

## Różnice w zakresie skuteczności intensywnych programów leczenia zaburzeń osobowości i nerwic. Czy warto monitorować efektywność zespołu terapeutycznego?

### Differences in effectiveness of intensive programs of treatment for neurotic and personality disorders. Is it worth to monitor the effectiveness of the therapeutic team?

Rafał Styła

Katedra Psychopatologii i Psychoterapii Wydziału Psychologii UW  
Kierownik: dr hab. J. Rakowska

#### Summary

**Objectives.** To test whether three different intensive programs of treatment for neurotic and personality disorders are effective in decreasing neurotic symptoms and traits of neurotic personality and whether there are differences between them in clinical outcome.

**Method:** The sample consisted of 105 patients (83% female, mean age 35) diagnosed with neurosis and personality disorders that were treated in three therapeutic wards under routine inpatient conditions. The therapeutic programs are designed for patients with neurotic and personality disorders. They consist of 6-12 weeks of approximately 5 hours of eclectic group treatment (group psychotherapy, psychodrama, psychoeducation etc.). Participants filled in Symptoms' Questionnaire KS-II, and Neurotic Personality Questionnaire KON-2006 at the beginning and at the end of the course of psychotherapy.

**Results.** The treatment proved to be effective in diminishing neurotic symptoms ( $d$  Cohen=0.56). More detailed analysis revealed that there was a significant interaction between the three analysed therapeutic wards and the effectiveness ( $\eta^2=0.09$ ). The treatments offered in two institutions were effective ( $d$  Cohen=0.80) while one of the programs did not lead to significant improvement of the patients. None of the therapeutic wards proved to be effective in changing the neurotic personality traits.

**Conclusions.** There are significant differences in effectiveness of the intensive programs of treatment for neurotic and personality disorders. In the light of the literature, one can assume that the differences are more connected with the characteristics of therapeutic teams than with the methods used. The need for standard methods of effectiveness monitoring is discussed.

**Słowa kluczowe:** psychoterapia, efektywność leczenia, niepowodzenie leczenia

**Key words:** psychotherapy, treatment effectiveness, treatment failure

#### Wstęp

Psychoterapia jest metodą pomocy psychologicznej o udowodnionej empirycznie skuteczności. Wniosek taki płynie z jakościowych przeglądów literatury odnoszących

się do skuteczności psychoterapii, jak i z szeregu metaanaliz uwzględniających wiele badań nad jej efektywnością [1–5]. Na podstawie podsumowania wielu badań można uznać, że przeciętnie 65% uczestników psychoterapii odnosi z niej korzyści, a stan około 10% pacjentów się pogarsza oraz że średnia wielkość efektu psychoterapii wynosi około 0,7 odchylenia standardowego [5]. Oznacza to, że przeciętna osoba po udziale w psychoterapii miała lepsze wyniki niż 76% osób nieleczonych.

Jednym z najczęściej podejmowanych w badaniach empirycznych zagadnień było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, która ze szkół psychoterapii jest najskuteczniejsza w odniesieniu do konkretnych zaburzeń psychicznych. Po kilku dekadach prowadzonych badań i dyskusji odpowiedź na to pytanie zawężała się do dwóch możliwości: nie ma różnic w skuteczności między podstawowymi szkołami psychoterapii lub te różnice są niewielkie i wynoszą około 0,2 wielkości efektu (co tłumaczy około 1% wariancji wyników) [6]. Wynik ten nie oznacza, że nie warto szukać i opracowywać nowych metod pomocy osobom z wybranymi zaburzeniami psychicznymi. Sugeruje on jednak, że w stosunku do najczęściej badanych zaburzeń (takich jak depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości), metody, które są obecnie powszechnie stosowane (najczęściej badane podejścia to terapia behawioralno-poznawcza, interpersonalna, psychodynamiczna, humanistyczna, systemowa), mają zbliżoną skuteczność. A zatem istnieje niewielka przestrzeń na wzrost skuteczności psychoterapii poprzez zamianę jednej grupy uznanych metod na inne.

Ciekawą i stosunkowo nową propozycją sposobu na zwiększenie skuteczności psychoterapii – niezależnie od podejścia, w jakim psychoterapia jest prowadzona – jest metoda monitorowania wyników [7]. Polega ona na rutynowym pomiarze zmian wybranych zmiennych u pacjentów będących w psychoterapii (zazwyczaj nasilenia objawów psychopatologicznych mierzonego na każdej sesji). Następnie informacje dotyczące postępów danego pacjenta są porównywane za pomocą programu komputerowego z przebiegiem zmian i efektów terapii innych pacjentów. Na tej podstawie terapeuta uzyskuje informacje, czy psychoterapia danego pacjenta przebiega pomyślnie, czy też jest ona zagrożona niepowodzeniem. Badania walidujące tę metodę wykazały, że jej używanie prowadzi do zmniejszenia odsetka osób, które z psychoterapii nie skorzystały. Na przykład w pięciu kontrolowanych badaniach nad efektywnością systemu opracowanego przez Michaela Lamberta wielkość efektu stosowania tej metody w porównaniu z grupą kontrolną, w której terapeuci nie otrzymywali informacji zwrotnych, wynosiła od 0,28 aż do 0,7 [8]. Warto w tym momencie nadmienić, iż interpretacja wyników uzyskanych w toku monitorowania przebiegu psychoterapii wymaga ostrożności. Badania wykazują, że u części pacjentów czasowe nasilenie objawów psychopatologicznych w toku psychoterapii jest zjawiskiem naturalnym, które nie wiąże się z jej niepowodzeniem [9, 10], a różne grupy objawów charakteryzują się odmienną trajektorią zmiany [11]. Badacze psychoterapii zwracają również uwagę na znaczenie pomiaru odroczonego od zakończenia psychoterapii [12].

