej), terapii farmakologicznej i rehabilitacji (oddziaływania psycho- i socjoterapeutyczne indywidualne i grupowe). Oddział leczenia nerwic jest oddziałem prowadzącym 3-miesięczną psychoterapię grupową w nurcie psychodynamicznym, nie tylko dla pacjentów z zaburzeniami lękowymi, ale także z zaburzeniami osobowości czy depresją psychogenną. W badaniu wykorzystano zatem dostępne w wyżej wymienionej instytucji programy terapeutyczne, co z pewnością stanowi ograniczenie dla możliwości generalizacji jego wyników (por. [21]). Przy czym, według naszej wiedzy, jest to pierwsze tego typu badanie w Polsce, które ma dostarczyć wstępnych wyników i umożliwić tym samym dalsze analizy. Zastosowany plan badawczy pozwolił na uwzględnienie złożoności aspektów osobowości (jako zmiennej niezależnej): grup zaburzeń osobowości (według DMS-IV [22]), kategorii, poszczególnych kryteriów oraz wymiarów [23]).

Badanie zostało sfinansowane przez Narodowe Centrum Nauki (DEC-2011/01/N/NZ5/05364), uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu.

Grupa badana

Do badania włączono 110 pacjentów. Byli oni hospitalizowani 124 razy, w 3 opisanych wyżej oddziałach (oddział całodobowy: $n = 42$, ogólny dzienny: $n = 37$, oddział leczenia nerwic: $n = 45$). Badanie było prowadzone przez jednego badacza (psychologa, psychoterapeutę), który przeszedł odpowiednie szkolenie w zakresie stosowania SCID-II [24]. Decyzja ta to wynik kompromisu między możliwościami niniejszego projektu a chęcią zachowania międzynarodowych standardów dotyczących przede wszystkim odpowiedniego przeszkolenia [24].

Kwalifikacja do badania odbywała się na podstawie kolejności przyjęć do oddziałów. Do kryteriów włączenia należały: wiek (18–65 lat) i wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu. Kryteriami wyłączającymi były: odmowa udziału w badaniu, brak możliwości wyrażenia świadomej zgody (w związku ze stanem psychicznym), stany organiczne czy aktywny proces psychotyczny.

Narzędzia

Wybrano rygorystyczne narzędzia badawcze (w kolejności zgodnej z procedurą badawczą):

- Krótka Skala Oceny Psychiatrycznej (BPRS [25]) umożliwiła wstępną ocenę psychopatologii pacjentów w kontekście kryteriów włączenia/wyłączenia (wersja 24-punktowa [26]).
- Do badania zmiennych socjodemograficznych przygotowano kwestionariusz, oparty na Złożonym Międzynarodowym Kwestionariuszu Diagnostycznym (CIDI) [27]).
- Ustrukturyzowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z Osi II DSM-IV (SCID-II w polskiej wersji [23]) służył do oceny występowania poszczególnych grup, kategorii, wymiarów i kryteriów zaburzeń osobowości. Narzędzie opiera się na klasyfikacji DSM-IV, ponieważ dla klasyfikacji ICD brak jest dostępnych w wersji polskiej wywiadów klinicznych do badania zaburzeń osobowości. Wobec wymogów korzystania z jak największej liczby źródeł danych [23], pytania o zaobserwowaną patologię osobowościową zadawano również lekarzom pracującym z pacjentami (o tych procedurach pacjenci byli szczegółowo informowani).
- Przygotowany na potrzeby badania kwestionariusz dotyczący przerywania leczenia – także na podstawie CIDI. Po zakończeniu hospitalizacji przeprowadzano wywiad zarówno z pacjentami, jak i lekarzami prowadzącymi, niezależnie od tego, czy pacjent przeszedł pełny cykl leczenia (w razie braku możliwości uzyskania danych od pacjenta wywiad przeprowadzano jedynie z lekarzami).

Przerywanie leczenia rozumiane było jako nieprzejsięcie pełnego cyklu leczenia, zakończenie terapii przed ustalonym terminem, wbrew zaleceniom lub bez konsultacji z personelem. Definicja ta nie obejmowała niezależnych od terapii powodów (np. przerwanie terapii na skutek interwencji rodziny pacjenta w sytuacji, w której pacjent jest od niej całkowicie zależny; zgon pacjenta).

