

**Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST Nr 14.**

Published ahead of print 25 March, 2015

www.psychiatriapolska.pl

ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)

DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/37308>

## **Zmiany w profilu osobowości nerwicowej wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych**

### **Changes in neurotic personality profile associated with reduction of suicidal ideation in patients who underwent psychotherapy in the day hospital for the treatment of neurotic and behavioral disorders**

Paweł Rodziński<sup>1</sup>, Krzysztof Rutkowski<sup>1</sup>, Jerzy A. Sobański<sup>1</sup>,  
Michał Mielimąka<sup>1</sup>, Agnieszka Murzyn<sup>2</sup>, Katarzyna Cyranka<sup>1</sup>,  
Edyta Dembińska<sup>1</sup>, Karolina Grządziel<sup>3</sup>, Katarzyna Klasa<sup>4</sup>,  
Łukasz Müldner-Nieckowski<sup>1</sup>, Bogna Smiatek-Mazgaj<sup>1</sup>

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

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

<sup>2</sup> Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

Kierownik: dr n. med. M. W. Pilecki

<sup>3</sup> Katedra Historii Medycyny UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Śródka

<sup>4</sup> Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

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

#### **Summary**

**Aim.** Analysis of associations between changes in neurotic personality profile and reduction of suicidal ideation (SI) – or lack of such reduction – defined as its elimination or reduction of its intensity in patients who underwent a course of intensive psychotherapy conducted in integrative approach with predominance of psychodynamic approach.

**Material and method.** Symptom Checklist KO“O”, Neurotic Personality Questionnaire KON-2006 and Life Inventory completed by 461 women and 219 men treated due to neurotic, behavioral or personality disorders in a day hospital between 2005–2013. During the qualification for the therapy 134 women and 80 men reported SI, of whom 84.3% and 77.5% respectively improved.

**Results.** Patients who improved in terms of SI obtained significantly greater reduction of *global neurotic personality disintegration* (neuroticism) than others ( $p < 0.0005$  in women and  $p = 0.015$  in men). Associations were found between improvement in terms of SI and greater reduction of many neurotic personality traits ( $p < 0.05$ ) in both genders: *Negative self-esteem, Impulsiveness, Sense of alienation, Demobilization, Difficulties in emotional relations, Lack of vitality, Sense of lack of control, Sense of guilt, Difficulties in interpersonal relations, Sense of being in danger, Exaltation, Ponderings*; and only in women: *Feeling of being dependent on the Environment, Asthenia, Difficulties with decision making, Conviction of own resourcelessness in life, Deficit in internal locus of control and Imagination. indulging in fiction.*

**Conclusions.** The results confirm effectiveness of intensive psychotherapy as a treatment method that leads to comprehensive improvement encompassing reduction of neurotic personality disorders (neuroticism) and of majority of neurotic personality traits, as well as SI reduction. The revealed associations weigh in favor of hypothesis on neuroticism as SI-predisposing factor in patients with neurotic, behavioral and personality disorders.

**Słowa kluczowe:** myśli samobójcze, osobowość nerwicowa, psychotherapia

**Key words:** suicidal ideation, neurotic personality, psychotherapy

## Wstęp

Powszechnie przyjmuje się, że neurotyczność ma istotne znaczenie dla powstania objawów w grupach pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości [1–7], jednak literatura medyczna dostarcza różnych definicji neurotyczności. Najczęściej uważa się, że to obszerne określenie odnosi się do względnie trwałej tendencji do nieelastycznego reagowania wobec sytuacji, które przekraczają możliwości radzenia sobie (np. zagrożenia, frustracji czy utraty), poprzez „negatywne” emocje, takie jak niepokój, złość, poczucie winy, wstydu, osamotnienia, bezradności lub smutek [3, 8–11]. Dla zróżnicowania pomiędzy normą a psychopatologią w tym zakresie brane są pod uwagę takie atrybuty owych reakcji jak stopień dysfunkcjonalności czy też poziom indywidualnej wrażliwości w stosunku do czynników stresogennych. Jednocześnie przyjmuje się, że owe trudności pacjentów szczególnie często dotyczą sfery relacji interpersonalnych. Określeniem pokrewnym neurotyczności (lub tożsamym z nią w przypadku populacji pacjentów, którym poświęcone jest niniejsze badanie), również odnoszącym się do dysfunkcyjnych komponentów osobowości biorących udział w powstawaniu objawów czynnościowych, są nerwicowe zaburzenia osobowości [3, 9]. W konsekwencji neurotyczność ma istotny wpływ na życie pacjentów, jego jakość oraz odczuwany przez nich poziom dystresu [12, 13].

Leczenie psychoterapeutyczne ma zasadnicze znaczenie dla tej grupy pacjentów – charakteryzuje się ono potwierdzoną skutecznością zarówno w zakresie redukcji objawów nerwicowych, jak i poziomu neurotyczności [14–16]. Aktualna wiedza medyczna oferuje wiele poglądów na mechanizmy tych zmian – w zależności od stosowanych podejść i technik psychoterapeutycznych [3–5]. Niemniej jednak ten obszar badawczy wciąż obfituje w pytania domagające się empirycznych weryfikacji.

Psychotherapia jest uważana za ważny element leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości, u których występują myśli samobójcze (MS) [17–19]. W warunkach dziennego oddziału psychoterapeutycznego

MS (definiowane jako chęć odebrania sobie życia) deklarowane są przed rozpoczęciem leczenia przez około 1/3 pacjentów. Stanowią one ważny sygnał na wielu płaszczyznach: wiążą się z koniecznością estymacji ryzyka wystąpienia zachowań autoagresywnych i samobójczych, sygnalizują wysoki poziom cierpienia, z którym zmagają się pacjenci, jak również wskazują na istotnie podwyższony poziom neurotyczności [20–24]. Tymczasem prace empiryczne poświęcone wpływowi psychoterapii na redukcję MS należą do rzadkości i zwykle koncentrują się na pacjentach z zaburzeniami afektywnymi jednobiegunowymi [25–31]. Tym samym otwarte pozostają pytania o mechanizmy i czynniki wpływające na redukcję MS obserwowaną podczas psychoterapii u pacjentów z innymi zaburzeniami oraz o zakres poprawy, jakiej w tych przypadkach dostarcza leczenie psychoterapeutyczne.

### **Cel**

Analiza związków pomiędzy zmianami w profilu osobowości nerwicowej a redukcją myśli samobójczych – tj. ich ustąpieniem lub zmniejszeniem się ich nasilenia – bądź jej brakiem u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi lub osobowości, którzy przebyli cykl intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego w oddziale dziennym.

### **Material i metoda**

Źródłem informacji na temat MS (definiowanych jako chęć odebrania sobie życia) był Kwestionariusz objawowy KO„O” [32, 33], służący do pomiaru nasilenia objawów występujących w przebiegu zaburzeń nerwicowych w ciągu 7 dni poprzedzających badanie. Kwestionariusz był wypełniany przez pacjentów w trakcie kwalifikacji do leczenia [34] oraz powtórnie w ostatnich dniach hospitalizacji w ramach rutynowej oceny efektywności oddziaływań leczniczych. Oszacowania rozpowszechnienia i nasilenia MS dokonano na podstawie analizy odpowiedzi na pytanie o „uciążliwość” „chęci odebrania sobie życia”. Pacjenci odpowiadali używając skali od 0 (brak MS), przez nieznacznie uciążliwe (a), średnio uciążliwe (b) lub wysoce uciążliwe (c).