Inną obiecującą możliwością, która może być oparta na systemie monitorowania postępów pacjentów, jest bardziej ogólna ocena pracy terapeutów. Na dorocznej konferencji Towarzystwa Badania Psychoterapii (SPR) w 2010 roku w Asilomar, w Stanach Zjednoczonych, badacz psychoterapii Bruce Wampold stwierdził w trak-

cie dyskusji, że obecnie najefektywniejszym sposobem na zwiększanie skuteczności psychoterapii jest identyfikowanie terapeutów uzyskujących najslabsze wyniki. Mało efektywni terapeuci powinni otrzymać dodatkową pomoc nakierowaną na poprawę efektów ich pracy (np. w postaci dodatkowej superwizji, szkolenia, terapii własnej). Na poparcie tej tezy można przytoczyć wyniki badań nad efektywnością terapeutów. Okazuje się, że zmienność efektów terapii można tłumaczyć od 6% do 9% różnicami między terapeutami [13–16]. Wartość 9% wyjaśnianej wariancji można przełożyć na wartość 0,6 wielkości efektu, którą – w kontekście wyżej wymienionej wartości 0,2 (różnice między szkołami) i wartości 0,7 (ogólna efektywność psychoterapii) – należy uznać za znaczącą [6].

Do czynników związanych z terapeutą, które potencjalnie prowadzą do złych efektów terapii, należą niezdolność do identyfikacji i zaradzenia zaczynającemu się kryzysowi w relacji terapeutycznej [17], przeważający wrogi i dominujący styl interpersonalny [18], wypalenie zawodowe [19] czy też przekraczanie granic etycznych. W jednej z ankiet przeprowadzonych wśród amerykańskich psychoterapeutów okazało się, że około 7–10% terapeutów (przeważnie dotyczyło to mężczyzn) miało przynajmniej raz kontakt seksualny ze swoją pacjentką. W innym badaniu 10% terapeutów deklaroowało, że czasami prowadzą terapię w stanie dużego stresu, który uniemożliwia im bycie efektywnymi [20].

Wiemy zatem, że istnieją istotne różnice w skuteczności psychoterapeutów. Efekt ten uzyskiwany jest także w badaniach, w których pacjenci są przydzielani do terapeutów w sposób losowy [21]. Różnice między terapeutami są tak duże, że część terapeutów pozostawia swoich pacjentów w gorszym stanie niż na początku terapii [22]. Ciekawe jest pytanie – jak duże różnice można obserwować w przypadku psychoterapii oferowanej w zespołach, gdzie nie jest możliwe połączenie efektów terapii z pojedynczym terapeutą? Niestety, badań porównujących pracę różnych zespołów terapeutycznych jest znacznie mniej niż badań nad efektywnością pojedynczych terapeutów. Jedno z nich zostało przeprowadzone przez Aleksandrowicza i Sobańskiego [4]. Badacze ci porównali efektywność pracy na dwóch oddziałach oferujących intensywną, integracyjną psychoterapię na oddziale dziennym dla osób z zaburzeniami nerwicowymi. W badaniu tym terapia na obu oddziałach była skuteczna na zbliżonym poziomie. Jednakże porównywane oddziały należą do jednej instytucji, co może ujednolicać efekty pracy. Otwarte zostaje zatem pytanie, czy oferujące intensywną psychoterapię, funkcjonujące całkowicie niezależnie od siebie ośrodki prowadzą do podobnego poziomu pozytywnych zmian u pacjentów. Biorąc pod uwagę wyniki badań nad różnicami w zakresie efektywności terapeutów, należałoby się spodziewać, że różne zespoły terapeutyczne wykażą odmienną skuteczność.

### Cel badania

Celem badania było sprawdzenie: (1) czy intensywna psychoterapia prowadzona w warunkach oddziału dziennego i całodobowego jest skuteczną metodą zmniejszania nasilenia objawów nerwicy oraz cech osobowości nerwicowej u pacjentów z roz-

poznaniem nerwicy i zaburzeń osobowości oraz (2) czy istnieją różnice w zakresie skuteczności psychoterapii prowadzonej w tych trzech jednostkach.

## Materialy i metoda

### Procedura badania i sposób pomiaru zmiennych

Badanie zostało przeprowadzone w trzech oddziałach (ośrodkach psychoterapii) leczenia nerwic i zaburzeń osobowości (przykładowy opis funkcjonowania tego typu ośrodka – patrz [23]). Badanie to uzyskało akceptację Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego i zostało przeprowadzone za zgodą pacjentów i ordynatorów badanych jednostek.

Pacjenci wypełniali Kwestionariusz Objawowy S-II oraz Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej 2006 na początku i na końcu ich udziału w psychoterapii. W pierwszym pomiarze badani wypełniali także ankietę demograficzną. Kwestionariusz Objawowy S-II<sup>1</sup> (KS-II) służy do oceny nasilenia objawów nerwicy [24]. Składa się on z 85 pozycji testowych. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla całej skali wynosi 0,97 (N = 165). Wartość rzetelnej różnicy między dwoma pomiarami tym testem (dla  $p = 0,05$ ) wynosi 56,6 punktu [25]. Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej 2006 (KON-2006) służy do pomiaru nasilenia cech osobowości nerwicowej [26, 27]. Wartość współczynnika stabilności bezwzględnej dla ogólnego wyniku kwestionariusza wynosi  $r = 0,89$  (pomiar dwukrotny w odstępie kilku godzin, N = 76). Wartość rzetelnej różnicy między dwoma pomiarami tym testem (dla  $p = 0,05$ ) wynosi 13,03 punktu [28].

### Osoby badane

W badaniu wzięło udział w sumie 105 pacjentów z trzech oddziałów leczenia nerwic i zaburzeń osobowości – 28 pacjentów z ośrodka A, 39 z ośrodka B i 38 z ośrodka C. Pełne dane zarówno z pomiaru pierwszego, jak i ostatniego dostępne są od 85 osób (czyli od ponad 80% osób przebadanych na początku terapii). Powodem braku danych było przedwczesne zakończenie psychoterapii (tzw. „drop out”) lub problemy natury organizacyjnej.

