

Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST Nr 13.

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/34108>

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

Reduction of suicidal ideation in patients undergoing psychotherapy in the day hospital for the treatment of neurotic and behavioral disorders and their neurotic personality traits measured before the hospitalization

Paweł Rodziński¹, Krzysztof Rutkowski¹, Jerzy A. Sobański¹,
Agnieszka Murzyn², Michał Mielimąka¹, Bogna Smiatek-Mazgaj¹,
Katarzyna Cyranka¹, Edyta Dembińska¹, Karolina Grządziel³,
Katarzyna Klasa⁴, Łukasz Müldner-Nieckowski¹

¹ Katedra Psychoterapii UJ CM

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

² Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

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

³ Katedra Historii Medycyny UJ CM

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

⁴ Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

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

Summary

Aim. Analysis of associations between initial neurotic personality traits and subsequent reduction of suicidal ideation (SI) – or lack of such reduction – obtained until the end of hospitalization in patients who underwent the 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 473 women and 207 men hospitalized in the day-hospital due to neurotic, behavioral and personality disorders between 2005–2013. At

the stage of qualification 134 women and 80 men reported SI, of whom subsequently 84.3% and 77.5% respectively improved.

Results. Women with prominent *Tendency to risk-taking* ($p=0.002$) and *Impulsiveness* ($p=0.038$) constituted subgroups with decreased chances of improvement in terms of SI, while men with prominently elevated level of *Envy* ($p=0.041$) and women who seemed to have difficulties in expressing anger adequately ($p<0.05$) had increased chances of SI reduction.

Conclusions. Initially prominent *Tendency to risk-taking* and *Impulsiveness* may coexist with SI of increased resistance to psychotherapy. Thus, those subgroups require special attention and diligent selection of therapeutic methods. Also, it is probable that focusing therapy at the above-mentioned personality components may increase effectiveness of SI treatment. Reducing SI during psychotherapy appears to be highly effective especially in women with difficulties in expressing anger adequately and in men with prominently elevated level of *Envy*, which suggests adequacy of this treatment choice and of targeting those difficulties during psychotherapy.

Słowa kluczowe: myśli samobójcze, osobowość nerwicowa, psychoterapia

Key words: suicidal ideations, neurotic personality, psychotherapy

Wstęp

Myśli samobójcze (MS) są częstym objawem napotykanym przez terapeutów u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości. Są one obecne u około jednej trzeciej pacjentów z tego rodzaju zaburzeniami kierowanych do leczenia w dziennym oddziale psychoterapeutycznym [1, 2]. Ich występowanie wiąże się z różnorodnymi, problematycznymi sytuacjami niosącymi zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów. Nierzadko w praktyce klinicznej przebieg terapii wymienionych pacjentów z MS komplikowany jest autoagresywnymi zachowaniami, takimi jak samouszkodzenia, prowokowanie sytuacji ryzykownych dla ich zdrowia [3, 4], nadużywanie substancji psychoaktywnych [5], zaniedbywanie leczenia poważnych chorób somatycznych, a także podejmowanie prób samobójczych [6, 7]. Ich terapii często towarzyszą również akty agresji, naruszania zasad obowiązujących w placówkach leczniczych i tendencje do zrywania kontaktu z terapeutami, typowe dla pacjentów z poważnymi zaburzeniami osobowości (takimi jak np. osobowość impulsywna, z pogranicza, dysocjalna, narcystyczna) [8].

Etiologia MS oraz powiązanych z nimi problemów nie jest całkowicie klarowna. W przypadku MS z pewnością mamy do czynienia ze złożonym objawem o zróżnicowanej intensywności, przybierającym różne formy oraz posiadającym wielopłaszczyznowe biopsychospołeczne pochodzenie. Część czynników, którym przypisuje się udział w etiopatogenezie MS, pokrywa się z dobrze znanymi każdemu klinicyście czynnikami ryzyka samobójczego. Warto wymienić te spośród nich, które w ostatnich latach budziły szczególne zainteresowanie badaczy. Stwierdzono obecność biologicznych i genetycznych czynników ryzyka wystąpienia MS, takich jak polimorfizm genu kodującego transporter serotoniny (5-HTTLPR) [9] oraz wysoki stopień metylacji promotora genu kodującego neurotropowy czynnik pochodzenia mózgowego [10, 11]. Ponadto potwierdzono, że traumatyczne wydarzenia z okresu dzieciństwa, takie jak wykorzystywanie seksualne i maltretowanie, predysponują do wystąpienia MS,

jak również prób samobójczych i samouszkodzeń [12]. Także badania nad zespołem stresu pourazowego potwierdziły istnienie związku pomiędzy traumatycznymi doświadczeniami a późniejszym ryzykiem samobójczym [13, 14].

Pośród wielu opisywanych w literaturze medycznej determinantów występowania MS praktyka psychoterapeutyczna bez wątpienia skłania do zwrócenia uwagi na czynniki osobowościowe. Swoją złożonością nie ustępują one czynnikom biologicznym czy środowiskowym. Jak wskazuje wielu badaczy, do zaburzeń osobowości, w przebiegu których najczęściej spotykane są MS, należy osobowość typu borderline [8, 15]. Obserwacje te wydają się współbrzmieć z badaniami, według których takie cechy jak wysoka skłonność do niepokoju oraz impulsywność mogą stanowić istotny czynnik ryzyka MS [16]. Wykazano również, że ryzyko ich wystąpienia jest wyższe u pacjentów charakteryzujących się neurotycznością, poczuciem bezradności [17], otwartością na doświadczenia [18], wyższym nasileniem psychologicznego dystresu i niższą dostępnością wsparcia społecznego [19].

W dostępnej autorom literaturze nie natrafiono jednak na prace badawcze poświęcone powiązaniom cech osobowości pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości rozpoczynających leczenie psychoterapeutyczne ze skutecznością tego leczenia w redukowaniu MS.

Cel

Analiza powiązań pomiędzy wyjściowym profilem osobowości nerwicowej a późniejszą poprawą w zakresie myśli samobójczych (definiowaną jako ich ustąpienie lub redukcja ich nasilenia) lub jej brakiem, jaka nastąpiła do czasu zakończenia 12-tygodniowego cyklu leczenia za pomocą intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego (grupowej w wymiarze 10–15 sesji psychoterapeutycznych tygodniowo łączonej z jedną w tygodniu sesją indywidualną) w oddziale dziennym u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości.