### **Socjodemograficzna charakterystyka badanej populacji**

Grupę badaną stanowiło 680 pacjentów: 461 kobiety i 219 mężczyzn leczonych w Oddziale Dziennym Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2005–2013. Źródłem podstawowych danych socjodemograficznych była Ankieta Życiorysowa wypełniana przez pacjentów na etapie kwalifikacji do leczenia. Zawierała ona pytania dotyczące m.in. płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia i źródła utrzymania. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła  $29,9 \pm 8$  lat, mężczyzn  $30,4 \pm 7$  lat. Większość pacjentów stanowiły osoby stanu wolnego – 63% kobiet i 64% mężczyzn. Osoby będące w związkach małżeńskich stanowiły 32% zarówno pośród kobiet, jak i mężczyzn. Około 1/3 pacjentów była pracownikami umysłowymi (34% kobiet i 33% mężczyzn), nieco mniejsze podgrupy stanowili pacjenci uczący się lub

studiujący oraz będący na utrzymaniu rodziny – 29% kobiet i 23% mężczyzn. Bezrobotni stanowili 13% zarówno pośród kobiet, jak i mężczyzn. W badanej grupie przeważały osoby o wykształceniu wyższym – ukończonym lub nieukończonym: odpowiednio 45% i 16% wśród kobiet oraz 47% i 15% wśród mężczyzn. Znaczną część badanych stanowiły osoby o wykształceniu średnim ukończonym – 24% kobiet i 24% mężczyzn [26].

### Rodzaje zaburzeń i przebieg leczenia

Kwalifikacja do leczenia w psychoterapeutycznym oddziale dziennym obejmowała, oprócz badań za pomocą wymienionych kwestionariuszy, co najmniej dwa badania psychiatryczne, badanie psychologiczne oraz zestaw kilku innych kwestionariuszy, co łącznie pozwalało na wykluczenie wysokiego ryzyka samobójczego oraz innych zaburzeń (m.in. zaburzeń afektywnych, psychoz schizofrenicznych, zaburzeń egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich chorób somatycznych), w przypadku których intensywne leczenie psychoterapią grupową z elementami terapii indywidualnej w oddziale dziennym byłoby niewskazane [34–40]. Cykl konsultacji ambulatoryjnych trwał zazwyczaj ok. 2–3 tygodni, zaś czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia wynosił zwykle od 4 do 12 tygodni.

Do badania włączono wyłącznie pacjentów, którzy podejmowali leczenie w oddziale po raz pierwszy. Grupę objętą badaniem stanowili pacjenci z rozpoznaniami zaburzeń ze spektrum F40–F69 wg ICD-10, w tym pacjenci, u których rozpoznano współwystępowanie zaburzeń osobowości i rozpoznań z grup F4 i F5. Poszerzoną charakterystykę badanych grup w zakresie diagnoz zgodnych z klasyfikacją ICD-10 oraz danych socjodemograficznych zawarto w osobnych publikacjach należących do tego samego projektu badawczego [26, 37].

Planowy czas trwania terapii wynosił 12 tygodni i obejmował codzienną psychoterapię w grupach otwartych liczących średnio 8–10 osób w wymiarze 10–15 sesji tygodniowo, połączoną z jedną sesją terapii indywidualnej tygodniowo. Psychoterapia prowadzona była w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego z elementami terapii poznawczej i behawioralnej. W toku psychoterapii dążono m.in. do poszerzenia wglądu pacjentów w ich mechanizmy obronne, procesy interpersonalne zachodzące podczas terapii oraz funkcje zgłaszanych objawów. Ważnymi elementami leczenia były: praca z oporem oraz z przeniesieniem, wzmacnianie siły ego i autonomii pacjentów, korygowanie dysfunkcyjnych schematów poznawczych oraz umożliwienie pacjentom doświadczenia korektywnych relacji i przeżyć [3, 14, 15, 34, 41].

Niewielka część pacjentów korzystała równolegle z psychofarmakoterapii, której zakres był dostosowywany do stanu psychicznego pacjentów, z założeniem jej redukcji w celu uzyskania niezakłóconego farmakologicznie dostępu do ich przeżywania. Według oddzielnych, niepublikowanych jeszcze badań A. Murzyn w grupie 169 pacjentów z lat 2008–2011 odsetek badanych korzystających z leków przeciwdepresyjnych lub uspokajających w tym samym oddziale wynosił 3%.

W przypadku badanej grupy całkowity odstęp czasowy pomiędzy badaniami przeprowadzonymi podczas kwalifikacji oraz przy wypisie wyniósł średnio  $137,1 \pm 30,3$  dnia u kobiet oraz  $132,4 \pm 30,5$  dnia u mężczyzn.

### Wyodrębnienie podgrup pacjentów, u których nastąpiły różnego rodzaju zmiany w zakresie MS

Pośród kobiet wyjściowe rozpowszechnienie MS wynosiło 29,1% (95% CI: 25,1%–33,4%), zaś końcowe 10,2% (95% CI: 7,8%–13,3%). Pośród mężczyzn początkowo odnotowano rozpowszechnienie MS wynoszące 36,5% (95% CI: 30,4%–43,1%), zaś pod koniec terapii wyniosło ono 13,7% (95% CI: 9,8%–18,9%). Odsetki pacjentów, którzy wyjściowo nie zgłosili MS, zaś zgłosili je podczas badania końcowego, wynosiły 3,5% u kobiet (95% CI: 2,2%–5,6%) oraz 1,4% u mężczyzn (95% CI: 0,5%–4,0%).

Pośród kobiet, które w czasie kwalifikacji zgłosiły w KO „O” obecność MS, poprawę (tj. redukcję MS definiowaną jako ich ustąpienie lub redukcja ich nasilenia) uzyskało 84,3% osób. Jednocześnie wzrost nasilenia wyjściowo obecnych MS odnotowano zaledwie u 5,2% kobiet. Pośród mężczyzn z MS obecnymi podczas kwalifikacji poprawę osiągnęło 77,5%. Z kolei odsetek mężczyzn, u których zaobserwowano wzrost nasilenia wyjściowo obecnych MS, wyniósł 3,8%. Ponadto u zdecydowanej większości pacjentów, u których odnotowano poprawę, polegała ona na ustąpieniu MS. W podgrupach, w których wyjściowo deklarowano obecność MS, ich ustąpienie zaobserwowano u 76,9% kobiet oraz u 66,2% mężczyzn (tab. 1).

Tabela 1. Zmiany w zakresie MS w grupie pacjentów, którzy zadeklarowali ich występowanie podczas kwalifikacji (n = 214) [26, 37]

	Kobiety (n = 134)			Mężczyźni (n = 80)			* Różnice pomiędzy płciami	
	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Chi <sup>2</sup>	p
Poprawa w zakresie MS, tj. redukcja MS (definiowana jako ich ustąpienie lub redukcja ich nasilenia)	113	84,3%	77,2%–89,5%	62	77,5%	67,2%–85,2%	1,57	ns
Ustąpienie MS	103	76,9%	69,0%–83,2%	53	66,2%	55,4%–75,5%	2,86	ns
Redukcja nasilenia MS	10	7,5%	4,1%–13,2%	9	11,3%	6,0%–20,8%	0,89	ns
Brak zmian w nasileniu MS	14	10,4%	6,4%–16,8%	15	18,8%	11,7%–28,7%	2,95	ns
Wzrost nasilenia MS	7	5,2%	2,6%–10,4%	3	3,8%	1,4%–10,4%	0,24	ns
Brak poprawy (brak zmian w nasileniu lub wzrost nasilenia MS)	21	15,7%	10,5%–22,8%	18	22,5%	14,8%–32,8%	1,57	ns

ns – różnice pomiędzy płciami były nieistotne statystycznie ( $p > 0,05$ ); \* – dla określenia, czy wyniki kobiet i mężczyzn istotnie się od siebie różniły, zastosowano test niezależności Chi<sup>2</sup> Pearsona