Tabela 1 – *na następnej stronie* – przedstawia podstawowe informacje dotyczące płci, wykształcenia, diagnozy i przyjmowania leków przez osoby badane w trzech ośrodkach. Większość stanowią osoby, które mają rozpoznanie wyłącznie zaburzeń nerwicowych (kategorie F40–F45 wg ICD-10). U około 20% pacjentów zaburzenia nerwicowe współwystępowały z zaburzeniem osobowości, a 20% pacjentów otrzymało wyłącznie rozpoznanie zaburzeń osobowości. Niecałe 7% osób badanych miało inne rozpoznania niż wymienione powyżej: zaburzenia odżywiania się, zaburzenia afektywne dwubiegunowe oraz zaburzenia nawyków i popędów. Istnieją istotne statystycznie różnice w rozkładzie diagnoz wśród pacjentów z trzech ośrodków psychoterapii: w ośrodku A dominują pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, podczas

<sup>1</sup> W 2011 roku została opublikowana nowsza wersja tego kwestionariusza – wersja S-III [33]. W momencie planowania niniejszego badania nie była ona jednak jeszcze dostępna.

gdy w ośrodkach B i C prawie połowa pacjentów to osoby z rozpoznaniem zaburzeń osobowości lub z diagnozą zaburzeń osobowości współwystępującą z zaburzeniami nerwicowymi. Istnieją również różnice w zakresie odsetka osób przyjmujących leki – w ośrodku A odsetek ten był niższy niż w ośrodkach B i C. Tę informację należy jednakże traktować ostrożnie ze względu na duży odsetek brakujących danych.

Tabela 1. Płeć, wykształcenie, diagnoza i korzystanie z leków przez osoby badane w trzech ośrodkach terapii

Zmienna	Cała grupa		Ośrodek A		Ośrodek B		Ośrodek C		Test różnic		
	N	%	N	%	N	%	N	%	chi <sup>2</sup>	p	df
<b>Płeć</b>											
Kobiety	83	79	20	71	32	82	31	82	1,3	0,51	2
Mężczyźni	22	21	8	29	7	18	7	18			
<b>Wykształcenie</b>											
Podstawowe	1	1	1	4					10,8	0,1	6
Średnie	33	33	6	21	16	47	11	30			
W trakcie studiów	19	19	3	11	7	21	9	24			
Wyższe	46	47	18	64	11	32	17	46			
Brak danych	6				5		1				
<b>Diagnoza</b>											
Wyłącznie nerwica	57	54	20	71	18	46	19	50	27,7	0,000	6
Wyłącznie zaburzenie osobowości	21	20	4	14	15	39	2	5			
Nerwica i zaburzenie osobowości	20	19	1	4	4	10	15	40			
Inne rozpoznania	7	7	3	11	2	5	2	5			
<b>Farmakoterapia</b>											
Przyjmował leki	53	75	6	50	25	89	22	71	7,2	0,03	2
Nie przyjmował leków	18	25	6	50	3	11	9	29			
<b>Brak danych</b>	34		16		11		7				

Tabela 2 – na następnej stronie – zawiera informacje dotyczące wieku osób badanych oraz nasilenia objawów nerwicy i cech osobowości nerwicowej w pierwszym pomiarze. Analiza wariancji przeprowadzona na podstawie tych danych z trzech badanych ośrodków nie wykazała istotnych różnic między nimi.

Tabela 2. **Wiek, nasilenie objawów nerwicy i cech osobowości nerwicowej na początku psychoterapii u pacjentów z trzech ośrodków terapii**

Zmienne	Cała grupa		Ośrodek A		Ośrodek B		Ośrodek C		Test różnic	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p
Wiek	35	10	34	7	36	10	35	10	0,42	0,658
Objawy nerwicy (KS-II)	301	98	280	95	328	98	290	97	2,25	0,111
Cechy osobowości nerwicowej (KON-2006)	42	23	43	23	46	24	37	23	1,29	0,280

### Opis oddziaływań terapeutycznych

Nie jest możliwe, aby jednoznacznie przyporządkować programy terapeutyczne trzech badanych ośrodków do jednej ze szkół psychoterapii – należy je określić mianem eklektycznych. Widoczna jest jednakże pewna tendencja polegająca na proporcji wykorzystywanych technik, wynikająca m.in. z inklinacji teoretycznych psychoterapeutów pracujących w tych ośrodkach. Tabela 3 przedstawia podstawowe informacje na temat programów terapeutycznych ośrodków A, B i C. W programie terapeutycznym ośrodka A w największym stopniu można dostrzec wpływ psychodramy oraz innych technik zorientowanych na doświadczanie. W ośrodku B największe znaczenie ma rozumienie problemów pacjentów w kategoriach podejścia psychodynamicznego. Ośrodek C w największym stopniu posługuje się metodami terapii poznawczo-behawioralnej, chociaż duże znaczenie odgrywa również terapia psychodynamiczna.

Tabela 3. **Charakterystyka programów terapeutycznych ośrodka A, B i C**

Cechy programów terapeutycznych		Ośrodek A	Ośrodek B	Ośrodek C
Oddział pobytu dziennego czy całodobowego?		Dzienny	Całodobowy	Dzienny
Grupa zamknięta czy otwarta?		Zamknięta	Otwarta	Otwarta
Planowany czas udziału pacjenta w psychoterapii		9 tygodni	12 tygodni	6–8 tygodni
Średnia liczba godzin zajęć w tygodniu:	wszystkich zajęć	22h	22h	23h
	psychoterapii grupowej	7,5h	7,5h	7,5h
	psychoterapii indywidualnej	„-”	1h	„-”
	psychodramy	4,5h	1,5h	1,5h
	arteterapii	4,25h	4,5h	4h
	zebrań społeczności	2,25h	2,25h	1h
	warsztatów psychoedukacji	1,5h	3h	4,5h
	innych*	2h	2,5h	4,5h