Material i metoda

Źródłem informacji na temat MS – definiowanych jako chęć odebrania sobie życia – był Kwestionariusz objawowy KO„O” [20, 21], narzędzie służące do pomiaru nasilenia objawów występujących w przebiegu zaburzeń nerwicowych. Kwestionariusz ten był wypełniany przez pacjentów w trakcie kwalifikacji do leczenia [22] oraz powtórnie w ostatnich dniach hospitalizacji. Do oszacowania rozpowszechnienia i nasilenia MS posłużyło pytanie o „uciążliwość w ciągu ubiegłych siedmiu dni chęci odebrania sobie życia” (pozycja 62. w KO„O”). Kwestionariusz obejmował odpowiedź negatywną (0) oznaczającą brak MS, natomiast pozytywna odpowiedź wymagała od pacjenta wybrania jednej z trzech opcji, które służyły rozróżnieniu stopnia „uciążliwości” danego objawu. Gradacja obejmowała trzy stopnie: (a) nieznacznie uciążliwe, (b) średnio uciążliwe, (c) wysoce uciążliwe.

Socjodemograficzna charakterystyka badanej populacji

Grupę badaną stanowiło 680 pacjentów: 473 kobiety i 207 mężczyzn, którzy byli leczeni 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 i wieku (tab. 1), stanu cywilnego (tab. 2), wykształcenia (tab. 3) i źródła utrzymania (tab. 4). Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 29,9 roku, zaś mężczyzn 30,4 roku. Bardziej szczegółową charakterystykę badanych przedstawiono w osobnej publikacji dotyczącej tej samej grupy pacjentów [2].

Tabela 1. **Wiek pacjentów [2]**

Płeć	Kobiety	Mężczyźni
Liczebność	461	219
Średnia \pm odchylenie std.	29,9 \pm 8,1 roku	30,4 \pm 7,4 roku
Mediana	27,4 roku	29,0 lat
Minimum–maksimum	18,2–57,1 roku	18,9–55,6 roku

Tabela 2. **Stan cywilny [2]**

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Panna/Kawaler	288	62,5%	140	63,9%
Zamężna/-y	145	31,5%	69	31,5%
Separacja	5	1,1%	2	0,9%
Rozwiedziona/-y	20	4,3%	7	3,2%
Wdowa/wdowiec	3	0,7%	1	0,5%

Tabela 3. **Wykształcenie [2]**

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Podstawowe	2	0,4%	0	0,0%
Średnie nieukończone	6	1,3%	6	2,7%
Średnie ukończone	112	24,3%	53	24,2%
Nieukończone licencjackie lub pomaturalne	23	5,0%	8	3,7%
Licencjat lub pomaturalne ukończone	41	8,9%	16	7,3%
Wyższe nieukończone	72	15,6%	33	15,1%
Wyższe ukończone	205	44,5%	103	47,0%

Tabela 4. Źródło utrzymania [2]

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Na utrzymaniu rodziny/uczeń/student	135	29,3%	50	22,8%
Pracownik umysłowy	157	34,1%	72	32,9%
Pracownik sektora usług/rzemiosła	31	6,7%	17	7,8%
Robotnik	3	0,7%	3	1,4%
Rolnik	3	0,7%	0	0,0%
Własna firma, przedsiębiorstwo rodzinne	18	3,9%	22	10,0%
Bezrobotny	60	13,0%	28	12,8%
Renta	5	1,1%	2	0,9%
Emerytura	1	0,2%	1	0,5%
Inne	48	10,4%	24	11,0%

Rodzaje zaburzeń i przebieg leczenia

Kwalifikacja do leczenia w psychoterapeutycznym oddziale dziennym, oprócz badań za pomocą wyżej wymienionych kwestionariuszy, obejmowała co najmniej dwa badania psychiatryczne, badanie psychologiczne oraz baterię kilku innych kwestionariuszy, co łącznie pozwalało na wykluczenie wysokiego ryzyka samobójczego [23] oraz innych zaburzeń (m.in. zaburzeń afektywnych, psychoz schizofrenicznych, zaburzeń egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich chorób somatycznych) uniemożliwiających korzystanie z psychoterapii na wyżej wymienionym oddziale dziennym [22]. Cykl konsultacji ambulatoryjnych zamykał się zwykle w czasie 2–3 tygodni. Od zakończenia kwalifikacji do rozpoczęcia leczenia w oddziale dziennym upływało zwykle od 4 do 12 tygodni.

Do badania włączono wyłącznie pacjentów, którzy podejmowali leczenie w opisanym oddziale po raz pierwszy. Grupę objętą badaniem stanowili pacjenci z rozpoznaniem ze spektrum F40–F69 wg ICD-10, w tym pacjenci, u których oprócz zaburzeń osobowości zdiagnozowano zaburzenia psychiatryczne z grup F4 i F5 (tab. 5).

Tabela 5. Rodzaj zaburzeń wg klasyfikacji ICD-10 [2]

	Kobiety (n = 461)		Mężczyźni (n = 219)	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
F40 Zaburzenia lękowe w postaci fobii	51	11,1%	31	14,2%
F41 Inne zaburzenia lękowe	145	31,5%	73	33,3%
F42 Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	15	3,3%	12	5,5%
F43 Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	40	8,7%	18	8,2%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

F44 Zaburzenia dysocjacyjne	9	2,0%	1	0,5%
F45 Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną	45	9,8%	20	9,1%
F48 Inne zaburzenia nerwicowe	3	0,7%	8	3,7%
F50 Zaburzenia odżywiania się	27	5,9%	0	0,0%
F60/F61 Specyficzne zaburzenia osobowości lub Zaburzenia osobowości mieszane i inne ^a	198	43,0%	94	42,9%
Inne ^b	19	4,1%	13	5,9%

^a – zaburzenia osobowości często stanowiły drugie rozpoznanie towarzyszące rozpoznaniu zaburzeń z grup F4 i F5,

^b – rozpoznania współwystępujące z diagnozami zaburzeń ze spektrum F40–F69.

Czas trwania terapii wynosił przeciętnie 12 tygodni, podczas których pacjenci uczestniczyli w intensywnej, codziennej psychoterapii w grupach otwartych liczących średnio 8–10 osób w wymiarze 10–15 sesji tygodniowo, połączonej z jedną sesją terapii indywidualnej tygodniowo. Psychoterapia prowadzona była w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego z elementami terapii poznawczej i behawioralnej [22, 24–27].