Analiza statystyczna

Statystyki opisowe (wartości średnie, odchylenia standardowe i 95% przedziały ufności średnich) przygotowano dla cech ilościowych. Analiza częstościowa została przeprowadzona za pomocą testu chi-kwadrat. Porównywaniu dwóch średnich służył *t*-test dla prób niepowiązanych lub test U-Manna–Whitneya. Porównania wartości średnich pomiędzy trzema oddziałami wykonano z użyciem analizy wariancji i testu wielokrotnego porównania LSD (*Least Significant Difference*). Związek pomiędzy cechami ilościowymi badano za pomocą współczynników korelacji Pearsona. Ich istotność weryfikowano odpowiednim testem *t*. Wszystkie hipotezy zerowe weryfikowano na poziomie $\alpha = 0,05$. Aby osiągnąć większą przejrzystość tekstu, przyjęto trzy kategorie istotności, oznaczane różną liczbą gwiazdek. Im więcej gwiazdek, tym większa istotność: *: $p = 0,05-0,01$, **: $p = 0,01-0,001$, ***: $p < 0,001$. Wielkość próby nie pozwoliła na przeprowadzenie analiz z wieloma zmiennymi.

Wyniki

Badana próba

Wskaźnik odpowiedzi dla całej grupy badanej wynosił 89,1%.

W badanej grupie znajdowało się 72,56% kobiet (co wydaje się związane ze sposobem doboru grupy badanej), 30,97% pacjentów pozostawało w związku małżeńskim, 37,16% miało wyższe wykształcenie, 39,09% było zależnych finansowo od innych (por. [28 i 29]). Właściwości te nie różnicowały pacjentów, u których występowały lub nie zaburzenia osobowości. Liczebność grup nie pozwoliła na przeprowadzenie na tym poziomie analiz odnośnie poszczególnych kategorii zaburzeń osobowości.

Na uwagę zasługuje silny związek między występowaniem tych zaburzeń a brakiem zatrudnienia (42,68% dla zaburzeń osobowości, 16,13% dla pozostałych pacjentów, $p = 0,004^{**}$). O podobnych wynikach donoszą inni autorzy, szczególnie w przypadku zaburzenia osobowości borderline [30]. Niższy poziom zatrudnienia dotyczyłby w tym przypadku nie tylko pacjentów psychiatrycznych, ale także studentów, na przykład w badaniach prospektywnych, w których długość obserwacji wynosiła nawet 27 lat. Jedynie połowa takich osób była zatrudniona, wśród pozostałych – jedynie połowa usatysfakcjonowana swoim zatrudnieniem.

Najczęstszą diagnozą wśród badanych pacjentów były, dla całej próby, zaburzenia osobowości, najczęściej ($p = 0,000^{***}$) występujące na oddziale leczenia nerwic (tab. 1). Dalej kolejno: zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju (najczęściej występowały na oddziale stacjonarnym; odpowiednio: $p = 0,018^*$, $p = 0,003^{**}$).

Zaburzenia osobowości

U 72,56% pacjentów stwierdzono zaburzenia osobowości na podstawie badania SCID-II. Są to dane porównywalne z publikowanymi wynikami międzynarodowymi, choć liczba ta znacznie przekracza nieliczne dane polskie. Najczęściej występowały:

nieokreślone zaburzenia osobowości (40,7%), zaburzenie borderline (12,38%), narcystyczne (4,42%), histrioniczne, pasywno-agresywne (w obu przypadkach 3,53%), dalej schizoidalne i zależne (2,56%). W badaniu nie odnotowaliśmy żadnego przypadku osobowości schizotypowej i antyspołecznej. Nie zaobserwowano różnic między oddziałami z perspektywy występowania poszczególnych kategorii oraz grup specyficznych zaburzeń osobowości. Przy czym 40% pacjentów, u których lekarze prowadzący pod koniec leczenia zdiagnozowali zaburzenia nastroju, cierpiała również z powodu zaburzeń osobowości (według SCID-II). Było to 60,63% w przypadku diagnoz zaburzeń lękowych.

Przerywanie leczenia

Stwierdzono, że 22,95% pacjentów przerwało leczenie w trakcie badania – 9,83% z nich zostało wypisanych z powodu przekroczenia regulaminu, 13,11% zrezygnowało z terapii. Wszyscy pacjenci spędzili średnio 56,91 ($\pm 28,76$) dnia w badanych oddziałach (z tym, że leczenie na oddziale leczenia nerwic przebiega planowo w cyklach 3-miesięcznych).