\* Grupa „inne” zawiera następujące zajęcia: gimnastyka, joga oraz relaksacja

### Opis zespołów terapeutycznych

W ośrodku A psychoterapię prowadzą trzy kobiety (dwie wykonują zawód psychiatry, jedna psychologa). Ukończyły one szkolenie o charakterze eklektycznym. Jedna z nich dodatkowo posiada certyfikat terapeuty psychodramy. Staż zawodowy osób prowadzących psychoterapię wynosi od 22 do 32 lat ( $M = 26$ ). W ośrodku B psychoterapię prowadzi 6 psychologów (4 kobiety i dwóch mężczyzn). Pięcioro z nich jest w trakcie lub ukończyło szkolenia z zakresu terapii psychodynamicznej, jedna osoba ukończyła szkolenie z psychoterapii systemowej. Staż zawodowy osób prowadzących psychoterapię wynosi od 2 do 11 lat ( $M = 6,8$ ). W ośrodku C psychoterapię prowadzi czworo psychologów (3 kobiety i jeden mężczyzna). Dwoje z nich posiada certyfikat psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego, jedna osoba ukończyła szkolenie z grupowej psychoterapii psychodynamicznej, a jedna jest w trakcie szkolenia z psychoterapii systemowej. Staż zawodowy osób prowadzących psychoterapię w tym ośrodku wynosi od 4 do 6 lat ( $M = 4,75$ ).

### Wyniki

W celu odpowiedzi na pytanie, czy psychoterapia była skuteczna w zakresie zmiany nasilenia objawów psychopatologicznych i czy istnieją różnice w efektywności trzech badanych ośrodków przeprowadzono dwuczynnikową analizę wariancji w schemacie mieszanym. Trzy badane ośrodki stanowiły czynnik międzyobiektywny (ośrodek A, B i C), a dwa pomiary kwestionariuszem KS-II stanowiły czynnik wewnątrzobiektywny. Analiza ta wykazała, że efekt główny działania terapii jest istotny statystycznie ( $F(1, 82) = 26,3, p < 0,001, \eta^2 = 0,24$ ), podobnie jak interakcja między dwoma pomiarami i trzema badanymi ośrodkami ( $F(2, 82) = 4,2, p < 0,05, \eta^2 = 0,09$ ). W celu analizy natury interakcji przeprowadzono analizę porównań parami z poprawką dla porównań wielokrotnych Bonferroniego. Tabela 4 zawiera jej podsumowanie. Analiza ta wskazuje, że ośrodki B i C były skuteczne, podczas gdy ośrodek A nie prowadził do istotnego zmniejszenia nasilenia objawów nerwicy u pacjentów tam leczonych.

Tabela 4. Zmiany przed i po psychoterapii w zakresie nasilenia objawów nerwicy mierzonych kwestionariuszem KS-II

Analizowane grupy	Pomiar 1		Pomiar 2		Średnia różnica między pomiarami 1 i 2	Test różnic między 1 a 2 pomiarem			
	M	SD	M	SD		Typ testu	df	p	d Cohena
Cała grupa	296	99	246	118	50	F	1, 82	0,000	0,56
Ośrodek A	266	83	257	95	9	B*	25	0,590	0,11
Ośrodek B	324	108	257	140	67	B*	26	0,000	0,67
Ośrodek C	298	100	228	117	69	B*	31	0,000	0,94

\* Porównania parami z poprawką dla porównań wielokrotnych Bonferroniego



Przeprowadzono również dwuczynnikową analizę wariancji w schemacie mieszanym odnośnie nasilenia cech osobowości nerwicowej. Trzy badane ośrodki stanowiły czynnik międzyobiektowy (ośrodki A, B i C), a dwa pomiary kwestionariuszem KON-2006 stanowiły czynnik wewnątrzobiektowy. Analiza ta wskazuje, że efekt główny działania terapii nie jest istotny statystycznie ( $F(1, 82) = 1,9, p > 0,05, \eta^2 = 0,02$ ), podobnie jak interakcja między dwoma pomiarami i trzema badanymi ośrodkami ( $F(2, 82) = 0,6, p > 0,05, \eta^2 = 0,01$ ). Tabela 5 przedstawia statystyki opisowe odnośnie pomiaru kwestionariuszem KON-2006.

Tabela 5. Statystyki opisowe dotyczące nasilenia cech osobowości nerwicowej mierzonych kwestionariuszem KON-2006 w badanych ośrodkach

Analizowane grupy	Pomiar 1		Pomiar 2		Średnia różnica między pomiarami 1 i 2
	M	SD	M	SD	
Cała grupa	42,5	23,8	39,5	23,0	3
Ośrodek A	42,1	22,2	42,2	21,9	-0,1
Ośrodek B	48,1	26,2	42,4	21,9	5,7
Ośrodek C	38,1	22,6	34,8	24,7	3,3

W celu oszacowania odsetka osób, u których można było zaobserwować zmianę klinicznie istotną, wielkość zmiany, oddzielnie dla kwestionariusza KS-II i KON-2006, zaklasyfikowano – na podstawie rzetelnego wskaźnika zmiany [29] – do jednej z trzech grup: (1) istotnej klinicznie poprawy objawowej, jeśli spadek nasilenia w kwestionariuszu KS-II był większy niż 56 punktów oraz istotnej poprawy osobowościowej, jeśli wynik w kwestionariuszu KON-2006 obniżył się o co najmniej 13 punktów, (2) braku zmiany, gdy różnica między dwoma pomiarami kwestionariuszem KS-II nie przekraczała wartości 56 punktów, a KON-2006 – 13 punktów oraz (3) istotnego klinicznie pogorszenia, gdy obserwowano wzrost między dwoma pomiarami kwestionariuszem KS-II przekraczający 56 punktów, a w kwestionariuszu KON-2006 – 13 punktów. Dodatkowo osoby, które uzyskały istotną poprawę w zakresie nasilenia objawów i jednocześnie przekroczyły graniczną wartość 165 punktów w kwestionariuszu KS-II [24], zostały zaklasyfikowane do grupy „istotna poprawa i wyzdrowienie” w zakresie zmian objawowych. W przypadku kwestionariusza KON-2006 wartość oddzielająca populację zdrową od dysfunkcyjną wynosiła 8 punktów [26]. Tabela 6 – *na następnej stronie* – przedstawia dokonaną klasyfikację osób badanych ze względu na zmiany nasilenia objawów nerwicowych. W tabeli tej nie ma wiersza „drop out”, ponieważ dzięki temu, że były dostępne dane z kwestionariusza KS-II uzyskane w toku procesu psychoterapii dla osób, które przedwcześnie zakończyły terapię [25], wyniki te uwzględniono w tabeli. Tabela 7 – *na następnej stronie* – przedstawia analogiczne dane dotyczące nasilenia cech osobowości nerwicowej.