## **Analiza związków pomiędzy poprawą w zakresie MS a zmianami w profilu osobowości pacjentów**

Aby określić zmiany w zakresie osobowości pacjentów, jakie nastąpiły pomiędzy etapem ich kwalifikacji do leczenia a badaniem końcowym, posłużono się Kwestionariuszem Osobowości Nerwicowej KON-2006. Narzędzie to pozwala określić rozległość i nasilenie dysfunkcji osobowości związanych z powstawaniem i utrzymywaniem się zaburzeń nerwicowych. Pomiar przeprowadzone za pomocą tego kwestionariusza opisuje wskaźnik Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości, umożliwiając zbiorczą ocenę stopnia zaburzeń osobowości oraz 24 skale szczegółowe służące do oceny poszczególnych dysfunkcyjnych aspektów osobowości [9, 42–44]. Narzędzie to jest także stosowane do oceny wyników psychoterapii [45–47].

Następnie obliczono różnice pomiędzy końcowymi a początkowymi wartościami skal kwestionariusza KON-2006 odzwierciedlające zmiany w nasileniu cech osobowości nerwicowej, jakie nastąpiły pomiędzy rozpoczęciem a końcem leczenia. Później porównano wartości otrzymane u pacjentów, którzy uzyskali poprawę w zakresie MS, z wartościami uzyskanymi u pacjentów, u których nie nastąpiła taka poprawa, osobno dla obu płci.

W analizie statystycznej wykorzystano test t-Studenta dla prób niezależnych w przypadku zmiennych o rozkładzie normalnym. Używano licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL. Dane uzyskane w wyniku wymienionych badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów, przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej.

### **Wyniki**

Stwierdzono, że redukcja wskaźnika Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości (neurotyczności) była istotnie większa w grupie pacjentów z poprawą w zakresie MS niż w grupie, w której owa poprawa nie nastąpiła – dotyczyło to pacjentów obu płci (tab. 2 i 3).

Uszczegóławiając analizę, zaobserwowano, że znaczna część cech osobowości nerwicowej również uległa większej redukcji u pacjentów z poprawą w zakresie MS niż u pacjentów bez tej poprawy. Ta zależność została zaobserwowana w przypadku następujących cech osobowości nerwicowej u obu płci: Negatywna samoocena, Impulsywność, Poczucie wyobcowania, Demobilizacja, Trudności w relacjach emocjonalnych, Brak witalności, Poczucie braku wpływu, Poczucie winy, Trudności w relacjach interpersonalnych, Poczucie zagrożenia, Egzaltacja i Rozpamiętywanie, natomiast wyłącznie u kobiet w przypadku takich cech jak: Poczucie uzależnienia od otoczenia, Astenia, Trudności podejmowania decyzji, Przekonanie o niezaradności życiowej, Brak wewnątrzsterowności i Wyobraźnia, fantazjowanie (tab. 2 i 3).

**Tabela 2. Porównanie zmian, jakie nastąpiły pomiędzy kwalifikacją do leczenia a jego zakończeniem, w wartościach skal Kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006, w zależności od braku albo obecności poprawy w zakresie MS u kobiet (n = 134)**

Skale KON-2006	Średnie wartości zmian skal $\pm$ średnie odchylenie standardowe		Test t-Studenta				
	<sup>a</sup> Brak poprawy w zakresie MS (n = 21)	<sup>a</sup> Poprawa w zakresie MS (n = 113)	<sup>b</sup> Różnica średnich	Przedział ufności 95%		t	p
Globalna nerwicowa dezintegracja osobowości (współczynnik X-KON)	-5,72 $\pm$ 22,0	-24,99 $\pm$ 22,0	-19,27	-29,69	-8,85	-3,659	0,000
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	-0,38 $\pm$ 3,7	-3,31 $\pm$ 4,3	-2,93	-4,93	-0,93	-2,899	0,004
2. Astenia	0,00 $\pm$ 2,5	-3,83 $\pm$ 3,9	-3,83	-5,57	-2,09	-4,352	0,000
3. Negatywna samoocena	-0,29 $\pm$ 3,8	-4,15 $\pm$ 3,8	-3,86	-5,66	-2,07	-4,252	0,000
4. Impulsywność	-0,67 $\pm$ 3,9	-2,81 $\pm$ 4,0	-2,14	-4,00	-0,27	-2,269	0,025
5. Trudności podejmowania decyzji	0,00 $\pm$ 2,1	-1,74 $\pm$ 2,7	-1,74	-2,96	-0,53	-2,839	0,005
6. Poczucie wyobcowania	0,00 $\pm$ 4,1	-3,84 $\pm$ 3,7	-3,84	-5,61	-2,07	-4,300	0,000
7. Demobilizacja	-0,57 $\pm$ 3,8	-4,87 $\pm$ 4,4	-4,30	-6,32	-2,27	-4,199	0,000
8. Skłonność do ryzyka	0,33 $\pm$ 3,2	1,35 $\pm$ 2,3	1,02	-0,12	2,16	1,773	0,079
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	0,33 $\pm$ 2,9	-1,66 $\pm$ 2,5	-2,00	-3,20	-0,80	-3,297	0,001
10. Brak witalności	-0,43 $\pm$ 3,8	-3,65 $\pm$ 3,7	-3,23	-4,96	-1,49	-3,672	0,000
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	0,19 $\pm$ 3,7	-3,80 $\pm$ 3,8	-3,99	-5,77	-2,20	-4,416	0,000
12. Poczucie braku wpływu	-0,81 $\pm$ 3,2	-3,35 $\pm$ 3,1	-2,54	-4,02	-1,07	-3,403	0,001
13. Brak wewnętrzsterowności	-0,24 $\pm$ 3,4	-3,50 $\pm$ 4,1	-3,26	-5,14	-1,38	-3,432	0,001
14. Wyobrażenia, fantazjowanie	-0,05 $\pm$ 2,2	-1,69 $\pm$ 2,9	-1,64	-2,95	-0,33	-2,478	0,014
15. Poczucie winy	0,38 $\pm$ 2,8	-2,82 $\pm$ 3,1	-3,20	-4,65	-1,76	-4,382	0,000
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	0,00 $\pm$ 3,0	-1,97 $\pm$ 2,4	-1,97	-3,17	-0,78	-3,275	0,001
17. Zawiść	-0,67 $\pm$ 3,1	-1,83 $\pm$ 3,1	-1,17	-2,63	0,30	-1,578	0,117
18. Postawa narcystyczna	-0,24 $\pm$ 3,1	-0,56 $\pm$ 2,3	-0,32	-1,46	0,82	-0,552	0,582
19. Poczucie zagrożenia	-0,71 $\pm$ 3,6	-3,06 $\pm$ 3,1	-2,35	-3,85	-0,85	-3,097	0,002
20. Egzaltacja	-0,38 $\pm$ 2,7	-2,38 $\pm$ 2,8	-2,00	-3,30	-0,70	-3,043	0,003

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

21. Irracjonalność	-0,76 ± 1,9	-0,75 ± 2,0	0,01	-0,91	0,93	0,021	0,983
22. Drobiazgowość	-1,10 ± 2,1	-1,05 ± 1,8	0,04	-0,83	0,92	0,095	0,924
23. Rozpamiętywanie	0,00 ± 2,1	-1,77 ± 2,1	-1,77	-2,77	-0,77	-3,517	0,001
24. Poczucie przeciążenia	-0,90 ± 2,1	-0,90 ± 2,0	0,00	-0,95	0,95	0,004	0,997

<sup>a</sup> – wynik ujemny oznacza obniżenie się wartości skali pomiędzy okresem kwalifikacji a badaniem końcowym, zaś wynik dodatni oznacza jej wzrost; <sup>b</sup> – wynik ten jest różnicą pomiędzy średnimi odnoszonymi się do wartości, które zostały porównane w teście t-Studenta, tzn. jest on równy różnicy pomiędzy średnią zmian w wartościach skal pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS, a analogiczną średnią dotyczącą pacjentów, u których owa poprawa nie nastąpiła.