Z przerywaniem leczenia nie wiązało się w badaniu samo występowanie zaburzeń osobowości. Jednocześnie na tym etapie nie przeprowadzono analiz dotyczących poszczególnych kategorii zaburzeń osobowości – ze względu na zbyt małe liczebności odpowiednich grup. Ujawniły się natomiast zależności na poziomie niektórych kryteriów zaburzeń osobowości (tab.1 i 2):

Tabela 1. Związek kryterium 6. osobowości bierno-agresywnej z przerywaniem leczenia w badanej próbie

p = 0,005**	„Wyrażanie przesadnych i uporczywych skarg na swój los”	
Przerwanie leczenia	NIE	TAK
TAK	16	8
%	17,02%	47,05%
NIE	78	9
%	82,97%	52,94%
Razem	94	17

Tabela 2. Związek kryterium 3. osobowości borderline z przerywaniem leczenia w badanej próbie

p = 0,026*	„Zaburzenia tożsamości”	
Przerwanie leczenia	NIE	TAK
TAK	10	14
%	14,70%	32,55%
NIE	58	29
%	85,29%	67,44%
Razem	68	43

Te aspekty osobowości – zaburzenia tożsamości i zgłaszanie ciągłych skarg na poczucie niezrozumienia, niedoceniań przez innych i na swój los – mogą mieć znaczenie dla wczesnego wychwytywania pacjentów, w przypadku których przejście pełnego cyklu leczenia może być zagrożone.

Związki te przybierały na sile, kiedy rozpatrywaliśmy je z perspektywy różnic w organizacji leczenia na poszczególnych oddziałach.

Różnice w organizacji leczenia

Oddział leczenia nerwic

Na oddziale leczenia nerwic nie obserwowano żadnych związków między aspektami osobowości a przerywaniem leczenia.

Oddział ogólny dzienny

Przerywanie leczenia na oddziale ogólnym dziennym było istotnie związane z wymiarem osobowości borderline i pasywno-agresywnej (liczbą spełnianych kryteriów dla danej kategorii zaburzeń osobowości [23]).

Tabela 3. Wartości średnie (i odchylenia standardowe) dla wymiarów osobowości borderline i pasywno-agresywnej a przerywanie leczenia na oddziale dziennym ogólnym

	Zaburzenie osobowości			
	Borderline: $p = 0,013^*$		Pasywno-agresywnej: $p = 0,029^*$	
Przerywanie leczenia:	Średnia	n	Średnia	n
TAK	2,5±2,61	12	1,58±1,56	12
NIE	0,7±1,26	20	0,65±0,74	20
Razem	1,37±2,04	32	1±1,19	32

Ponadto, im bardziej nasilony był wymiar osobowości borderline, tym mniej czasu pacjenci spędzali w leczeniu na tym oddziale ($r = -0,42$; $p = 0,041^*$; $n = 33$). Podobnie – pacjenci, którzy wykazywali różne formy tendencji samobójczych (jako kryterium osobowości borderline): pozostawali oni w leczeniu średnio 31,5±24,07 dnia w porównaniu z 59,62±23,38 w przypadku pozostałych pacjentów ($p = 0,012^*$; $n = 33$).

Oddział całodobowy

Na oddziale tym wymiar osobowości obsesyjno-kompulsywnej korelował z długością pobytu: $r = 0,51$; $p = 0,001^{**}$; $n = 36$. Podobnie w przypadku kryterium nadmiernej skrupulatności, nieugiętości (kryterium osobowości obsesyjno-kompulsywnej): pacjenci ci spędzali na oddziale średnio 74,42±47,03 dnia (w porównaniu z 33,2±19,11 w przypadku pozostałych osób; $p = 0,000^{***}$, $n = 36$). Pokrywa się to z wynikami, o których donoszą inni autorzy – wymiary zaburzonej osobowości skracają czas spę-

dzony na oddziałach, niezależnie od diagnoz klinicznych. Wyjątek stanowiły właśnie cechy obsesyjno-kompulsywne, które ten czas wydłużały [13]. Mogłoby to wynikać właśnie z kompulsywnej sumienności takich pacjentów.

Zmienne socjodemograficzne

Dla porównania przeprowadzono również odpowiednie analizy dla zmiennych socjodemograficznych. Żaden ze związków zmiennych demograficznych z przerywaniem leczenia bądź czasem spędzonym przez pacjentów na oddziałach nie osiągnął poziomu ***: $p < 0,001$. Nie odnotowaliśmy żadnego związku diagnoz, jakie stawiali lekarze prowadzący pod koniec hospitalizacji, z przerywaniem przez pacjentów leczenia.