Tabela 6. Klasyfikacja efektów terapii w zakresie zmian nasilenia objawów nerwicy (KS-II) w oparciu o wskaźnik rzetelnej zmiany

Kategorie zmiany nasilenia objawów nerwicy		Cała grupa		Ośrodek A		Ośrodek B		Ośrodek C	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Efekt korzystny	SUMA: istotna poprawa + istotna poprawa i wyzdrowienie	45	47	6	21	19	63	20	53
	istotna poprawa i wyzdrowienie	17	18	1	4	8	27	8	21
	istotna poprawa	28	29	5	18	11	37	12	32
brak zmiany		41	43	16	57	8	27	17	45
istotne pogorszenie		10	10	6	21	3	10	1	3
<b>suma</b>		96	100	28	100	30	100	38	100
niepełne dane		9				9			

Tabela 7. Klasyfikacja efektów terapii w zakresie zmian nasilenia cech osobowości nerwicowej (KON-2006) w oparciu o wskaźnik rzetelnej zmiany

Kategorie zmiany nasilenia cech osobowości nerwicowej		Cała grupa		Ośrodek A		Ośrodek B		Ośrodek C	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Efekt korzystny	SUMA: istotna poprawa + istotna poprawa i wyzdrowienie	22	23	6	21	8	27	8	21
	istotna poprawa i wyzdrowienie	3	3	1	4			2	5
	istotna poprawa	19	20	5	18	8	27	6	16
brak zmiany		46	48	14	50	15	50	17	45
istotne pogorszenie		17	18	6	21	4	13	7	18
drop out		11	11	2	7	3	10	6	16
<b>suma</b>		96	100	28	100	30	100	38	100
niepełne dane		9				9			

### Omówienie wyników

Udział w intensywnych, eklektycznych programach psychoterapii nastawionych na leczenie zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości prowadził do istotnej statystycznie poprawy w zakresie nasilenia objawów nerwicowych – 47% osób badanych uzyskało istotną klinicznie poprawę w tym zakresie. Bardziej szczegółowa analiza wykazała, że istnieją istotne różnice w skuteczności badanych ośrodków. Jeden z nich okazał się nieskuteczny w niwelowaniu objawów nerwicy (jedynie 21% popraw i taki sam odsetek osób, które doświadczyły istotnego pogorszenia), podczas gdy pacjenci

z dwóch pozostałych oddziałów terapeutycznych uzyskali istotną poprawę (średnio 57% pacjentów uzyskało poprawę, a 6% doświadczyło pogorszenia). Odsetek popraw oraz wartości efektu zmiany ( $d$  Cohena = 0,80) tych dwóch oddziałów terapeutycznych wskazują, że ośrodki te uzyskały efektywność porównywalną ze średnimi efektami terapii opisywanymi w literaturze [5].

Nasuwać się dwa sposoby interpretacji uzyskanych różnic w skuteczności objawowej. Mogą one wynikać z faktu, że w ośrodkach oferowano odmienne programy terapeutyczne lub odzwierciedlały różnice w efektywności samych zespołów terapeutycznych. Przeprowadzone badanie nie jest w stanie rozstrzygnąć, który z tych czynników miał większy wpływ na uzyskane wyniki. Na podstawie przeglądu literatury wiemy jednak, że różnice między odmiennymi szkołami psychoterapii odpowiadają co najwyżej za 1% zmienności skuteczności psychoterapii, podczas gdy różnice między terapeutami odpowiadają za 6 do 9% wariacji wyników [6]. Na tej podstawie można postawić uzasadnioną hipotezę, że różnice w zakresie stosowanych technik miały mniejsze znaczenie dla efektywności badanych ośrodków niż czynniki związane z zatrudnionymi tam terapeutami.

Nie wykazano, żeby badane oddziały terapeutyczne były skuteczne w zmniejszaniu nasilenia cech osobowości nerwicowej (23% popraw i 18% pogorszeń). Nie zaobserwowano również istotnych różnic w tym zakresie między trzema badanymi ośrodkami. Wynik ten można porównać z efektami integracyjnego programu terapeutycznego prowadzonego w warunkach dziennych dla osób z zaburzeniami nerwicowymi [4], w którym 43% pacjentów uzyskało istotną poprawę mierzoną kwestionariuszem KON-2006, a 11% istotne pogorszenie. Można zatem przyjąć, że trzy ośrodki opisane w niniejszym badaniu były mniej skuteczne niż ośrodek badany przez Aleksandrowicza i Sobańskiego [4]. Dalszych analiz wymaga odpowiedź na pytanie, w jaki sposób interpretować ten wynik. Oprócz różnic związanych z efektywnością zespołów i stosowanych technik, efekt ten może wynikać z faktu, że w badaniu Aleksandrowicza i Sobańskiego uczestnikami psychoterapii były wyłącznie osoby z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, podczas gdy w niniejszym badaniu rozpoznanie zaburzeń osobowości miało 39% osób badanych. Badania wykazują, że osoby z zaburzeniami osobowości leczą się trudniej niż osoby lżej zaburzone [6].