**Tabela 3. Porównanie zmian, jakie nastąpiły pomiędzy kwalifikacją do leczenia a jego zakończeniem, w wartościach skal Kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006, w zależności od braku albo obecności poprawy w zakresie MS u mężczyzn (n = 80)**

Skale KON-2006	Średnie wartości zmian skal ± średnie odchylenie standardowe		Test t-Studenta				
	<sup>a</sup> Brak poprawy w zakresie MS (n = 18)	<sup>a</sup> Poprawa w zakresie MS (n = 62)	<sup>b</sup> Różnica średnich	Przedział ufności 95%		t	p
Globalna nerwicowa dezintegracja osobowości (współczynnik X-KON)	-10,82 ± 20,0	-27,32 ± 26,0	-16,51	-29,75	-3,26	-2,481	0,015
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	-1,61 ± 3,4	-3,66 ± 5,4	-2,05	-4,74	0,64	-1,515	0,134
2. Astenia	-2,11 ± 3,1	-3,34 ± 4,4	-1,23	-3,43	0,98	-1,109	0,271
3. Negatywna samoocena	-0,61 ± 3,5	-4,24 ± 3,6	-3,63	-5,56	-1,70	-3,743	0,000
4. Impulsywność	-0,89 ± 3,0	-2,76 ± 3,3	-1,87	-3,60	-0,14	-2,149	0,035
5. Trudności podejmowania decyzji	-1,00 ± 2,5	-1,76 ± 3,2	-0,76	-2,38	0,86	-0,931	0,355
6. Poczucie wyobcowania	-0,94 ± 4,9	-4,44 ± 4,1	-3,49	-5,80	-1,18	-3,014	0,003
7. Demobilizacja	-1,17 ± 4,0	-4,79 ± 5,5	-3,62	-6,40	-0,85	-2,600	0,011
8. Skłonność do ryzyka	0,94 ± 2,2	1,63 ± 2,8	0,68	-0,76	2,13	0,943	0,349
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	-0,78 ± 2,3	-2,32 ± 2,8	-1,54	-2,99	-0,10	-2,122	0,037
10. Brak witalności	-0,94 ± 3,8	-3,94 ± 4,6	-2,99	-5,36	-0,63	-2,519	0,014
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	-1,94 ± 3,2	-3,69 ± 4,8	-1,75	-4,15	0,65	-1,451	0,151
12. Poczucie braku wpływu	-1,22 ± 2,9	-3,24 ± 3,4	-2,02	-3,79	-0,25	-2,271	0,026
13. Brak wewnątrzsterowności	-1,17 ± 4,0	-3,44 ± 4,7	-2,27	-4,71	0,17	-1,849	0,068

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*



14. Wyobrażenia, fantazjowanie	-0,72 ± 3,1	-1,82 ± 3,6	-1,10	-2,97	0,77	-1,172	0,245
15. Poczucie winy	-1,22 ± 3,2	-3,39 ± 3,4	-2,16	-3,95	-0,38	-2,419	0,018
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	-0,22 ± 3,2	-2,29 ± 3,2	-2,07	-3,76	-0,38	-2,433	0,017
17. Zawiść	-0,89 ± 3,3	-2,53 ± 3,3	-1,64	-3,39	0,11	-1,869	0,065
18. Postawa narcystyczna	-0,78 ± 2,6	-0,97 ± 2,4	-0,19	-1,49	1,11	-0,291	0,772
19. Poczucie zagrożenia	-0,72 ± 3,4	-3,39 ± 3,4	-2,66	-4,49	-0,84	-2,904	0,005
20. Egzaltacja	-0,28 ± 2,8	-2,71 ± 3,1	-2,43	-4,05	-0,81	-2,985	0,004
21. Irracjonalność	-0,11 ± 1,4	-0,92 ± 2,0	-0,81	-1,80	0,18	-1,621	0,109
22. Drobiazgowość	-1,06 ± 1,9	-1,50 ± 2,1	-0,44	-1,53	0,64	-0,816	0,417
23. Rozpamiętywanie	-0,72 ± 2,0	-2,15 ± 2,3	-1,42	-2,60	-0,25	-2,416	0,018
24. Poczucie przeciężenia	-1,39 ± 2,4	-0,68 ± 2,0	0,71	-0,40	1,82	1,273	0,207

<sup>a</sup> – wynik ujemny oznacza obniżenie się wartości skali pomiędzy okresem kwalifikacji a badaniem końcowym, zaś wynik dodatni oznacza jej wzrost; <sup>b</sup> – wynik ten jest różnicą pomiędzy średnimi odnoszącymi się do wartości, które zostały porównane w teście t-Studenta, tzn. jest on równy różnicy pomiędzy średnią zmian w wartościach skal pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS, a analogiczną średnią dotyczącą pacjentów, u których owa poprawa nie nastąpiła.

## Dyskusja

Uzyskane wyniki – dotyczące zmian, jakie nastąpiły po przebyciu 12-tygodniowego cyklu intensywnej psychoterapii, w zakresie różnych komponentów osobowości nerwicowej, które wiążą się redukcją MS – pozwalają na zaproponowanie wielu różnorodnych hipotez. Ograniczenia dotyczące objętości publikacji pozwalają na zaprezentowanie jedynie wybranej części z nich.

Jednym z rezultatów niniejszego badania, które posiada kluczowe znaczenie, jest stwierdzenie u obu płci wyraźnego związku pomiędzy redukcją MS a spadkiem w zakresie Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości (współczynnik *X-KON* – tab. 2 i 3). Poziom owej nerwicowej dezintegracji odpowiada sumie ważonych wyników uzyskiwanych według klucza na podstawie wszystkich 24 podskal kwestionariusza KON-2006 oraz, jak podają jego autorzy, stanowi miarę rozległości i nasilenia dysfunkcji osobowości związanych z powstawaniem i utrzymywaniem się zaburzeń nerwicowych [9, 42, 43]. Wydaje się zasadne przyjęcie, że globalna nerwicowa dezintegracja osobowości w znacznym stopniu odpowiada (lub jest tożsama) pojęciu neurotyczności. Definicja ta oraz powyżej przytoczone wyniki są spójne z wynikami osobnej części projektu badawczego, którym objęto tę samą grupę pacjentów. Zastosowano w niej inne narzędzie kliniczno-badawcze służące do mierzenia nasilenia objawów typowych dla zaburzeń nerwicowych – był nim Kwestionariusz objawowy KO<sub>„O”</sub> [32, 33]. Pozwoliło to stwierdzić, że ogólne nasilenie objawów nerwicowych uległo istotnie większej

redukcji u pacjentów z poprawą w zakresie MS niż u pacjentów bez niej – dotyczyło to obu płci ( $p < 0,0005$  zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn) [48].