Dyskusja

Prezentowane badanie wykazało znacznie większe występowanie zaburzeń osobowości na oddziałach psychiatrycznych, niż sugerowałyby to inne polskie źródła [31–33]. Najczęściej diagnozowaliśmy zaburzenie osobowości borderline, niezależnie od oddziału psychiatrycznego. Wynik ten może odzwierciedlać częste przekierowywanie tych pacjentów do szpitali. Pytania rodzi także brak w badanej próbie osobowości schizotypowej i antyspołecznej. Czy wynika to z ich niskiego rzeczywistego rozpowszechnienia, specyfiki badania czy z niezgłaszania się (lub niekierowania) takich pacjentów na leczenie (co zgadzałoby się z doniesieniami innych autorów [18])? Ten temat może być ciekawym obszarem przyszłych analiz. Wysoki wskaźnik rozpowszechnienia nieokreślonych zaburzeń osobowości w badanej próbie (40,7%) wydaje się wskazywać trudności, na jakie napotykają klinicyści w codziennej praktyce (związane z diagnozowaniem, ale i umykaniem problemów osobowościowych istniejącym klasyfikacjom). Część pacjentów może być wypisywana z placówek psychiatrycznych bez udzielenia im pomocy. Tym istotniejsze staje się dokonywanie dodatkowego opisu obserwowanych cech czy aspektów zaburzeń osobowości. Trzeba także zaznaczyć, że możliwe jest, iż uzyskany wysoki wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń osobowości wynika ze szczególnej tendencji do diagnozowania zaburzeń osobowości, zwłaszcza borderline, na oddziałach włączonych do badania. Choć dotyczyłoby to wówczas wszystkich trzech oddziałów psychiatrycznych i dodatkowo badacza przeprowadzającego wywiady SCID-II. Interesujące byłoby rozszerzenie opisywanych badań lub porównanie ich wyników z danymi z innych ośrodków.

Wyniki prezentowanego badania nie wykazały istotnych statystycznie różnic w przerywaniu leczenia psychiatrycznego przez pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń osobowości i bez takiego rozpoznania (które oceniano z użyciem wywiadu SCID-II). Prezentowane dane wymagają jednak dalszych badań. Z jednej strony mogą odzwierciedlać intuicję kliniczną – na przykład związek samego występowania jakiegokolwiek zaburzenia osobowości z przerywaniem leczenia byłby nadmiernym uproszczeniem. Jednocześnie zaś taki wynik mógłby być statystyczną konsekwencją zbyt małej próby badawczej (błąd II rodzaju). Ograniczeniem dla generalizacji wyników projektu jest także z pewnością jednośrodkowość badania.

Związek zaburzeń w obrębie osobowości z przerywaniem leczenia ujawniał się, gdy uwzględniano różnorodność zaburzeń osobowości, ich aspektów (wymiarów czy kategorii) oraz form leczenia. Przede wszystkim, niezależnie od organizacji oddziału, istotne z perspektywy ewentualnego przerywania terapii były pojedyncze kryteria zaburzenia osobowości borderline i osobowości bierno-agresywnej; odpowiednio: zaburzenia tożsamości i zgłaszanie skarg na niezrozumienie, niedocenienie przez innych. Występowanie takich cech może zwiększać ryzyko przerwania leczenia na oddziałach psychiatrycznych – czy dziennych, czy całodobowych, co pokrywałoby się z wynikami publikowanymi przez innych badaczy [24, 34]. Badanie specyficznych mechanizmów osobowościowych dostarczyłoby więcej informacji, pozwalających na zrozumienie zjawiska. Problem ten wymaga pogłębionych badań, głównie w związku z ograniczeniami naszego projektu opisanymi wyżej. Uzyskane wyniki mogą również wskazywać, że psychodynamiczna psychoterapia grupowa byłaby najbardziej adekwatnym leczeniem dla pacjentów, u których występuje patologia w obrębie osobowości. Choć tu także wymagane są dalsze badania, chociażby uwzględniające obraz psychopatologii pacjentów kwalifikowanych do terapii na tym konkretnym oddziale. Pogłębione analizy umożliwiłyby ponadto określenie charakteru dodatkowej pomocy terapeutycznej dla pacjentów, którym owa patologia utrudnia czerpanie korzyści z leczenia w ramach oddziałów psychiatrycznych.