Niewielka część pacjentów korzystała równolegle z psychofarmakoterapii, której zakres stosowania był redukowany w zależności od stanu psychicznego w celu uzyskania dostępu do przeżyć pacjentów oraz okoliczności wiążących się z objawami [2]. 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 ± 30,3 dnia u kobiet oraz 132,4 ± 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%, zaś końcowe – 10,2%. Pośród mężczyzn początkowo odnotowano rozpowszechnienie MS wynoszące 36,5%, zaś pod koniec terapii wyniosło ono 13,7% (tab. 6).

Tabela 6. **Rozpowszechnienie i zmiany w zakresie MS wśród wszystkich 680 badanych, osobno dla kobiet i mężczyzn [2]**

	Kobiety (n = 461)			Mężczyźni (n = 219)			* Różnice pomiędzy płciami	
	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Chi ²	p
MS obecne podczas kwalifikacji	134	29,1%	25,1%–33,4%	80	36,5%	30,4%–43,1%	3,83	ns

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

MS obecne podczas badania końcowego	47	10,2%	7,8%–13,3%	30	13,7%	9,8%–18,9%	1,82	ns
Poprawa w zakresie MS (ustąpienie lub redukcja ich nasilenia)	113	24,5%	20,8%–28,6%	62	28,3%	22,8%–34,6%	1,12	ns
Ustąpienie MS	103	22,3%	18,8%–26,4%	53	24,2%	19,0%–30,3%	0,29	ns
Pogorszenie w zakresie MS (definiowane jako wzrost ich nasilenia lub ich pojawienie się)	23	5,0%	3,4%–7,4%	6	2,7%	1,3%–5,9%	1,84	ns
Pojawienie się MS pod koniec terapii przy wyjściowym ich braku	16	3,5%	2,2%–5,6%	3	1,4%	0,5%–4,0%	2,41	ns
Wzrost nasilenia MS w stosunku do ich nasilenia z czasu kwalifikacji	7	1,5%	0,7%–3,1%	3	1,4%	0,5%–4,0%	0,02	ns
Pogorszenie lub brak zmian w zakresie MS	37	8,0%	5,9%–10,9%	21	9,6%	6,4%–14,2%	0,47	ns

ns – różnice pomiędzy płciami były nieistotne statystycznie ($p \geq 0,05$); * – dla określenia, czy wyniki kobiet i mężczyzn istotnie się od siebie różniły, zastosowano test niezależności Chi² Pearsona

Zestawienie zmian zaobserwowanych u badanych, u których początkowo występowały MS, ujawniło istotną statystycznie ($p < 0,05$), wielokrotną przewagę odsetka pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS (definiowanej jako ich ustąpienie lub redukcja ich nasilenia), nad odsetkiem pacjentów, u których doszło do nasilenia MS. W owej podgrupie kobiet poprawę uzyskało 84,3%, natomiast wzrost nasilenia wyjściowo obecnych MS odnotowano zaledwie u 5,2% kobiet. Pośród mężczyzn z MS obecnymi podczas kwalifikacji poprawę osiągnęło 77,5%, a 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. 7).

Tabela 7. Zmiany w zakresie MS u pacjentów, którzy zadeklarowali ich występowanie podczas kwalifikacji (n = 214) [2]

	Kobiety (n = 134)			Mężczyźni (n = 80)			* Różnice pomiędzy płciami	
	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Chi ²	p
Poprawa w zakresie 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 ($p \geq 0,05$); * – dla określenia, czy wyniki kobiet i mężczyzn istotnie się od siebie różniły, zastosowano test niezależności Chi² Pearsona

Analiza związków pomiędzy wyjściowo zaobserwowanymi cechami osobowości nerwicowej a późniejszą poprawą w zakresie MS

Profil osobowości nerwicowej pacjentów podczas kwalifikacji do leczenia określono za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006 [28–32], narzędzia pozwalającego określić rozległość i nasilenie dysfunkcji osobowości związanych z powstawaniem i utrzymywaniem się zaburzeń nerwicowych. Pomiar przeprowadzone za pomocą tego kwestionariusza opisuje współczynnik Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości (XKON) służący do zbiorczej oceny stopnia zaburzeń osobowości oraz 24 skale szczegółowe służące do oceny poszczególnych dysfunkcyjnych aspektów osobowości. Narzędzie to jest także stosowane do oceny wyników psychoterapii.

Następnie porównano wyjściowe cechy osobowości pacjentów, u których doszło do późniejszej poprawy w zakresie MS, z cechami osobowości pacjentów, u których owa poprawa nie nastąpiła.

W analizie statystycznej wykorzystano test t-Studenta dla prób niezależnych w przypadku zmiennych o rozkładzie normalnym oraz test niezależności Chi² Pearsona. Podjęto próby wykorzystania regresji logistycznej, lecz skonstruowanie użytecznego modelu okazało się niemożliwe ze względu na efekt współliniowości wielu zmiennych. 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

Analizując nasilenie Globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości (neurotyczności) nie stwierdzono istotnych różnic w tym zakresie pomiędzy podgrupami kobiet i mężczyzn, u których zaobserwowano poprawę w zakresie MS, a tymi, u których poprawa nie nastąpiła (tab. 8).

U kobiet, u których nie zaobserwowano poprawy, istotnie wyższe niż u uzyskujących poprawę były wartości skal: Skłonność do ryzyka ($p = 0,002$) oraz Impulsywność ($p = 0,038$), co przedstawia tabela 8.

U mężczyzn odnotowano istotne różnice średnich wartości skali Zawzięć ($p = 0,041$). Jednak inaczej niż w przypadku wymienionych dwóch skal u kobiet, tutaj wyższe wartości skali Zawzięć charakteryzowały podgrupę, u której nastąpiła poprawa w zakresie MS (tab. 8).

Tabela 8. Porównanie początkowego nasilenia cech osobowości nerwicowej (mierzonych za pomocą Kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006) pacjentów, u których następnie zaobserwowano poprawę w zakresie MS oraz tych, u których nie uzyskano owej poprawy