Dalsze analizy dostarczyły wyników wskazujących, że współwystępowanie wymienionych powyżej korzystnych zmian odpowiadało potrzebom zdrowotnym subpopulacji pacjentów z MS. Jedną z tych analiz, dotąd niepublikowaną, dotyczyła tej samej grupy 680 pacjentów: zaobserwowano istotne różnice pomiędzy pacjentami, którzy wyjściowo nie zgłosili MS, a tymi, którzy je zgłosili (wśród tych ostatnich znajdowali się zarówno pacjenci, którzy później uzyskali poprawę w zakresie MS, jak i tacy, u których poprawa ta nie nastąpiła). Stwierdzono, że przed leczeniem pacjenci z MS cechowali się wyższym poziomem globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości niż pozostali (w teście t-Studenta u kobiet  $p < 0,001$ ; poziom współczynników X-KON:  $43,5 \pm 22$  pkt vs.  $31,5 \pm 20$  pkt, zaś u mężczyzn  $p < 0,001$ ; X-KON:  $51,6 \pm 23$  pkt vs.  $30,3 \pm 22$  pkt (tab. 4), przy czym należy dodać, że wartość X-KON typowa dla chorych wynosi ponad 18 pkt, typowa dla zdrowych – poniżej 8 pkt, zaś wyniki pomiędzy 8 a 18 pkt powinny być uznawane za „niepewne” [9, 42–44]). Analogiczne badanie, przeprowadzone na 739 kobietach i 324 mężczyznach tego samego dziennego oddziału psychoterapeutycznego badanych pomiędzy 2004 a 2008 r., również wykazało istnienie związku pomiędzy występowaniem MS a wyższym nasileniem globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości ( $p < 0,001$  zarówno u kobiet, jak i mężczyzn) [24]. W badaniu tym stwierdzono także, iż pacjenci z MS byli wyjściowo obciążeni wyższym nasileniem objawów nerwicowych niż pozostali ( $p < 0,001$  zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn – nasilenie objawów także mierzono za pomocą Kwestionariusza KO„O” [32, 33]). Przytoczone obserwacje dotyczące stanu pacjentów przed rozpoczęciem leczenia psychoterapeutycznego przemawiają za istnieniem powiązań między MS a wysokim poziomem neurotyczności (Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości). Współbrzmie to z doniesieniami badaczy, którzy posługiwali się także innymi narzędziami pozwalającymi na badanie (różnie definiowanej) neurotyczności, np. modelem Wielkiej Piątki Costy i McCrae (inventarzami NEO-PI-R i NEO-FFI) [49–52] czy też kwestionariuszem osobowości Eysencka (Eysenck Personality Questionnaire – Revised – EPQ-R) [53, 54].

Stwierdzenie w ramach niniejszego badania związków pomiędzy redukcją MS oraz redukcją neurotyczności wydaje się istotnym uzupełnieniem i rozwinięciem dotychczas przeprowadzonych badań. Całość zgromadzonych wyników przemawia za tym, że wysoki poziom neurotyczności (czy też globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości) w tej grupie pacjentów miał udział w powstawaniu i utrzymywaniu się MS (definiowanych jako zadeklarowanie chęci odebrania sobie życia obecnej w ciągu tygodnia poprzedzającego badanie). Można także przyjąć, że intensywna psychoterapia prowadzona w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego stanowi w tych przypadkach użyteczną metodę leczniczą, która prowadzi równocześnie do redukcji neurotyczności [14, 15] oraz redukcji MS. Wydaje się prawdopodobne, że wykazana redukcja neurotyczności (stanowiąca jeden z głównych celów zastosowanej psychoterapii) należy do czynników, które prowadzą ku zaobserwowanej poprawie w zakresie MS. Ponadto, wobec doniesień o powiązaniach między neurotycznością i MS a pozostałymi przejawami autoagresji [54–57], nasuwają się pytania o wpływ

zastosowanego leczenia na ryzyko zachowań samobójczych, samookaleczeń, na tendencje pacjentów do ekspozycji na niebezpieczeństwa oraz o trwałość efektów przebytej przez nich terapii.

W dalszym toku analizy wyróżniono część komponentów osobowości nerwicowej, których związek z MS był szczególnie wyraźny – wymienione poniżej komponenty osobowości uległy większej redukcji wraz z poprawą w zakresie MS (poziom istotności  $p < 0,05$  lub niższy; tab. 2–4): Negatywna samoocena (określająca postrzeganie siebie jako osoby nieatrakcyjnej, bezwartościowej, niezadowolonej z siebie), Impulsywność (określa postrzeganie siebie jako osoby łatwo wybuchającej, kłótlivej, drażliwej, niezdolnej dla otoczenia, agresywnej fizycznie, a zarazem odczuwającej dezaprobatę dla tych zachowań), Poczucie wyobcowania (opisujące postrzeganie siebie jako osoby osamotnionej, pozbawionej oparcia społecznego, nierozumianej, lekceważonej), Demobilizacja (opisująca przeżywanie utraty nadziei i zmniejszenia się dynamiki życiowej, obawianie się nowych wyzwań i sytuacji, poczucie zmęczenia, niezadowolonia z siebie), Trudności w relacjach emocjonalnych (poczucie trudności w kontaktach z ludźmi i związaną z tym nieufność w relacjach z otoczeniem), Brak witalności (określa brak dynamiki życiowej i spostrzeganie tej dysfunkcji), Poczucie braku wpływu (określa spostrzeganie siebie jako osoby zależnej od okoliczności, sił wyższych, wydarzeń losowych i innych ludzi oraz ponoszącej z tego powodu rozmaite szkody), Poczucie winy (określające tendencję badanego do przeżywania poczucia winy, zamartwiania się, pretensji do siebie o swoje zachowania i cechy swego charakteru), Trudności w relacjach interpersonalnych (opisuje zarówno trudności w relacjach z otoczeniem, jak i postrzeganie siebie jako osoby nieradzącej sobie w kontaktach z ludźmi), Poczucie zagrożenia (dotyczące nieufności wobec innych, przewidywania niepowodzeń i rezygnowania ze swoich celów, spostrzeganie siebie jako osoby mało odpornej, nierozumianej, wykorzystywanej przez otoczenie), Egzaltacja (określa postrzeganie siebie jako osoby bardzo wrażliwej, delikatnej, uczuciowej, zmiennej w nastrojach, a przy tym szukającej oparcia), Rozpamiętywanie (określa tendencję badanego do rozmyślania o sobie i swoim postępowaniu oraz jego niepewność i wrażliwość); zaś wyłącznie u kobiet: Poczucie uzależnienia od otoczenia (określające tendencję badanej do postrzegania siebie jako osoby zależnej, podporządkowującej się innym, ustępliwej, nieumiejącej odmawiać, uzależniającej swoje opinie i działanie od osób z otoczenia, a zarazem krytycznej wobec tych swoich właściwości), Astenia (opisująca badaną jako osobę mało dynamiczną, dostrzegającą swoją słabość psychiczną, niezadowoloną z życia), Trudności podejmowania decyzji (opisujące dostrzeganie u siebie trudności podejmowania decyzji, skłonność do wahania, rozważania, unikania samodzielnego okazywania inicjatywy), Przekonanie o niezaradności życiowej (określające spostrzeganie siebie jako osoby mało stanowczej, nieporadnej, niedążącej do osiągnięcia swoich celów, łatwo dezorganizującej się i wycofującej w sytuacjach spiętrzenia trudności), Brak wewnętrzsterowności (określające spostrzeganie siebie jako osoby niesterownej swoimi własnymi dążeniami i decyzjami, niezdolnej do okazywania inicjatywy i samodzielnego kierowania swoim życiem), Wyobraźnia, fantazjowanie (określające tendencję badanej do tworzenia wyobrażeń, zwłaszcza wielkościowych, pragnienie uzyskiwania podziwu i sympatii otoczenia) [9, 42, 43].