Przed publikacją prezentowanych wyników Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wprowadziło nową wersję klasyfikacji – DSM-5 [35]. Pomimo że przeprowadzone badanie opiera się na DSM-IV, wydaje się, że nie traci na aktualności (w podstawowej części DSM-5 zachowano dotychczasowe 10 kategorii zaburzeń osobowości, wprowadzając możliwość dodatkowego opisu obserwowanych u pacjentów cech).

Na koniec powstaje pytanie, na ile aspekty osobowości, które mogą wpływać na leczenie, są uchwytne dostępnymi narzędziami. Wywiad SCID-II może być przydatnym narzędziem w ośrodkach zdrowia, jednocześnie jest badaniem czasochłonnym i wymaga odpowiedniego przygotowania klinicznego.

Ograniczenia

Badanie, mimo wysokiego wskaźnika odpowiedzi, ma ograniczone możliwości generalizacji wyników. Przeprowadzone było na stosunkowo małej próbie (110 pacjentów), jeśli wziąć pod uwagę liczbę kategorii zaburzeń osobowości. Brak zależności między współwystępującymi zaburzeniami osobowości a przerywaniem leczenia w badaniu może być główną konsekwencją.

Projekt realizowany był w ramach jednej instytucji, przez jednego badacza.

W przyszłości warto byłoby wziąć także pod uwagę całe spektrum psychopatologii badanych pacjentów. Trzy oddziały włączone do badania znacząco różniły się pod względem programów leczenia, a kwalifikacja pacjentów do każdego z nich nie była losowa.

Wnioski i implikacje praktyczne

Niektóre zaburzenia w obrębie osobowości mogą mieć znaczenie dla przerywania przez pacjentów leczenia w oddziałach psychiatrycznych. Szczególną uwagę należy zwrócić na patologię o charakterze borderline i pasywno-agresywnym. Dalsze badania powinny koncentrować się na wskazaniu charakteru dodatkowej pomocy terapeutycznej.

Pacjenci, u których występuje patologia osobowościowa, wydają się być traktowani w różny sposób, w zależności od postaci zaburzenia osobowości. Pacjenci, u których występuje osobowość schizotypowa i antyspołeczna, mogą czerpać najmniej z psychiatrycznej opieki szpitalnej.

Zaburzenia osobowości mogą być znacznie bardziej rozpowszechnione, niż wskazywałyby na to rozpoznania psychiatryczne. Mogłyby to odzwierciedlać trudności w diagnozie zaburzeń osobowości. Jest to zatem aspekt, na który należy zwrócić większą uwagę przy ocenie stanu psychopatologicznego pacjenta. W przypadku nieokreślonych zaburzeń osobowości konieczny staje się dodatkowy opis zaobserwowanego przez klinicystów tła osobowościowego.

Piśmiennictwo

1. Kępiński A. *Psychopatie*. Kraków: Sagittarius; 1992.
2. Sabate E. *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003.
3. Bell L. *What predicts failure to engage in or drop out from treatment for bulimia nervosa and what implications does this have for treatment?* Clin. Psychol. Psychot. 2001; 8(6): 424–435.
4. Gajowy M. *Analiza przyczyn przerywania psychoterapii grupowej (drop-out) w aspekcie czynników dotyczących pacjenta*. Psychoterapia 2010; 2(129): 33–48.
5. Holma IAK, Holma KM, Melartin TK, Isometsä ET. *Treatment attitudes and adherence of psychiatric patients with major depressive disorder: A five-year prospective study*. J. Affect. Disorders. 2010; 127(1–3): 102–112.
6. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Gastó C. *Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients*. The Journal of Clinical Psychiatry 2000; 61(8): 549–555.
7. Grabski B, Gierowski JK. *Zaburzenia osobowości – różne spojrzenia i próby ich integracji*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(5): 829–844.
8. Ansell EB, Sanislow CA, McGlashan TH, Grilo CM. *Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group*. Compr. Psychiat. 2007; 48(4): 329–336.
9. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH i wsp. *Treatment utilization by patients with personality disorders*. Am. J. Psychiat. 2001; 158(2): 295–302.
10. Percudani M. *Monitoring community psychiatric services in Italy: Differences between patients who leave care and those who stay in treatment*. Brit. J. Psychiat. 2002; 180(3): 254–259.
11. Tyrer P, Simmonds S. *Treatment models for those with severe illness and comorbid personality disorder*. Brit. J. Psychiat. 2003; 44(Suppl.): 15–18.