	Kobiety (n = 134)				Mężczyźni (n = 80)			
	Zmiany w zakresie MS		Test t-Studenta		Zmiany w zakresie MS		Test t-Studenta	
	Brak poprawy (n = 21)	Poprawa (n = 113)			Brak poprawy (n = 18)	Poprawa (n = 62)		
			t	p			t	p
Globalna nerwicowa dezintegracja osobowości (współczynnik XKON)	42,20 ± 21,22	43,78 ± 22,55	-0,30	ns	46,57 ± 22,92	53,09 ± 23,09	-1,06	ns
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	8,52 ± 4,63	10,15 ± 4,27	-1,58	ns	10,33 ± 4,56	10,98 ± 4,34	-0,55	ns
2. Astenia	11,00 ± 2,26	10,89 ± 2,61	0,17	ns	11,83 ± 1,25	11,23 ± 2,45	1,01	ns
3. Negatywna samoocena	7,29 ± 3,69	7,35 ± 3,64	-0,08	ns	6,44 ± 3,43	7,63 ± 3,23	-1,35	ns
4. Impulsywność	10,19 ± 4,78	8,18 ± 3,91	2,09	*	7,50 ± 3,52	8,71 ± 4,03	-1,15	ns
5. Trudności podejmowania decyzji	7,48 ± 2,94	8,10 ± 2,61	-,98	ns	8,50 ± 2,07	7,66 ± 2,53	1,29	ns
6. Poczucie wyobcowania	6,86 ± 4,37	6,83 ± 4,04	0,03	ns	7,44 ± 3,94	8,34 ± 3,95	-0,85	ns

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

7. Demobilizacja	13,14 ± 3,92	13,31 ± 4,49	-0,16	ns	12,44 ± 3,50	13,03 ± 4,80	-0,48	ns
8. Skłonność do ryzyka	4,14 ± 2,87	2,48 ± 2,07	3,17	**	3,28 ± 1,99	3,52 ± 2,95	-0,32	ns
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	5,86 ± 2,59	6,80 ± 3,03	-1,33	ns	7,72 ± 2,72	7,92 ± 2,69	-0,27	ns
10. Brak witalności	11,57 ± 4,25	12,54 ± 3,32	-1,17	ns	12,06 ± 2,96	12,77 ± 3,78	-0,74	ns
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	9,71 ± 4,64	10,07 ± 3,59	-0,40	ns	10,44 ± 3,22	9,97 ± 3,63	0,50	ns
12. Poczucie braku wpływu	5,05 ± 3,09	5,89 ± 3,21	-1,11	ns	5,89 ± 3,20	6,65 ± 3,45	-0,83	ns
13. Brak wewnętrzsterowności	9,86 ± 4,46	10,22 ± 4,14	-0,37	ns	10,28 ± 4,48	10,65 ± 4,19	-0,32	ns
14. Wyobrażenia, fantazjowanie	7,29 ± 3,20	6,87 ± 2,78	0,62	ns	7,39 ± 3,18	8,32 ± 2,70	-1,24	ns
15. Poczucie winy	7,86 ± 2,57	8,20 ± 2,38	-0,60	ns	8,22 ± 2,07	8,47 ± 2,45	-0,39	ns
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	6,00 ± 3,07	6,74 ± 2,81	-1,10	ns	6,83 ± 2,71	7,76 ± 2,64	-1,30	ns
17. Zawiść	4,76 ± 2,66	4,43 ± 3,08	0,46	ns	4,56 ± 2,99	6,39 ± 3,37	-2,08	*
18. Postawa narcystyczna	3,57 ± 2,87	2,81 ± 2,56	1,23	ns	3,89 ± 2,68	5,02 ± 3,26	-1,34	ns
19. Poczucie zagrożenia	6,52 ± 2,80	6,50 ± 3,11	0,04	ns	5,94 ± 2,62	7,26 ± 3,40	-1,51	ns
20. Egzaltacja	10,33 ± 1,83	9,87 ± 2,05	0,97	ns	8,56 ± 2,48	9,03 ± 3,04	-0,61	ns
21. Irracjonalność	4,62 ± 2,36	4,29 ± 2,34	0,59	ns	3,11 ± 1,94	4,08 ± 1,98	-1,84	ns
22. Drobiazgowość	4,43 ± 2,29	3,89 ± 1,71	1,24	ns	4,83 ± 2,15	4,63 ± 2,31	0,34	ns
23. Rozpamiętywanie	8,19 ± 1,94	8,36 ± 1,64	-0,43	ns	8,50 ± 1,20	8,44 ± 1,77	0,15	ns
24. Poczucie przeciążenia	5,48 ± 1,54	4,94 ± 1,95	1,20	ns	5,11 ± 2,47	5,03 ± 2,13	0,13	ns

ns – oznaczono różnice nieistotne statystycznie ($p > 0,05$); * – oznaczono różnice istotne na poziomie $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

W celu pogłębienia analizy, do poszukiwań czynników rokujących poprawę w zakresie MS włączono także poszczególne odpowiedzi pacjentów na pytania zawarte w Kwestionariuszu KON-2006. U kobiet szanse na uzyskanie takiej poprawy były istotnie wyższe w przypadku następujących deklaracji: „moja potulność utrudnia mi życie” (OR = 2,65; 95% CI: 1,01–6,90), „gdy pokłóć się z kimś, przez jakiś czas nie

odzywam się do niego” (OR = 2,74; 95% CI: 1,06–7,08), „zazwyczaj jestem opanowana” (OR = 2,61; 95% CI: 0,98–6,96), co przedstawia tabela 9.

U mężczyzn, pomimo mniejszej liczebności tej podgrupy, odnotowano liczne deklaracje istotnie wiążące się z wyższym niż u pozostałych prawdopodobieństwem poprawy w zakresie MS: „zawsze, jak coś powiem o sobie, „dostaję po głowie” (OR = 8,71; 95% CI: 1,08–69,99), „kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją” (OR = 8,00; 95% CI: 1,70–37,77), „drażni mnie, gdy ktoś się cieszy” (OR = 4,40; 95% CI: 0,93–20,93), „większość bliskich mi ludzi zupełnie mnie nie rozumie” (OR = 3,84; 95% CI: 1,29–11,48), „w dzisiejszym świecie uczciwy człowiek musi przegrać” (OR = 3,73; 95% CI: 1,11–12,62), „bywam tak zapracowany, że nie mam czasu na rozrywkę” (OR = 3,50; 95% CI: 1,04–11,83), co ukazuje tabela 9.