Znaczenie wymienionych powyżej komponentów osobowości nerwicowej w kontekście MS dodatkowo uwytłumaczone jest przez wyniki osobnej analizy dotyczącej tych samych pacjentów. We wszystkich wymienionych powyżej komponentach osobowości nerwicowej ich wyjściowo wysoki poziom wiązał się z wyjściową obecnością MS (poziom istotności  $p < 0,05$  lub niższy – wyniki dotąd niepublikowane; tab. 4). Łącznie wyniki te pozwalają przypuszczać, że owe komponenty osobowości nerwicowej mogą predysponować do występowania i utrzymywania się MS, zaś ich redukcja w toku psychoterapii może prowadzić do poprawy w zakresie MS.

Kolejna analiza przeprowadzona w ramach projektu badawczego, którym objęci byli ci sami pacjenci, wykazała, że wyjściowe poziomy trzech (spośród 24 mierzonych za pomocą KON-2006) komponentów osobowości nerwicowej były istotnymi czynnikami prognostycznymi dla poprawy w zakresie MS – były nimi Impulsywność ( $p = 0,038$ ) i Skłonność do ryzyka ( $p = 0,002$ ), których wysokie poziomy u kobiet wiązały się z niższymi niż przeciętne szansami na redukcję MS, oraz Zawzięć ( $p = 0,041$ ), której wysoki poziom u mężczyzn wiązał się wyższymi niż przeciętne szansami na redukcję MS (wyniki te zostały szerzej omówione w osobnej publikacji [58]; tab. 4).

**Tabela 4. Zestawienie wyników dotyczących różnego rodzaju związków pomiędzy MS a nasileniem nerwicowych zaburzeń osobowości i ich komponentów. Wszystkie zestawione wyniki dotyczą tej samej grupy 461 kobiet i 219 mężczyzn oraz należącej do nich podgrupy 134 kobiet i 80 mężczyzn, którzy wyjściowo zgłosili MS oraz przeszli cykl intensywnej psychoterapii**

	Czynniki osobowościowe, których wyjściowo wysoki poziom wiązał się z obecnością MS <sup>a</sup>		Czynniki osobowościowe, które w toku terapii uległy istotnie większej redukcji u pacjentów z poprawą w zakresie MS niż u tych bez owej poprawy <sup>b</sup>		Czynniki osobowościowe, których wyjściowo wysoki poziom był istotny prognostycznie dla braku poprawy w zakresie MS [58]	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
Globalna nerwicowa dezintegracja osobowości (współczynnik X-KON)	***	***	***	*	ns	ns
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	**	***	**	ns	ns	ns
2. Astenia	***	***	***	ns	ns	ns
3. Negatywna samoocena	***	***	***	***	ns	ns
4. Impulsywność	**	***	*	*	*	ns
5. Trudności podejmowania decyzji	*	ns	**	ns	ns	ns
6. Poczucie wyobcowania	***	***	***	**	ns	ns
7. Demobilizacja	***	***	***	*	ns	ns
8. Skłonność do ryzyka	ns	ns	ns	ns	**	ns

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

9. Trudności w relacjach emocjonalnych	**	*	***	*	ns	ns
10. Brak witalności	***	***	***	*	ns	ns
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	***	***	***	ns	ns	ns
12. Poczucie braku wpływu	***	***	***	*	ns	ns
13. Brak wewnątrzsterowności	***	***	***	ns	ns	ns
14. Wyobrażenia, fantazjowanie	**	***	*	ns	ns	ns
15. Poczucie winy	***	***	***	*	ns	ns
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	***	***	***	*	ns	ns
17. Zawiść	***	***	ns	ns	ns	!
18. Postawa narcystyczna	**	**	ns	ns	ns	ns
19. Poczucie zagrożenia	***	***	**	**	ns	ns
20. Egzaltacja	***	***	**	**	ns	ns
21. Irracjonalność	ns	ns	ns	ns	ns	ns
22. Drobiazgowość	ns	ns	ns	ns	ns	ns
23. Rozpamiętywanie	***	***	***	*	ns	ns
24. Poczucie przeciążenia	ns	ns	ns	ns	ns	ns

<sup>a</sup> wyniki dotąd niepublikowane; <sup>b</sup> wyniki niniejszej pracy, szerzej przedstawione w tabelach 2 i 3; \*\*\* powiązania istotne na poziomie  $p < 0,001$  przy dodatniej korelacji Pearsona; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; ns – brak związku istotnego statystycznie ( $p \geq 0,05$ ); ! – jedyne powiązanie istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ), w przypadku którego korelacja Pearsona między zmiennymi była ujemna, co oznaczało, że wysoki poziom Zawiści wiązał się z relatywnie większymi szansami na poprawę w zakresie MS, w odróżnieniu od Impulsywności i Skłonności do ryzyka, których wysokie wartości stanowiły czynniki niekorzystne rokowniczo w odniesieniu do MS – wyniki te zostały szerzej omówione w osobnej publikacji [58]

Niejednoznaczne wyniki uzyskano w przypadku Postawy narcystycznej u obu płci (określającej spostrzeganie siebie jako osoby zasługującej na szczególne przywileje, chcącej posiadać więcej niż inni, mającej poczucie wyższości oraz egocentrycznej [9, 42, 43]; tab. 2–4). Choć wyjściowa obecność MS wiązała się z wydatną postawą narcystyczną, prawdopodobnie eliminowanie u pacjentów obron narcystycznych poprzez poszerzanie ich wglądu w trakcie psychoterapii mogło wiązać się z ujawnianiem negatywnych uczuć w stosunku do ich własnego „ja”. Konfrontowanie się pacjentów z owymi niedostępnymi im wcześniej bolesnymi uczuciami mogło obniżyć ich wygórowane poczucie własnej wartości, co w krótkiej perspektywie nie sprzyjało redukcji MS i wymagało dalszego leczenia psychoterapeutycznego.

Zaskakujące okazały się wyniki dotyczące Poczucia przeciążenia (wskazującego na spostrzeganie siebie jako osoby podporządkowanej zasadom, zobowiązaniom i zadaniom, wymagającej wiele od siebie, nadmiernie obciążonej [9, 42, 43]). Choć mogłoby się wydawać, że wysoki poziom obciążenia zobowiązaniami, zadaniami czy trudnościami życiowymi mógłby predysponować do MS [55], w żadnej z przeprowadzonych analiz nie natrafiono na istotne powiązania między Poczuciem przeciążenia a MS (tab. 2–4). Na przykład można byłoby oczekiwać, że zmniejszenie się poziomu Poczucia przeciążenia w toku psychoterapii będzie wiązało się z redukcją MS, jednak niniejsze badanie nie potwierdziło istnienia takiego powiązania. Fakt ten można tłumaczyć specyfiką zastosowanej skali. Mogła ona być jednocześnie czuła na takie aspekty osobowości jak lojalność wobec bliskich, dążenie do wywiązania się z podjętych zobowiązań czy też podporządkowanie zasadom religijnym, które mogły stanowić czynniki protekcyjne wobec MS [59] i tym samym mogły równoważyć „prosuicydalny” wpływ samego przeciążenia trudnościami.