12. Tyrer P, Mulder R. *Management of complex and severe personality disorders in community mental health services*. Curr. Opin. Psychiatr. 2006; 19(4): 400–404.
13. Keown P. *The impact of severe mental illness, co-morbid personality disorders and demographic factors on psychiatric bed use*. Soc. Psych. Psych. Epid. 2005; 40(1): 42–49.
14. Lana F, Fernández San Martín MI, Sánchez Gil C, Bonet E. *Study of personality disorders and the use of services in the clinical population attended in the mental health network of a community area*. Actas Esp. Psiquiatri. 2008; 36(36): 331–336.
15. Tyrer P. *Paterson CTR. Personality abnormality in severe mental illness and its influence on outcome of intensive and standard case management: A randomised controlled trial*. Eur. Psychiatr. 2000; 15(Suppl. 1): 7–10.
16. Vuorilehto MS, Melartin TK, Rytsälä HJ, Isometsä ET. *Do characteristics of patients with major depressive disorder differ between primary and psychiatric care?* Psychol. Med. 2007; 37(6): 893–904.
17. Kernberg OF. *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press; 1984.
18. Tyrer P. *Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and Type S*. J. Pers. Disord. 2003; 17(3): 263–267.
19. Bartak A, Andrea H, Spreeuwenberg MD, Ziegler UM, Dekker J, Rossum BV i wsp. *Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders*. Psychother. Psychosom. 2010; 80(1): 28–38.
20. Mykowska A, Chadzińska-Bielaszka A, Mickiewicz A. *Badanie potrzeb i oczekiwań pacjentów z zaburzeniami osobowości*. Fundacja im. Boguchwała Winida na rzecz Rozwoju Psychoterapii Psychoanalitycznej, Peron 7F Ośrodek Leczenia Zaburzeń Osobowości. Kraków; 2013.
21. Styła R. *Różnice w zakresie skuteczności intensywnych programów leczenia zaburzeń osobowości i nerwic. Czy warto monitorować efektywność zespołu terapeutycznego?* Psychiatr. Pol. 2014; 48: 157–171.
22. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Text Revision)*. Washington, DC: APA; 2000.
23. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW. *SCID-II – Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z Osi II DSM-IV. Podręcznik klinicysty*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2010.
24. Lobbestael J, Leurgans M, Arntz A. *Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II)*. Clin. Psychol. Psychot. 2011; 18(1): 75–79.
25. Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein KH, Liberman RP, Green MF, Shaner A. *Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale*. Int. J. Meth. Psych. Res. 1993; 3: 227–243.
26. Adamowski T, Hadryś T, Kiejna A. *Efektywność leczenia na psychiatrycznym oddziale dziennym, w porównaniu z oddziałem stacjonarnym, na podstawie analizy objawów psychopatologicznych, subiektywnej oceny jakości życia oraz częstości rehospitalizacji po zakończeniu leczenia*. Psychiatr. Pol. 2008; 4: 571–581.
27. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak, B. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
28. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. <http://www.mz.gov.pl/>.

29. Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Roczniki Statystyczne. Rok 2009. <http://www.ipin.edu.pl/>.
30. Sansone RA, Sansone LA. *Employment in borderline personality disorder*. Innov. Clin. Neurosci. 2012; 9(9): 25–29.
31. Grabski B, Dudek D. *Współwystępowanie zaburzeń osobowości, zaburzeń lękowych i uzależnień w zaburzeniach nastroju w populacji polskiej – analiza wyników rejestru epidemiologicznego*. www.sanofi.pl (dostęp: 14.11.2013). Nr badania: DPKIN_L_01684.
32. Smoczyński SA, Landowski J. *Zaburzenia osobowości u chorych z zaburzeniami: depresyjnymi lub lękowymi. Wpływ na obraz kliniczny, przebieg i terapię*. Praca naukowa. Akademia Medyczna w Gdańsku, Wydział Lekarski; 2003.
33. Wojtulewska-Supron AM. *Zaburzenia osobowości w ujęciu klinicznym wśród pacjentów leczonych metodą psychoterapii grupowej*. Akademia Medyczna w Białymstoku, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii, Klinika Psychiatrii. Promotor: Andrzej Janusz Czernikiewicz.
34. Gunderson JG, Frank AF, Ronningstam EF, Wachter S, Lynch VJ, Wolf PJ. *Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy*. J. Nerv. Ment. Dis. 1989; 177(1): 38–42.
35. www.dsm5.org.

Adres: Maja Biała
Oddział Kliniczny Dzienny Leczenia Nerwic
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10

Otrzymano: 11.09.2015
Zrecenzowano: 17.10.2015
Otrzymano po poprawie: 25.11.2015
Przyjęto do druku: 27.11.2015