Tabela 9. Postawy (których dotyczyły pytania Kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006), których obecność istotnie wiązała się z wyższymi szansami na redukcję MS niż szanse pacjentów, u których były one nieobecne – osobno dla kobiet i mężczyzn

	Kobiety (n = 134)					Mężczyźni (n = 80)				
	Chi ² Pearsona	OR	95% CI		p	Chi ² Pearsona	OR	95% CI		p
Gdy pokłóć się z kimś, przez jakiś czas nie odzywam się do niego	4,545	2,74	1,06	7,08	*	2,743	2,44	0,84	7,16	ns
Moja potulność utrudnia mi życie	4,141	2,65	1,01	6,90	*	0,533	0,65	0,21	2,07	ns
Zazwyczaj jestem opanowany	3,861	2,61	0,98	6,96	*	0,601	0,65	0,22	1,95	ns
Zawsze, jak coś powiem o sobie, „dostaję po głowie”	0,783	1,62	0,55	4,76	ns	5,610	8,71	1,08	69,99	*
Kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją	7,154	0,27	0,10	0,73	*	8,705	8,00	1,70	37,77	**
Drażni mnie, gdy ktoś się cieszy	0,135	0,82	0,29	2,33	ns	3,946	4,40	0,93	20,93	*
Większość bliskich mi ludzi zupełnie mnie nie rozumie	0,037	0,91	0,36	2,34	ns	6,212	3,84	1,29	11,48	*
W dzisiejszym świecie uczciwy człowiek musi przegrać	0,172	0,82	0,32	2,11	ns	4,869	3,73	1,11	12,62	*
Bywam tak zapracowany, że nie mam czasu na rozrywkę	0,056	0,89	0,34	2,33	ns	4,374	3,50	1,04	11,83	*

Współczynniki istotności powiązań obliczone dla testu chi-kwadrat Pearsona oznaczono * p < 0,05; ** p < 0,01; różnice nieistotne statystycznie oznaczono ns.

Pewna część deklaracji u kobiet posiadała istotną wartość rokowniczą, lecz o przeciwnym znaczeniu: deklaracje te istotnie wiązały się z niższym niż u pozostałych prawdopodobieństwem poprawy w zakresie MS u kobiet: „często ryzykuję dla samej przyjemności ryzyka” (OR = 0,22; 95% CI: 0,07–0,65; $p < 0,01$), „kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją” (OR = 0,27; 95% CI: 0,10–0,73), „lubię robić coś niebezpiecznego” (OR = 0,19; 95% CI: 0,07–0,53; $p < 0,01$), „podniecają mnie gry i zakłady o pieniądze” (OR = 0,22; 95% CI: 0,05–1,07; pyt. 56), „gdy ktoś plecie bzdury, zwykle mu to mówię” (OR = 0,31; 95% CI: 0,12–0,82), „często wybucham z błahego powodu” (OR = 0,34; 95% CI: 0,12–0,94), „we współpracy z innymi często przejmuję kierownictwo” (OR = 0,29; 95% CI: 0,10–0,80), „prawie zawsze podejmuję decyzję na podstawie pierwszego wrażenia” (OR = 0,34; 95% CI: 0,13–0,87), „jestem pedantką” (OR = 0,38; 95% CI: 0,14–1,00), „czasem, dla przyjemności, robię coś bardzo niebezpiecznego” (OR = 0,20; 95% CI: 0,05–0,81) (tab. 10).

U mężczyzn żadna z pozytywnych odpowiedzi na pytania zawarte w Kwestionariuszu KON-2006 nie obniżała w istotnym stopniu prawdopodobieństwa uzyskania poprawy w zakresie MS (tab. 10).

Tabela 10. Postawy (których dotyczyły pytania Kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006), których obecność istotnie wiązała się z niższymi szansami na redukcję MS niż szanse pacjentów, u których były one nieobecne – osobno dla kobiet i mężczyzn

	Kobiety (n = 134)					Mężczyźni (n = 80)				
	Chi ² Pearsona	OR	95% CI	p		Chi ² Pearsona	OR	95% CI	p	
Lubię robić coś niebezpiecznego	11,562	0,19	0,07	0,53	**	0,874	0,59	0,20	1,78	ns
Czasem, dla przyjemności, robię coś bardzo niebezpiecznego	6,044	0,20	0,05	0,81	*	0,396	0,70	0,22	2,16	ns
Często ryzykuję dla samej przyjemności ryzyka	8,481	0,22	0,07	0,65	**	0,096	0,83	0,25	2,71	ns
Podniecają mnie gry i zakłady o pieniądze	4,130	0,22	0,05	1,07	*	0,275	1,54	0,31	7,76	ns
Kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją	7,154	0,27	0,10	0,73	*	8,705	8,00	1,70	37,77	**
We współpracy z innymi często przejmuję kierownictwo	6,200	0,29	0,10	0,80	*	1,367	2,21	0,57	8,54	ns
Gdy ktoś plecie bzdury, zwykle mu to mówię	5,932	0,31	0,12	0,82	*	1,725	0,49	0,17	1,44	ns
Prawie zawsze podejmuję decyzję na podstawie pierwszego wrażenia	5,326	0,34	0,13	0,87	*	0,721	1,64	0,52	5,19	ns
Często wybucham z błahego powodu	4,574	0,34	0,12	0,94	*	0,003	1,03	0,36	2,96	ns
Jestem pedantem	4,020	0,38	0,14	1,00	*	0,317	0,74	0,26	2,13	ns

Współczynniki istotności powiązań obliczone dla testu chi-kwadrat Pearsona oznaczono

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; różnice nieistotne statystycznie oznaczono ns.

Dyskusja

Na pytanie o to, jakie znaczenie dla skuteczności leczenia MS miały wyróżnione powyżej deklarowane postawy pacjentów oraz cechy ich osobowości, trudno jest jednoznacznie odpowiedzieć. Biorąc pod uwagę złożoną, biopsychospołeczną etiopatogenezę MS, można jedynie zaproponować pewne wybrane hipotezy dotyczące natury ujawnionych powiązań, które w świetle aktualnej wiedzy na temat MS są najbardziej prawdopodobne.

Wyróżnione postawy pacjentów oraz cechy osobowości nerwicowej prawdopodobnie stanowiły odzwierciedlenie struktur osobowości, które determinowały w pewnym stopniu podatność MS na zastosowaną formę psychoterapii. Podczas owego leczenia ukierunkowanego na uzyskanie wglądu, poprawę w zakresie MS zaobserwowano u kobiet przyjmujących następujące postawy: „moja potulność utrudnia mi życie”, „gdy pokłóćę się z kimś, przez jakiś czas nie odzywam się do niego”, „zazwyczaj jestem opanowana” (tab. 9). Wspólnym mianownikiem wymienionych postaw mógł być brak zdolności do adekwatnego wyrażania złości lub frustracji, nierzadko wiążący się z wyolbrzymionymi wyobrażeniami o niszczycielskim wpływie wyrażanej wobec innych agresji, które skutkują lękiem, poczuciem winy i mogą prowadzić do MS [8, 24, 33, 34].