Przy interpretowaniu wyników niniejszego badania ważne jest podkreślenie, że pacjenci z MS w trakcie jego trwania nie byli obarczeni wysokim ryzykiem samobójstwa, które wykluczałoby możliwość leczenia w oddziale dziennym. Niemniej jednak obecność innych przejawów autoagresji [60, 61], np. epizodów nadużycia substancji psychoaktywnych, samookaleczeń w trakcie terapii lub obecność prób samobójczych w wywiadzie, nie należały do rzadkości. Poza tym brak grupy kontrolnej wobec badanej populacji nasuwa pytanie, czy zaobserwowane zmiany nastąpiły w rezultacie zastosowanych oddziaływań leczniczych. Jednak wobec odnotowanej dynamiki rozpowszechnienia i nasilenia badanych objawów (tab. 1–3) oraz faktu, iż zastosowane leczenie psychoterapeutyczne stanowi powszechnie uznaną metodę terapii stosowaną wobec grup pacjentów, do których należeli badani [3, 4, 14, 17, 18, 41, 46, 62–69], wydaje się wysoce prawdopodobne, że uzyskane wyniki opisują zmiany, które nastąpiły pod wpływem psychoterapii. Do ograniczeń przeprowadzonego badania należała niemożność zweryfikowania trwałości zaobserwowanych zmian. Niemniej stanowi to typowy niedostatek większości badań nad zmianami zachodzącymi podczas psychoterapii prowadzonymi w codziennej praktyce – badania follow-up przeprowadzane są rzadko i niewielu byłych pacjentów bierze w nich udział. Ponadto Kwestionariusz KO„O”, na którym bazowało niniejsze badanie, skonstruowany jest z pytań dotyczących ostatnich siedmiu dni, co mogło wiązać się z „niewychwyceniem” pacjentów, u których MS ustąpiły jedynie tymczasowo. Co więcej, pacjenci proszeni byli o określenie stopnia „uciążliwości” poszczególnych objawów, w tym MS, podczas gdy doświadczenie kliniczne pokazuje, że część pacjentów, szczególnie głęboko depresyjnych bądź z poważnymi zaburzeniami osobowości, może doświadczać MS jako egosyntonicznych. Prawdopodobne jest również, że MS zgłaszane przez niektórych pacjentów mogły mieć charakter manipulacyjny. Z tych też powodów należy pamiętać, że zadeklarowanie w kwestionariuszu przez pacjentów obecności MS nie może być utożsamiane z potwierdzeniem ich obecności podczas badania psychiatrycznego. Dla wyników niniejszego badania zasadnicze znaczenie ma także rodzaj zastosowanego podejścia psychoterapeutycznego, którym było podejście psychodynamiczne niezakładające ściśle określonego planu oddziaływań, ale dobór interwencji dokonywany na bieżąco

i w sposób zindywidualizowany, zatem obserwowane zmiany w przypadku każdego z pacjentów mogły być rezultatem nieco innych oddziaływań [26, 37]. Należy także zaznaczyć, że niniejsze badanie objęło tylko niewielką część z szerokiego spektrum czynników, które mogą mieć znaczenie dla obecności i redukcji MS.

### Wnioski

1. Stwierdzono, że u pacjentów leczonych w oddziale dziennym za pomocą intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego, z powodu zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości, redukcja Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości (neurotyczności) była istotnie większa w grupie pacjentów z poprawą w zakresie MS niż w grupie, w której owa poprawa nie nastąpiła – dotyczyło to pacjentów obu płci.
2. Znaczna część cech osobowości nerwicowej również uległa większej redukcji u pacjentów z poprawą w zakresie MS niż u pacjentów bez takiej poprawy. Zależność ta została zaobserwowana w przypadku następujących cech osobowości nerwicowej u obu płci: Negatywna samoocena, Impulsywność, Poczucie wyobcowania, Demobilizacja, Trudności w relacjach emocjonalnych, Brak witalności, Poczucie braku wpływu, Poczucie winy, Trudności w relacjach interpersonalnych, Poczucie zagrożenia, Egzaltacja i Rozpamiętywanie, natomiast wyłącznie u kobiet w przypadku takich cech jak Poczucie uzależnienia od otoczenia, Astenia, Trudności podejmowania decyzji, Przekonanie o niezaradności życiowej, Brak wewnątrzsterowności i Wyobrażenia, fantazjowanie.
3. Uzyskane wyniki potwierdzają skuteczność intensywnej psychoterapii jako metody leczenia prowadzącej do kompleksowej poprawy obejmującej zmniejszenie nasilenia nerwicowych zaburzeń osobowości (poziomu neurotyczności) oraz większości cech osobowości nerwicowej, jak i redukcję MS.
4. Ujawnione powiązania wspierają hipotezę o neurotyczności u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości jako czynnikiem predysponującym do występowania MS.

### Piśmiennictwo

1. Ormel J, Jeronimus BF, Kotov R, Riese H, Bos EH, Hankin B. i wsp. *Neuroticism and common mental disorders: meaning and utility of a complex relationship*. Clin. Psychol. Rev. 2013; 33(5): 686–697.
2. Ormel J, Bastiaansen A, Riese H, Bos EH, Servaas M, Ellenbogen M. i wsp. *The biological and psychological basis of neuroticism: current status and future directions*. Neurosci. Biobehav. Rev. 2013; 37(1): 59–72.
3. Aleksandrowicz J. *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
4. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2014.
5. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005.

6. Heitzman J, Furgal M, Pilecki M. *Etiologia, patogeneza i epidemiologia zaburzeń psychicznych*. W: Heitzman J. red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007. s.16–19.
7. Sadock BJ, Kaplan HI. red. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. wyd. 10. Lippincott: Williams & Wilkins; 2007.
8. Bienvenu OJ, Brandes M. *The interface of personality traits and anxiety disorders*. *Prim. Psychiatry* 2005; 12(3): 35–39.
9. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006*. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41(6): 759–778.
10. Clark LA. *Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology*. *J. Abnorm. Psychol.* 2005; 114(4): 505–521.
11. McCrae RR, Costa PT Jr. *Personality trait structure as a human universal*. *Am. Psychol.* 1997; 52(5): 509–516.
12. Bobić J. *Subjective estimation of the quality of life in relation to neuroticism*. *Arh. Hig. Rada Toksikol.* 2012; 63(supl. 1): 17–22.
13. Samochowiec J, Kucharska-Mazur J, Hajduk A, Wojciechowski B, Samochowiec A. *Profil osobowości pacjentów z zaburzeniami lękowymi oceniany za pomocą Inwentarza Temperamentu i Charakteru Cloningera (TCI) oraz Kwestionariusza Osobowości R.B. Cattella*. *Psychiatr. Pol.* 2005; 39(3): 527–536.
14. 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.
15. 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.* 2014 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/6].
16. Jarema M. *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Gdańsk: Via Medica; 2011.
17. Leenaars AA. *Psychotherapy with suicidal people a person-centred approach*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.; 2004.
18. Fowler JC. *Core principles in treating suicidal patients*. *Psychotherapy (Chic)* 2013; 50(3): 268–272.
19. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D. i wsp. *The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention*. *Eur. Psychiatry* 2012; 27(2): 129–141.
20. Victor SE, Klonsky ED. *Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis*. *Clin. Psychol. Rev.* 2014; 34(4): 282–297.
21. Anyansi TE, Agyapong VI. *Factors predicting suicidal ideation in the preceding 12 months among patients attending a community psychiatric outpatient clinic*. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.* 2013; 17(2): 120–124.
22. Liu RT, Miller I. *Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review*. *Clin. Psychol. Rev.* 2014; 34(3): 181–192.
23. Hendin H, Haas AP, Maltzberger JT, Koestner B, Szanto K. *Problems in psychotherapy with suicidal patients*. *Am. J. Psychiatry* 2006; 163(1): 67–72.



