

## **Wpływ krótkoterminowej grupowej psychoterapii psychodynamicznej na cechy osobowości pacjentów leczonych na oddziale dziennym**

### **The effects of short-term group psychodynamic psychotherapy on the personality traits of patients treated in a day ward**

Adrian Sieradzki, Marcin Szechiński, Krzysztof Małyszczak

Zakład Psychoterapii i Chorób Psychosomatycznych  
Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

#### **Summary**

**Aim.** In the literature, there is no research that would indicate how a change in specific personality elements may affect the therapeutic effect of short-term group psychodynamic psychotherapy (STGP). The aim of the study was to evaluate the effect of short-term group psychodynamic psychotherapy on personality traits in a population of patients with neurotic and personality disorders in a day ward of neurosis treatment.

**Method.** The study involved 139 people with anxiety and personality disorders, including 110 who participated in the control measurements. The dimensions of personality (neuroticism, extraversion, psychoticism, lie) were assessed on the basis of the Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) adapted to the Polish conditions. The measurements were made at two time points: (1) before treatment, (2) after 12 weeks of treatment.

**Results.** During therapy the level of neuroticism, extraversion, psychoticism and lie did not change significantly in the group of neurotic patients. In the group of people with personality disorders, the level of neuroticism significantly decreased ( $p = 0.0008$ ), whereas the level of extraversion increased ( $p = 0.037$ ). The values for psychoticism and lie did not change significantly in the course of psychotherapy in any group of patients.

**Conclusions.** The dynamics of changes in neuroticism and extraversion under the influence of short-term group psychodynamic psychotherapy (STGP) in a day ward of neurosis treatment seems to be an important marker for assessing the effectiveness of the treatment in people suffering from personality disorders. There is a need to develop more precise parameters for the assessment of recovery in the group of people with anxiety disorders.

**Słowa kluczowe:** psychoterapia psychodynamiczna, efektywność kliniczna

**Key words:** psychodynamic psychotherapy, clinical effectiveness

## Wstęp

Celem badania była ocena wpływu krótkoterminowej grupowej psychoterapii psychodynamicznej (KGPP) na strukturę osobowości w populacji osób z zaburzeniami nerwicowymi i z zaburzeniami osobowości w warunkach Oddziału Dziennego Leczenia Nerwic (ODLN).

Oddziały dzienne leczenia nerwic są tradycyjną formą leczenia zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości. W Polsce pierwsze tego typu placówki zostały założone na początku lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku w Krakowie przez prof. Jerzego Aleksandrowicza i we Wrocławiu przez dr. Henryka Szydlika, a w Pruszkowie przez prof. Stefana Ledera. Obecnie ramy funkcjonowania ODLN wyznacza NFZ; są one rejestrowane i kontraktowane jako oddziały szpitalne. Zgodnie z wymaganiami NFZ pacjenci ODLN korzystają z psychoterapii grupowej, która jest w tych jednostkach główną metodą leczenia. Czas terapii jest ograniczony do 12 tygodni, określone są też minimalne wymagania odnośnie personelu, który w większości składa się z psychologów i psychoterapeutów.

Podstawy teoretyczne psychoterapii grupowej o charakterze psychodynamicznym zostały opracowane przez psychiatrę i psychoanalityka Wilfreda Biona [1], następnie były uszczegóławiane i uzupełniane przez pokolenia psychoterapeutów o orientacji psychoanalitycznej i psychodynamicznej [2]. Krótkoterminowa psychodynamiczna psychoterapia grupowa (KGPP) wykorzystuje zjawisko procesu grupowego – uczestnicy spotykają się na wspólnych sesjach, na początku są sobie obcy, w czasie przebiegu terapii poznają się i nawiązują wzajemne relacje. Tworzą także wspólny obiekt psychiczny nazywany grupą, którego są częścią i z którym także nawiązują relacje, podobnie jak z terapeutami. Wobec początkowego wycofania i małej aktywności terapeutów, w sytuacji kontaktu z obcymi uczestnikami grupy dochodzi do bardzo głębokiej regresji z uruchomieniem obronnych procesów schizoparanoidalnych. Stan regresji umożliwia ujawnienie wcześniej nieświadomych procesów przeniesieniowych i ich korektę – nawet bardzo wczesne rozwojowo kateksje po uaktywnieniu rzutowane są na grupę i terapeutów, co w dalszym ciągu terapii daje możliwość ich przepracowania.