Postawy związane z wyższą skutecznością leczenia MS u mężczyzn były odmienne od tych zaobserwowanych u kobiet. U mężczyzn korzystny wpływ miały następujące postawy: „drażni mnie, gdy ktoś się cieszy”, „kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją”, „większość bliskich mi ludzi zupełnie mnie nie rozumie”, „bywam tak zapracowany, że nie mam czasu na rozrywkę”, „zawsze, jak coś powiem o sobie, „dostaję po głowie””, „w dzisiejszym świecie uczciwy człowiek musi przegrać” (tab. 9). Znaczna część owych postaw u mężczyzn wydaje się odpowiadać wyjściowo wyższemu na tle pozostałych pacjentów poziomowi Zawiści (definiowanej przez autorów kwestionariusza jako przeżywanie frustracji w obliczu cudzych sukcesów oraz deprecjonowanie innych osób [29]), który również wiązał się z wyższą skutecznością redukcji MS (tab. 8).

Sprecyzowanie mechanizmów, które odpowiadają za powyższe powiązania, wymaga poszerzenia badań. Niemniej jednak owe dysfunkcjonalne postawy najprawdopodobniej stanowią przejaw zaburzonych struktur osobowości, w obrębie których pod wpływem zastosowanej formy leczenia doszło do korzystnych zmian. Przemawiają za tym także niepublikowane dotąd wyniki dotyczące tej samej grupy pacjentów, według których poziom skali Zawiść u mężczyzn, którzy uzyskali poprawę w zakresie MS, spadł średnio o 2,53 pkt, zaś u mężczyzn bez owej poprawy o 0,89 pkt, jakkolwiek istotność różnicy w teście t-Studenta wyniosła $p = 0,065$, nie przekraczając progu istotności statystycznej – przypuszczalnie ze względu na niewystarczającą liczebność grupy badanych mężczyzn. Wyniki jeszcze innej analizy dotyczącej tej samej populacji, w ramach której zaobserwowano istotnie wyższe wyjściowe wartości skali Zawiść u mężczyzn z MS niż u mężczyzn bez MS ($p < 0,001$), także wskazują na obecność związku pomiędzy zawiścią a MS [1]. Można przypuszczać, że grupowa psychoterapia stanowi dla pacjentów szczególnie sprzyjającą sposobność do

korygującego skonfrontowania się ze swoim przeżywaniem zawiści. Może pozwolić im to na opracowanie bardziej adekwatnych sposobów radzenia sobie z owymi impulsami. Zestawienie tych wyników sugeruje, że nie tyle sama redukcja nasilenia Zawiści może prowadzić ku poprawie w zakresie MS, ale zmiana sposobu przeżywania owych impulsów. Przypuszczalnie poszerzenie wglądu pacjentów oraz ujawnienie przez nich owej problematyki przed grupą mogło zmniejszyć ich poczucie winy wynikające z wrogości do innych i dezaprobatę dla własnej osoby, które mogły przyczynić się do utrzymywania się MS [8].

W świetle powyższych wyników wydaje się, że leczenie MS za pomocą intensywnej psychoterapii w oddziale dziennym pacjentów spełniających kryteria kwalifikacji [22], u których MS współwystępują z wymienionymi postawami, oraz mężczyzn, u których MS współistnieją z wysokim poziomem Zawiści, może często prowadzić do poprawy w tym zakresie.

Uzyskane wyniki sugerują także, że niektóre postawy kobiet mogą wiązać się – przeciwnie do wcześniej omawianych – z niższą niż u pozostałych kobiet (tab. 7) skutecznością leczenia MS. Do postaw tych należały: „często ryzykuję dla samej przyjemności ryzyka”, „kieruję się przede wszystkim instynktem, intuicją”, „lubię robić coś niebezpiecznego”, „czasem, dla przyjemności, robię coś bardzo niebezpiecznego”, „podniecają mnie gry i zakłady o pieniądze”, „gdy ktoś plecie bzdury, zwykle mu to mówię”, „często wybucham z błahego powodu”, „we współpracy z innymi często przejmuję kierownictwo”, „prawie zawsze podejmuję decyzję na podstawie pierwszego wrażenia”, „jestem pedantką” (tab. 10). Zwraca tutaj uwagę rozbieżność prognostycznego znaczenia poszczególnych czynników wiążących się z podatnością MS na psychoterapię u kobiet i mężczyzn. Najjaskrawiej ilustrowały to wyniki dotyczące postawy „kierowania się przede wszystkim instynktem, intuicją”. Postawa ta u mężczyzn wiązała się z istotnie wyższą skutecznością leczenia MS (dla poprawy w zakresie MS OR = 8,00; 95% CI: 1,70–37,77; tab. 10), zaś u kobiet z istotnie niższą skutecznością leczenia MS (dla poprawy w zakresie MS OR = 0,27; 95% CI: 0,10–0,73; tab. 10). Podobną rozbieżność napotkano w zakresie cech osobowości nerwicowej mierzonych za pomocą skal KON-2006: Skłonności do ryzyka i Impulsywności. Podczas gdy u mężczyzn obserwowano nieprzekraczający progu istotności statystycznej trend polegający na związku wyjściowej Skłonności do ryzyka i Impulsywności z większą skutecznością leczenia MS, u kobiet zależność ta była przeciwna. Wyższe nasilenie obu tych cech u kobiet istotnie wiązało się z większą opornością MS wobec psychoterapii (tab. 8). Dla przybliżenia znaczenia owych wyników kluczowa wydaje się specyfika zastosowanych skal KON-2006. Według założeń autorów kwestionariusza Impulsywność zdefiniowana została jako postrzeganie siebie jako osoby łatwo wybuchającej, kłótlivej, drażliwej, nieżnośnej dla otoczenia, agresywnej fizycznie, a zarazem odczuwającej dezaprobatę dla tych swoich zachowań [29]. Różny zakres dezaprobaty u kobiet i mężczyzn wobec własnych, impulsywnych i agresywnych zachowań mógł być uwarunkowany odmiennymi normami i odbiorem społecznym tych zachowań w zależności od płci. Podczas gdy u kobiet mogły one być nieakceptowane, odbierane krytycznie i uznawane za „niekobiece”, u mężczyzn tego rodzaju impulsywne zachowania mogły być gratyfikowane, służyć uzyskaniu

wyższego statusu w grupie i być odbierane jako „męskie” – owe różnice mogły zatem być źródłem silniejszego samokrytycyzmu u kobiet, bardziej nasilonych konfliktów intrapsychicznych i wyższego nasilenia dystresu, które mogły współodpowiadać za utrzymywanie się MS pomimo psychoterapii [19, 35].