Naukowcy zajmujący się zagadnieniem efektywności terapeutów często postulują wprowadzanie systemów rutynowego pomiaru jakości pracy psychoterapeutów w celu podniesienia skuteczności oferowanego leczenia [30]. Jednym z powodów uzasadniających ich wprowadzanie są wyniki badań nad psychoterapeutami, które ukazują, że nie są oni wolni od zniekształceń dotyczących oceny własnej osoby i własnych kompetencji. Na przykład w badaniu Walfisha i wsp. (za: [7]) 96% badanych terapeutów uznało się za ponadprzeciętnie kompetentnych terapeutów, a 25% uważało, że jest w grupie 10% najlepszych terapeutów. Badania sugerują również, że im psychoterapeuta jest mniej kompetentny, tym mniej trafnie ocenia jakość własnej pracy [31]. Opisywane zjawisko zniekształceń poznawczych odnośnie oceny własnych działań może być również źródłem dyskredytacji systemów oceny jakości pracy przez terapeutów otrzymujących takie informacje, ponieważ dla znacznej grupy terapeutów feedback jest mniej korzystny niż ich przekonania na temat własnej osoby [7].

Niniejsze badanie unaocznia potrzebę rutynowego monitorowania skuteczności pracy całych zespołów terapeutycznych, których skuteczność nie zależy wyłącznie od efektywności terapeutów. Przyczyny sukcesu lub porażki pracy zespołu mogą być również związane ze zmiennymi systemowymi, takimi jak sposób zarządzania jednostką, atmosfera w zespole i jego spójność, rotacja pracowników czy nieświadome procesy ujawniające się w instytucji [32]. Zestawienie uzyskiwanych efektów do pewnych danych porównawczych (benchmark) może być podstawą do oceny efektywności zespołu w danym momencie jego funkcjonowania. Wiedza ta może być podstawą do podejmowania decyzji dotyczących ewentualnych zmian w danym ośrodku, takich jak superwizja pracy zespołu, dodatkowe szkolenia, modyfikacja programu terapeutycznego, zmiany dotyczące naboru pacjentów, psychoterapia własna członków zespołu czy ewentualne zmiany kadrowe. Wyniki niniejszego badania niestety nie dają odpowiedzi na pytanie, jakie cechy badanych zespołów oraz pracujących w nich terapeutów mogą być odpowiedzialne za zaobserwowane różnice w efektywności ich pracy.

Badanie to posiada również pewne ograniczenia metodologiczne. Po pierwsze zostało przeprowadzone bez udziału ekwiwalentnej grupy kontrolnej. Nie możemy zatem bezsprzecznie stwierdzić, czy psychoterapia oferowana w tych ośrodkach była bardziej skuteczna niż sam upływ czasu (tzw. samoistna poprawa) lub efekt placebo. Po drugie – pacjenci nie byli w sposób losowy dobierani do leczenia w trzech badanych ośrodkach, co oznacza, że nie można wykluczyć, że różnice w zakresie skuteczności psychoterapii wynikały z różnic między osobami badanymi. Ta hipoteza wydaje się jednakże mało uzasadniona. Wiemy, że nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic między badanymi grupami pacjentów w zakresie płci, wieku, wykształcenia, nasilenia objawów nerwicy i cech osobowości nerwicowej. Z badanych cech uczestników psychoterapii zaobserwowano różnice wyłącznie odnośnie rozkładu diagnoz pacjentów. W ośrodku A więcej osób miało rozpoznanie zaburzeń nerwicowych niż w pozostałych dwóch ośrodkach. Fakt, że zaburzenia nerwicowe poddają się łatwiej psychoterapii niż zaburzenia osobowości [6], przemawiałby za tym, że ośrodek A powinien być bardziej skuteczny. Trzecim ograniczeniem niniejszego badania było to, że programy terapeutyczne nie były tożsame – istniały różnice w zakresie stosowanych technik oraz w ośrodku A mniejszy odsetek pacjentów przyjmował leki niż w pozostałych dwóch ośrodkach. Ośrodek A jako jedyny z badanych jednostek pracował w formule grupy zamkniętej, co może zwiększać siłę procesu grupowego związanego z kończeniem psychoterapii i tym samym wpływać na nasilenie objawów psychopatologicznych mierzonych pod koniec terapii. Zatem niemożliwe jest wykluczenie twierdzenia, że różnice w efektywności pracy ośrodków wynikają z różnic w zakresie stosowanych procedur terapeutycznych i stosowanej farmakoterapii. Warto jednak zwrócić uwagę, że każdy z ośrodków miał w programie terapeutycznym podobne elementy (np. każdy ośrodek proponował psychodramę) – różnice polegały w dużej mierze na proporcji zajęć danego typu. Wiemy również, że różnice między odmiennymi podejściami *bona fide* są niewielkie [6]. Po czwarte – niniejsze badanie nie daje odpowiedzi na pytanie o efekty odroczone psychoterapii. Niewykluczone, że różnice między badanymi ośrodkami w zakresie skuteczności psychoterapii – na przykład kilka miesięcy po zakończeniu leczenia – istotnie by się zmniejszyły. Wymienione ograniczenia badania

wynikają w dużej mierze z faktu, że zostało ono przeprowadzone w warunkach naturalnych. Charakteryzuje się ono zatem niską trafnością wewnętrzną, posiada natomiast wysoką trafność zewnętrzną, czyli dobrze obrazuje to, w jaki sposób psychoterapia oferowana jest w praktyce klinicznej.

### Wnioski

1. Istnieją istotne różnice w zakresie skuteczności trzech badanych oddziałów leczenia zaburzeń osobowości i nerwic. Psychoterapia oferowana w dwóch ośrodkach była skuteczna w zakresie zmiany nasilenia objawów nerwicy (około 60% pacjentów doświadczyło istotnego klinicznie zmniejszenia nasilenia objawów nerwicy), podczas gdy eden z ośrodków nie okazał się skutecznym w tym zakresie.
2. Żaden z badanych ośrodków nie był skuteczny w niwelowaniu nasilenia cech osobowości nerwicowej.
3. Rutynowe monitorowanie skuteczności zespołów terapeutycznych może być sposobem na poprawę jakości efektów pracy oddziałów leczenia nerwic i zaburzeń osobowości.