24. Sobański JA, Cyranka K, Rodziński P, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E. i wsp. *Czy cechy osobowości i nasilenie objawów nerwicowych wiążą się ze sprawozdawaniem myśli samobójczych u pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych?* Psychiatr. Pol. 2014 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/5].
25. Hsiao FH, Lai YM, Chen YT, Yang TT, Liao SC, Ho RT. i wsp. *Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood.* Gen. Hosp. Psychiatry 2014; 36(2): 214–219.
26. Rodziński P, Sobański JA, Rutkowski K, Cyranka K, Murzyn A i wsp. *Skuteczność terapii na oddziale dziennym leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych w zakresie redukcji nasilenia i eliminacji myśli samobójczych.* Psychiatr. Pol. 2015 (przyjęto do druku).
27. Mewton L, Andrews G. *Cognitive behaviour therapy via the internet for depression: A useful strategy to reduce suicidal ideation.* J. Affect. Disord. 2014; 170c: 78–84.
28. Watts S, Newby JM, Mewton L, Andrews G. *A clinical audit of changes in suicide ideas with internet treatment for depression.* BMJ Open 2012; 2(5): pii: e001558.
29. Christensen H, Farrer L, Batterham PJ, Mackinnon A, Griffiths KM, Donker T. *The effect of a web-based depression intervention on suicide ideation: secondary outcome from a randomised controlled trial in a helpline.* BMJ Open 2013; 3(6): pii: e002886.
30. Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S. i wsp. *Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2014; 53(10): 1082–1091.
31. Weitz E, Hollon SD, Kerkhof A, Cuijpers P. *Do depression treatments reduce suicidal ideation? The effects of CBT, IPT, pharmacotherapy, and placebo on suicidality.* J. Affect. Disord. 2014; 167: 98–103.
32. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych.* Psychiatr. Pol. 1994; 28(6): 667–676.
33. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”.* Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 931–943.
34. 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.
35. de Barbaro B, Cechnicki A. *Możliwość ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznej z perspektywy psychiatrii społecznej.* Psychiatr. Pol. 1992; (1-2): 155–159.
36. Tobiasz-Adamczyk B, Szafraniec K, Bajka J. *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
37. Rodziński P, Rutkowski K, Sobański JA, Murzyn A, Cyranka K, Grządziel K. i wsp. *Redukcja myśli samobójczych u pacjentów dziennego oddziału leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe.* Psychiatr. Pol. 2015 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/32223].
38. Makara-Studzińska M, Sygit K, Sygit M, Goździewska M, Zubilewicz J, Kryś-Noszczyk K. *Analysis of the phenomenon of attempted suicides in 1978-2010 in Poland, with particular emphasis on rural areas of Lublin Province.* Ann. Agric. Environ. Med. 2012; 19(4): 762–769.
39. Zięba A, Dubiel D, Stach R. *Trudności stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu depresji.* Post. Psychiatr. Neurol. 1995; 4: 245–251.
40. Wołodźko T, Kokoszka A. *Próba klasyfikacji osób podejmujących zachowania samobójcze – przegląd badań z zastosowaniem analizy skupień.* Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 823–834.
41. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym.* Psychiatr. Pol. 1994; 28(4): 421–430.

42. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006.
43. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Dorota Stolarska D. *KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2009; 11(1): 21–29.
44. Ježková V, Matulová P. *Pilot study of KON-2006 in the Czech Republic*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2010; 12(3): 57–61.
45. Styła R. *Concept of reliable change in the usage of the KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2011; 13(3): 21–24.
46. 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.
47. Białas A. *Wiek pacjentów a skuteczność psychoterapii i możliwość zmiany cech osobowości*. Psychoterapia 2008; 144(1): 27–42.
48. Rodziński P, Rutkowski K, Murzyn A, Sobański JA, Cyranka K, Dembińska E. i wsp. *Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*. Psychiatr. Pol. Online First 2015 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36294].
49. Brezo J, Paris J, Turecki G. *Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review*. Acta Psychiatr. Scand. 2006; 113(3): 180–206.
50. Cox BJ, Enns MW, Clara IP. *Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the national comorbidity survey*. Suicide Life Threat. Behav. 2004; 34: 209–219.
51. Enns MW, Cox BJ, Inayatula M. *Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 42: 720–727.
52. Velting DM. *Suicidal ideation and the five-factor model of personality*. Pers. Individ. Dif. 1999; 27: 943–952.
53. Farmer A, Redman K, Harris T, Webb R, Mahmood A, Sadler S. i wsp. *The Cardiff sib-pair study suicidal ideation in depressed and healthy subjects and their siblings*. Crisis 2001; 22: 71–73.
54. Batterham PJ, Christensen H. *Longitudinal risk profiling for suicidal thoughts and behaviours in a community cohort using decision trees*. J. Affect. Disord. 2012; 142(1–3): 306–314.
55. Handley TE, Attia JR, Inder KJ, Kay-Lambkin FJ, Barker D, Lewin TJ. i wsp. *Longitudinal course and predictors of suicidal ideation in a rural community sample*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2013; 47(11): 1032–1040.
56. Chodak M, Barwiński Ł. *Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem – przegląd zagadnień*. Psychiatr. Psychother. 2010; 6(1): 19–30.
57. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Maniecka M. *Autodestruktywność pośrednia a pleć psychologiczna*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 759–771.
58. Rodziński P, Rutkowski K, Murzyn A, Sobański JA, Cyranka K, Dembińska E. i wsp. *Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a występujące u nich przed rozpoczęciem hospitalizacji cechy osobowości nerwicowej*. Psychiatr. Pol. Online First 2015 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/34108].
59. Blüml V, Kapusta ND, Doering S, Brähler E, Wagner B, Kersting K. *Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population*. PLoS One 2013; 8(10): e76646.
60. Bętkowska-Korpała B. red. *Uzależnienia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Parpamedia; 2009.

61. Modrzejewska R, Bomba J. *Porównanie obrazu depresji młodzieńczej w populacji uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych na podstawie analizy wyników badań za pomocą inwentarza objawowego IO „B1” w latach 1984 i 2001*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(2): 175–182.
62. Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. red. *Psychiatria*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012.
63. Leichsenring F, Hiller W, Weissberg M, Leibing E. *Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications*. Am. J. Psychother. 2006; 60(3): 233–259.
64. Town JM, Abbass A, Hardy G. *Short-term psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a critical review of randomized controlled trials*. J. Pers. Disord. 2011; 25(6): 723–740.
65. Schier K. *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009.
66. Pilecki M, Cygankiewicz P. *Specyfika, zasady i dylematy terapii pacjentek z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego na młodzieżowym oddziale psychiatrycznym*. Psychoterapia 2008; 147(4): 17–27.
67. de Barbaro B, Józefik B, Drożdżowicz L. *Terapia rodzin w zaburzeniach osobowości: wątpliwości i możliwości*. Psychoterapia 2008; 144(1): 5–16.
68. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004.
69. Kamiński R. *Effect of group psychotherapy on changes in symptoms and personality traits in patients with anxiety syndromes* Ann. Acad. Med. Stetin. 2001; 47: 177–188.

Adres: Paweł Rodziński  
Katedra Psychoterapii UJ CM  
Lenartowicza 14, 31-138 Kraków

Otrzymano: 17.11.2014  
Zrecenzowano: 14.01.2014  
Otrzymano po poprawie: 21.01.2015  
Przyjęto do druku: 2.02.2015

Projekt współfinansowany ze środków  
Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego  
2012-2017