Z kolei Skłonność do ryzyka – także wiążąca się ze stwierdzeniem obniżonej skuteczności leczenia MS u kobiet – została zdefiniowana przez autorów kwestionariusza jako postrzeganie siebie jako osoby poszukującej niebezpieczeństwa, nieobawiającej się nowych sytuacji [29]. Dążenie do ekspozycji na rozmaite niebezpieczeństwa według wielu autorów może mieć charakter pośrednio autodestrukcyjny i wiązać się z MS [3, 4, 8, 36]. Autoagresywny wydzźwięk posiadają również dwie postawy najsilniej związane ze słabszą podatnością MS na psychoterapię, występujące u kobiet ($p < 0,01$), a zarazem wskazujące potencjalną przyczynę trudności terapeutycznych: „lubię robić coś niebezpiecznego” i „często ryzykuję dla samej przyjemności ryzyka”. Współwystępowanie MS z owymi postawami sugeruje, iż owe pacjentki mogły prezentować utrwaloną skłonność do regulowania nastroju poprzez ryzykowne zachowania, w tym narażanie swojego życia. U części tego rodzaju pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline przejawy autoagresji, takie jak samookaleczenia, mogą stanowić swoisty „wentyl bezpieczeństwa”, który, jak wskazują niektórzy badacze, pełni funkcję zapobiegawczą wobec tendencji samobójczych [15]. Wobec takiej psychopatologii uzasadnione wydają się twierdzenia wielu autorów o konieczności dłuższego leczenia psychoterapeutycznego [8], co w odniesieniu do badanych było możliwe poprzez kierowanie ich do kontynuacji leczenia, np. w postaci powtórnego uczestniczenia w 12-tygodniowym cyklu intensywnej psychoterapii – skłania ku temu potrzeba uzyskania głębszej zmiany strukturalnej w obrębie osobowości.

Uzyskane wyniki dotyczące trudnych do usunięcia MS u kobiet mogą również wskazywać na komponenty osobowości, którym warto poświęcić szczególną uwagę w toku psychoterapii. Prawdopodobnie w przypadku współwystępowania nasilonej Impulsywności lub Skłonności do ryzyka z MS u pacjentek z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości, korzyści mogłoby przynieść zogniskowanie oddziaływań leczniczych wokół owych wyodrębnionych obszarów, ich intensyfikacja lub uwzględnienie metod wykraczających poza te rutynowo stosowane w dziennym oddziale psychoterapeutycznym. Przemawiają za tym również niepublikowane dotąd wyniki innej części projektu badawczego obejmującego tę samą populację pacjentów. W ich rezultacie stwierdzono, że – w zestawieniu z grupą bez poprawy w zakresie MS – u pacjentek, które uzyskały ową poprawę, jednocześnie nastąpiła silniejsza redukcja Impulsywności ($p = 0,025$).

Ponadto, wobec potwierdzonej skuteczności psychofarmakoterapii w leczeniu wymienionych grup pacjentów [37], wydaje się, że redukcja zakresu jej stosowania w przypadku występowania uporczywych MS wymaga szczególnej rozwagi. Z kolei wyróżnienie innych, konkretnych metod leczniczych pomocnych w tych przypadkach w eliminowaniu MS wymaga poszerzonych badań.

Wpływ na zaobserwowane różnice pomiędzy płciami w zakresie rokowniczego znaczenia cech osobowości mogła mieć również znaczna liczba pacjentek z zaburzeniami odżywiania uczestniczących w niniejszym badaniu, podczas gdy żaden

mężczyzna nie spełniał kryteriów diagnostycznych tych zaburzeń (tab. 5). Przemawia za tym również fakt, iż 44,4% kobiet z zaburzeniami jedzenia wyjściowo zgłaszało MS, przy rozpowszechnieniu MS dla wszystkich kobiet wynoszącym 29,1% (tab. 5 i 9). W tym kontekście warto także przytoczyć wyniki osobnej analizy dotyczącej tej samej grupy pacjentów, według której występowanie napadów głodu, szczególnie tych powodujących konieczność jedzenia w nocy – a więc objawu zaburzeń jedzenia, istotnie wiązało się z obniżonymi szansami redukcji MS u kobiet (OR = 0,19; 95% CI: 0,07–0,56; $p < 0,01$) [38]. Obserwacje te współbrzmia z doniesieniami opisującymi zaburzenia jedzenia jako często współwystępujące z przejawami autoagresji, włączając w to MS, a przy tym jako zaburzenia uporczywe, wymagające długoterminowej terapii i często cechujące się stosunkowo niską podatnością na różne formy leczenia [8, 39–41].

Ograniczeniem przeprowadzonego badania była niemożność zweryfikowania trwałości uzyskanej poprawy. Także Kwestionariusz KO„O” odnosi się do objawów występujących u pacjentów w ciągu ostatnich siedmiu dni, co mogło się wiązać z niewychwyceniem osób, u których MS ustąpiły jedynie tymczasowo. Doświadczenie kliniczne wskazuje również na konieczność uwzględniania faktu, że niektórzy pacjenci mogą odbierać pojawiające się MS jako egosyntoniczne. Ze względu na proces kwalifikacji do leczenia w opisywanym oddziale, obecność tego rodzaju pacjentów w badanej grupie jest mało prawdopodobna, niemniej jednak między innymi z tego powodu należy zaznaczyć, że zadeklarowanie w kwestionariuszu przez pacjentów obecności „uciążliwych” MS nie jest równoważne z obecnością MS stwierdzaną podczas badania psychiatrycznego. Ograniczeniem niniejszego badania jest też brak grupy kontrolnej składającej do pytania o możliwość wnioskowania co do skuteczności zastosowanego leczenia na podstawie zaobserwowanej redukcji MS. Wydaje się to jednak wysoce prawdopodobne wobec odnotowanej dynamiki rozpowszechnienia i nasilenia MS (tab. 6 i 7) oraz faktu, iż zastosowany sposób leczenia stanowi powszechnie uznaną metodę stosowaną wobec grup pacjentów, do których należeli badani [8, 25, 26, 42]. Należy przyjąć, że obserwowane zmiany dotyczące MS w przypadku każdego z pacjentów były rezultatem innych, zindywidualizowanych oddziaływań ze spektrum interwencji psychoterapeutycznych mieszczących się w ramach psychoterapii zintegrowanej z przewagą podejścia psychodynamicznego oraz elementami terapii behawioralnej i poznawczej, zastosowanych przez terapeutów [2, 38]. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że skuteczność psychoterapeutycznego leczenia MS – objawu o wyjątkowo złożonej etiopatogenezie – może być współdeterminowana przez równie złożony i trudny do określenia zespół czynników, spośród których niewielka część została poddana analizie w toku niniejszego badania.