#### **Различия в радиусе эффективности интенсивных программ лечения нарушений личности и неврозов. Стоит ли мониторить эффективность терапевтического коллектива?**

#### **Содержание**

**Задание.** Проверка трех интенсивных программ лечения нарушений личности и неврозов их эффективности в снижении утяжеления невротических симптомов и черт личности невротического типа. Существуют ли различия между этими центрами лечения в радиусе эффектов терапии?

**Метод.** Группа исследованных насчитывала 105 пациентов (83% женщины, средний возраст 35 лет) с диагностированным неврозом или же нарушениями личности, которые были лечены в дневных или стационарных отделениях. Исследованные терапевтические программы были сделаны для пациентов с диагнозом неврозов и нарушений личности, которые состоят в лечении групповой психотерапии, психодрамы, психодукации. Терапевтическая программа продолжалась с 6 до 12 недель, 5 часов в сутки. Участники исследования заполняли Опросник невротических симптомов КС-11 и Опросник невротической личности КОН-2006 в начале и в конце лечения.

**Результаты.** Лечение оказалось эффективным в снижении утяжеления симптомов невроза (д Кохен=0,56). Более точный анализ показал, что существует статистически существенная интеракция между тремя исследованными группами и эффективностью ( $\eta^2=0,09$ ). Терапия предложенная в двух центрах оказалась эффективной (д Кохен=0,80) тогда как одна программа не приводила к улучшению состояния здоровья больных. Не отмечено улучшения в радиусе усиления черт невротической личности ни в одном из обследованных центров.

**Выводы.** Существуют существенные различия в эффективности программ лечения неврозов и нарушений личности. В свете литературных данных можно поставить гипотезу, что полученные результаты в большей степени связаны с характеристикой терапевтических коллективов, чем с использованными методами. Возникает необходимость рутинного мониторинга эффективности коллективов терапевтов.

**Ключевые слова:** психотерапия, эффективность лечения, отсутствие результатов лечения

### **Unterschiede in Wirksamkeit der intensiven Programme der Behandlung von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Lohnt es sich, die Effektivität der therapeutischen Gruppe zu beobachten?**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Prüfen, ob drei unterschiedliche intensive Behandlungsprogramme für Behandlung von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen wirksam bei der Senkung der Symptome einer Neurose und Eigenschaften einer neurotischen Persönlichkeit sind. Gibt es Unterschiede zwischen diesen Zentren im Hinblick auf die Wirksamkeit der Therapie?

**Methode.** Die befragte Gruppe zählte 105 Patienten (83% Frauen, Durchschnittsalter 35 Jahre) mit der diagnostizierten Neurose oder Persönlichkeitsstörungen, die in der Tagesabteilung oder im Krankenhaus behandelt wurden. Die untersuchten therapeutischen Programme wurden für die Patienten mit Neurosen und Persönlichkeitsstörungen entwickelt. Sie bestehen aus der Behandlung in der Gruppe (Gruppenpsychotherapie, Psychodrama, Psychoedukation, u.ä.), die von 6 bis 12 Wochen, 5 Stunden am Tag dauert. Die Teilnehmer füllten den Fragebogen zur Erfassung der Symptome einer Neurose KS-II und Fragebogen zur Erfassung der Persönlichkeit KON-2006 am Anfang und am Ende der Behandlung aus.

**Ergebnisse.** Die Behandlung erwies sich bei der Senkung der Symptome einer Neurose als wirksam ( $d$  Cohen = 0,56). Eine ausführliche Analyse ergab, dass es eine statistisch signifikante Interaktion zwischen den drei untersuchten Gruppen und der Effektivität gibt ( $\eta^2 = 0,09$ ). Die Therapie in zwei Zentren erwies sich als wirksam ( $d$  Cohen = 0,80), während einer der untersuchten Programme zu keinen Effekten führte. Es wurde keine Besserung im Bereich der Intensität der Eigenschaften einer neurotischen Persönlichkeit in keinem der untersuchten Zentren festgestellt.

**Schlussfolgerungen.** Es gibt signifikante Unterschiede in der Effektivität der intensiven Behandlungsprogramme für Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. In der Literatur kann man Hypothesen stellen, dass die erzielten Ergebnisse im größeren Maße mit der Charakteristik der therapeutischen Gruppen verbunden sind als mit den eingesetzten Methoden. Es zeigt sich die Notwendigkeit, die Effektivität der Gruppen ständig zu beobachten.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapie, Effektivität der Behandlung, Misserfolg (Scheitern) der Behandlung

### **Les différences de l'efficacité des programmes intensifs du traitement des troubles nerveux et de la personnalité. Vaut-il faire le monitoring de l'efficacité de l'équipe thérapeutique?**

#### **Résumé**

**Objectif.** Vérifier l'efficacité de trois programmes intensifs du traitement des troubles nerveux et de la personnalité dans la réduction de la sévérité des symptômes nerveux et des traits de la personnalité nerveuse et trouver les différences entre ces programmes.

**Méthode.** Le groupe examiné compte 105 patients (83 % de femmes, moyenne de l'âge – 35 ans), diagnostiqués « névrose » « ou troubles de la personnalité », hospitalisés ou traités dans les centres de jour. Les programmes analysés sont adressés aux patients avec les troubles de la personnalité et avec des troubles nerveux. Ils contiennent la thérapie de 6 à 12 semaines, 5 heures par jour (thérapie de groupe, psychodrame, psychoéducation etc.). Les patients sont examinés au début et à la fin de la thérapie avec : Symptoms Questionnaire KS-II, Neurotic Personality Questionnaire KON-2006.