Psychodynamiczna psychoterapia grupowa jest skuteczną metodą leczenia zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości. W formie krótkoterminowej może być jednak niewystarczająca dla niektórych pacjentów, poza tym wymaga pewnej zdolności do relacji społecznych (edypalnych). Pacjenci z głębokimi potrzebami relacji diadycznej mogą reagować znacznym lękiem lub zawiścią, uniemożliwiającymi korzystanie z terapii. Zdarza się to często w przypadku niektórych zaburzeń osobowości (paranoiczna, dyssocjalna, narcystyczna), jadłowstrętu psychicznego i uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Wyraźna poprawa objawowa stanu psychicznego leczonych zależy od wielu czynników i jest generalnie zrozumiała [3, 4]. Jest także potwierdzona w badaniach eksperymentalnych [5]. Pozostaje jednak niejasne, czy krótka, 12-tygodniowa terapia ma wpływ na strukturę osobowości [6]. Wyniki własnego badania autorów dowodzą, że poprawa objawowa utrzymuje się co najmniej przez rok po zakończeniu terapii, co pozwala zakładać zmianę struktury osobowości, nie jest to jednak pewne, szczególnie

wobec wyników badania Lorentzena i wsp. [6], którzy wykazali różnicę w reakcji na leczenie terapią krótkoterminową w porównaniu z długoterminową. Zebrane dane z badań dotyczących skuteczności KGPP w leczeniu zaburzeń osobowości i lękowych nie wyjaśniają tej kwestii i wskazują na potrzebę badań w tej dziedzinie [7, 8].

W niniejszym badaniu do oceny zmiany struktury osobowości wykorzystaliśmy Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R w wersji z 1995 roku [9]. Była to pełna wersja zawierająca 100 pytań odnoszących się do podstawowych 3 wymiarów osobowości: Neurotyzmu (N), Ekstrawersji (E) i Psychotyizmu (P).

Podwyższony poziom neurotyzmu, jako zjawisko związane z czynnością układu limbicznego, ma się charakteryzować zwiększonym poziomem aktywacji i niższym progiem pobudliwości w obrębie struktur podkorowych. Podwyższony poziom neurotyzmu przy zmniejszeniu wymiaru ekstrawersji obserwowano w zaburzeniach lękowych takich jak zaburzenie lękowe uogólnione, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, agorafobia i zaburzenia lękowe z napadami paniki [10]. Kotov i wsp. [11] w obszernej metaanalizie obejmującej 175 badań opublikowanych w okresie od 1980 do 2007 roku potwierdzili silny związek cech osobowości, w tym zwłaszcza neurotyzmu i ekstrawersji, z zaburzeniami lękowymi, depresyjnymi i uzależnieniami.

Potwierdzony w literaturze przedmiotu związek między poziomem neurotyzmu a depresyjnością i lękiem odzwierciedla głębszy funkcjonalny aspekt tych zaburzeń. Przejawem tego jest lepsza wartość predykcyjna neurotyzmu w porównaniu z podskalami psychopatologicznymi dla wymienionych zaburzeń (depresyjnych, lękowych) [12]. Neurotyzm i ekstrawersja należą do istotnych wymiarów osobowości, które coraz bardziej zyskują na znaczeniu jako czynniki ryzyka w przebiegu i rozwoju zaburzeń lękowych i depresyjnych [13], a ostatnio również jako czynniki patoplastyczne w powstawaniu czy akceleracji procesów otepiennych [14]. W innym kontekście zdrowia publicznego, związanym z aktywnością zawodową, opisywane wymiary osobowości okazały się czynnikami predykcyjnymi absencji chorobowej w pracy zarówno wśród pracowników „zdrowych”, jak i wśród osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi [15].