Wnioski

1. Wyjściowo nasiloną Skłonność do ryzyka i Impulsywność u kobiet mogą współwystępować z MS o podwyższonej oporności na leczenie. Skłania to do zwrócenia szczególnej uwagi na owe podgrupy i starannego doboru stosowanych wobec nich oddziaływań leczniczych. Prawdopodobnie zogniskowanie oddziaływań

terapeutycznych wokół wyżej wymienionych komponentów osobowości mogłoby prowadzić u tych pacjentek do wzrostu skuteczności leczenia MS.

2. Redukowanie MS podczas psychoterapii wydaje się szczególnie skuteczne u kobiet, które przejawiały trudności w adekwatnym wyrażaniu złości oraz u mężczyzn o wyjściowo wysokim poziomie Zawiści, co potwierdza zasadność koncentracji terapii na tych właśnie obszarach psychopatologii.

Podziękowania: Korekta i adiustacja tekstu: mgr Anna Rodzińska

Piśmiennictwo

1. 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/psychiatrapolska.pl/online-first/5].
2. Rodziński P, Sobański JA, Rutkowski K, Cyranka K, Murzyn A, Dembińska E. 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).
3. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Montebovi F, Palermo M, Campi S. i wsp. *Car accidents as a method of suicide: a comprehensive overview.* Forensic Sci. Int. 2012; 223(1–3): 1–9.
4. Hodgins DC, Mansley C, Thygesen K. *Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers.* Am. J. Addict. 2006; 15(4): 303–310.
5. Borges G, Loera CR. *Alcohol and drug use in suicidal behaviour.* Curr. Opin. Psychiatry 2010; 23(3): 195–204.
6. Liu RT, Miller I. *Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review.* Clin. Psychol. Rev. 2014; 34(3): 181–192.
7. Sawicka J, Szulc A, Bachórzewska-Gajewska H. *Samobójstwa wśród chorych z zaburzeniami psychicznymi – opisy przypadków.* Psychiatr. Pol. 2013; 47(1): 135–146.
8. Leenaars AA. *Psychotherapy with suicidal people a person-centred approach.* Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.; 2004.
9. Kim JM, Stewart R, Kim SW, Kang HJ, Kim SY. *Interactions between a serotonin transporter gene, life events and social support on suicidal ideation in Korean elders.* J. Affect. Disord. 2014; 160: 14–20.
10. Kang HJ, Kim JM, Lee JY, Kim SY, Bae KY. *BDNF promoter methylation and suicidal behavior in depressive patients.* J. Affect. Disord. 2013; 151(2): 679–685.
11. Kim JM, Kang HJ, Bae KY, Kim SW, Shin IS. *Association of BDNF promoter methylation and genotype with suicidal ideation in elderly Koreans.* Am. J. Geriatr. Psychiatry 2014; 22(10): 989–996.
12. Brzozowska A. *Krzywdzenie dzieci jako czynnik ryzyka zachowań samobójczych – przegląd literatury.* Psychiatr. Pol. 2004; 38(1): 29–36.
13. Krysinska K, Lester D. *Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review.* Arch. Suicide Res. 2010; 14(1): 1–23.
14. Rutkowski K. *Diagnostyka porównawcza zaburzeń pourazowych.* Psychiatr. Pol. 2005; 39(1): 75–88.

15. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F. *Borderline personality disorder; self-mutilation and suicide: literature review*. *Encephale* 2008; 34(5): 452–458.
16. Schaefer KE, Esposito-Smythers C, Riskind JH. *The role of impulsivity in the relationship between anxiety and suicidal ideation*. *J. Affect. Disord.* 2012; 143: 95–101.
17. 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.
18. Blüml V, Kapusta ND, Doering S, Brähler E, Wagner B, Kersting A. *Personality factors and suicide risk in a representative sample of the german general population*. *PLoS One* 2013; 8(10): e76646.
19. 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.
20. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnostyce i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28(6): 667–676.
21. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”*. *Psychiatr. Pol.* 2000; 34(6): 931–943.
22. 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.
23. Wołodźko T, Kokoszka A. *Próba klasyfikacji osób podejmujących zachowania samobójcze – przegląd badań z zastosowaniem analizy skupień*. *Psychiatr. Pol.* 2014; 48(4): 823–834.
24. Aleksandrowicz J. *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
25. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym*. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28(4): 421–430.
26. 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.
27. 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.* Online First 2015 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/6].
28. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej. KON-2006*. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41(6): 759–778.
29. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Dorota Stolarska D. *KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. *Arch. Psychiatrii Psychother.* 2009; 11(1): 21–29.
30. Ježková V, Matulová P. *Pilot study of KON-2006 in the Czech Republic*. *Arch. Psychiatr. Psychother.* 2010; 12(3): 57–61.
31. Styła R. *Concept of reliable change in the usage of the KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. *Arch. Psychiatr. Psychother.* 2011; 13(3): 21–24.
32. Białas A. *Wiek pacjentów a skuteczność psychoterapii i możliwość zmiany cech osobowości*. *Psychoterapia* 2008; 1: 27–42.
33. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
34. Yalom DI, Leszcz M. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.

35. Mandal E, Zalewska K. *Psychiczna kobiecość i męskość, poczucie własnej atrakcyjności, style przywiązania, style radzenia sobie i strategie autoprezentacji u kobiet podejmujących próby samobójcze*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(3): 329–339.
36. Suchańska A. *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 1998.
37. Jarema M. *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Gdańsk: Via Medica; 2011.
38. Rodziński P, Rutkowski K, Sobański JA, Murzyn A, Cyranka K i wsp. *Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii na dziennym oddziale 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/PP/OnlineFirst/32223].
39. Fennig S, Hadas A. *Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders*. Nord. J. Psychiatry 2010; 64(1): 32–39.
40. Franko DL, Keel PK. *Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications*. Clin. Psychol. Rev. 2006; 26(6): 769–782.
41. Pilecki MW, Józefik B, Sałapa K. *The relationship between assessment of family relationships and depression in girls with various types of eating disorders*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 385–395.
42. Fowler JC. *Core principles in treating suicidal patients*. Psychotherapy (Chic) 2013; 50(3): 268–272.

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

Otrzymano: 27.10.2014
Zrecenzowano: 15.11.2014
Otrzymano po poprawie: 17.11.2014
Przyjęto do druku: 2.02.2015

Projekt współfinansowany ze środków
Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego
2012-2017