**Résultats.** Le traitement se montre efficace dans la diminution de l'intensité des symptômes nerveux ( $d$  Cohen=0,56). L'analyse la plus détaillée démontre qu'il y a une corrélation significative de trois groupes examinés et l'efficacité ( $\eta^2=0,09$ ). Le traitement de deux centres est efficace ( $d$  Cohen=0,80) tandis que celui du troisième centre n'apporte pas d'amélioration de l'état des patients. Dans ces trois centres on ne note pas d'amélioration aussi quant à la sévérité des traits de la personnalité nerveuse.

**Conclusions.** Cette analyse démontre que l'efficacité des programmes intensifs du traitement de névrose et des troubles de la personnalité diffère. Dans la lumière de la littérature en question

on peut dire que ces résultats se lient plus avec les caractéristiques des équipes thérapeutiques qu'avec les méthodes usées. On a donc besoin de faire le monitoring de l'efficacité des équipes thérapeutiques.

**Mots clés :** psychothérapie, efficacité du traitement, échec thérapeutique

### Piśmiennictwo

1. Garfield S, Bergin A. red. *Psychoterapia i zmiana zachowania: analiza empiryczna*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1990.
2. Lambert MJ, Bergin AE. *The effectiveness of psychotherapy*. W: Bergin AE, Garfield SL. red. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1994. s. 143–189.
3. Lambert MJ, Ogles BM. *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. W: Lambert MJ. red. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 2004. s. 139–193.
4. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: KRW Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2004.
5. Rakowska JM. *Skuteczność psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2005.
6. Cooper M. *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2010.
7. Lambert M. *Prevention of treatment failure. The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association; 2010.
8. Shimokawa K, Lambert MJ, Smart DW. *Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system*. J. Consult. Clin. Psychol. 2010; 78: 298–311.
9. Sobański JA. *Dynamika globalnego nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych podczas intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym*. Psychoterapia 2004; 131: 77–87.
10. Sobański JA. *Zmiany objawów zaburzeń nerwicowych podczas intensywnej psychoterapii w oddziale dziennym i ich związek z wynikami leczenia. Przegląd piśmiennictwa*. Psychoterapia 2004; 130: 81–90.
11. Sobański JA. *Różnice szybkości ustępowania objawów zaburzeń nerwicowych*. Psychoterapia 2005; 132: 81–92.
12. Aleksandrowicz JW, Czabała CJ. *Skuteczność psychoterapii – metody i badania*. Psychiatr. Pol. 1979; 13: 391–396.
13. Crits-Christoph P, Baranackie K, Kurcias JS, Carroll KM, Beck A, Perry K. i wsp. *Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies*. Psychother. Res. 1991; 1: 81–91.
14. Huppert JD, Gorman JM, Bufka LF, Barlow DH, Shear MK, Woods SW. *Therapists, Therapist Variables, and Cognitive–Behavioral Therapy Outcome in a Multicenter Trial for Panic Disorder*. J. Consult. Clin. Psychol. 2001; 69: 747–755.
15. Kim DM, Wampold BE, Bolt DM. *Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data*. Psychother. Res. 2006; 16: 161–172.
16. Project MATCH Research Group. *Therapist effects in three treatments for alcohol problems*. Psychother. Res. 1998; 8: 455–474.
17. Safran JD, Muran C. *Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration*. J. Clin. Psychol. 2000; 56: 233–243.
18. Henry WP, Schacht TE, Strupp HH. *Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome*. J. Consult. Clin. Psychol. 1990; 58: 768–774.



19. McCarthy WC, Frieze IH. *Negative aspects of therapy: Client perceptions of therapists' social influence, burnout, and quality of care*. J. Soc. Issues 1999; 55: 33–50.
20. Pope KS, Tabachnick BG, Keith-Spiegel P. *Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists*. Am. Psychol. 1987; 42: 993–1006.
21. Luborsky L, McLellan AT, Diguier L, Woody G, Seligman DA. *The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples*. Clin. Psychol. Sci. Pract. 1997; 4: 53–65.
22. Okiishi J, Lambert MJ, Nielsen SL, Ogles BM. *Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects*. Clin. Psychol. Psychother. 2003; 10: 361–373.
23. Wieczorek A, Synówka K. *Współpraca lekarza z psychoterapeutą na Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(5): 877–889.
24. Aleksandrowicz JW. *Kwestionariusz objawowy S-II*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 945–959.
25. Styła R. *Dynamika zmian integracji Ja i nasilenia objawów nerwicowych w toku oddziaływań psychoterapeutycznych a skuteczność psychoterapii*. Niepublikowana praca doktorska. Warszawa: Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego; 2011.
26. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: KRW Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2006.
27. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *KON-2006 Kwestionariusz osobowości nerwicowej*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(6): 759–778.
28. Styła R. *Concept of reliable change in the usage of the KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2011; 3: 21–24.
29. Jacobson NS, Truax P. *Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy*. J. Consult. Clin. Psychol. 1991; 59: 12–19.
30. Kraus DR, Castonguay L, Boswell JF, Nordberg SS, Hayes JA. *Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care*. Psychother. Res. 2011; 21: 267–276.
31. Ehrlinger J, Dunning D. *How chronic self-views influence (and potentially mislead) estimates of performance*. J. Pers. Soc. Psychol. 2003; 84: 5–17.
32. Pawlik J, Skowrońska J. *Superwizja pracy z grupami*. W: Pawlik J. red. *Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe*. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury ENETEIA; 2008. s. 339–366.
33. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Kwestionariusz objawowy S-III*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(4): 515–526.

Adres: Rafał Styła

Katedra Psychopatologii i Psychoterapii Wydziału Psychologii UW  
00-183 Warszawa, ul. Stawki 5/7

Otrzymano: 29.08.2013

Zrecenzowano: 5.09.2013

Otrzymano po poprawie: 8.09.2013

Przyjęto do druku: 4.12.2013

Badanie finansowane z grantu promotorskiego MNiSW  
(numer projektu 0611/B/103/2009/37)  
realizowanego na Wydziale Psychologii UW.