Skala kłamstwa początkowo miała znaczenie tylko pomocnicze, informując o jakości wypełnienia kwestionariusza przez badanego, ale sposób kontroli odpowiedzi poprzez zadawanie oczywistych pytań, np. „Czy kiedykolwiek w życiu coś ukradłeś?“, zbliża skalę kłamstwa do wymiaru dostosowania społecznego (*social desirability*), jak w Skali Dostosowania Społecznego Marlowe’a–Crowne’a (MCSDS) [16]. Skala ocenia, czy badani reagują zgodnie z prawdą, czy też tak dostosowują odpowiedzi, aby poprawić autoprezentację.

## Material

Do badania zakwalifikowano 139 osób, z których 110 uczestniczyło w obydwu pomiarach kontrolnych, a 29 osób (20,9%) odmówiło dalszego udziału w badaniu lub wskutek zmian adresowych nie udało się utrzymać z nimi kontaktu. Wiek badanych osób mieścił się w przedziale od 19 do 57 lat, w grupie osób z zaburzeniami nerwicowymi (ZN) wynosił  $36,82 \pm 10,29$  roku, czyli różnił się istotnie od średniego wieku

grupy osób z zaburzeniami osobowości (ZO, średnia  $30,26 \pm 8,62$ ;  $p = 0,0007$ ) (tab. 1). Wykazano różnice w proporcji mężczyzn (31/28,2%) do kobiet (79/71,8%) w grupie kończącej badanie ( $p = 0,0028$ ) (tab. 2). Ponadto 39 osób korzystało w czasie leczenia na ODLN z psychofarmakoterapii (35,5%).

Tabela 1. **Wiek i wykształcenie [w latach] w podziale na ZN i ZO**

	ZN	ZO	p
Średnia wiek	36,82	30,26	0,000742
SD wiek	10,29	8,62	
Średnia wykształcenie	13,94	14,23	0,56
SD wykształcenie	2,65	2,36	

Tabela 2. **Zróżnicowanie grupy badanej według płci ( $\chi^2$  ( $df = 1$ );  $p = 0,0028$ )**

	Mężczyźni	Kobiety	Razem
ZN	12 (10,91%)	55 (50%)	67
ZO	19 (17,27%)	24 (21,28%)	43
Razem	31 (28,18%)	79 (71,82%)	110

Podstawą rozpoznania zaburzeń osobowości i zaburzeń nerwicowych były kryteria diagnostyczne międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10. Zastosowano metodę obiektywizacji diagnozy poprzez długoterminową obserwację pacjenta, w tym przypadku 12-tygodniową na Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic, dokonaną przez klinicystów (psychiatrów i psychologów klinicznych). Rozpoznania były przedmiotem dyskusji w zespole terapeutycznym z dopasowaniem objawów pacjenta do kryteriów ICD-10.

U 67 pacjentów zdiagnozowano zaburzenia nerwicowe, u 43 rozpoznano zaburzenia osobowości, w tym u 15 (13,6%) zarówno zaburzenia nerwicowe, jak i zaburzenia osobowości. W całej grupie badanej w przypadku 3 osób (2,7%) stwierdzono współistnienie depresji i zaburzeń osobowości (tab. 3). Z uwagi na naturalistyczny charakter badania wszystkie te osoby włączono do grupy badanej.

Tabela 3. **Grupa badana z zaburzeniami nerwicowymi (ZN) i zaburzeniami osobowości (ZO) w podziale według rozpoznań na podstawie klasyfikacji ICD-10**

Diagnoza grupa ZN	Liczba	Procent (%)	Diagnoza Grupa ZO	Liczba	Procent (%)
F32.0	3	2,73	F60.0	2	1,82
F40.0	4	3,64	F60.1	1	0,91
F40.1	3	2,73	F60.3	10	9,09
F40.1 F10.2	1	0,91	F60.4	3	2,73
F41.0	9	8,18	F60.5	1	0,91
F41.1	5	4,56	F60.6	2	1,82

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

F41.1 F45.3	1	0,91	F60.7	4	3,64
F41.2	18	16,36	F60.8	8	7,27
F41.2 F50.1	1	0,91	F60.9	10	9,09
F41.3	6	5,45	F61	2	0,91
F42.0	3	2,73			
F42.2	1	0,91			
F43.2	5	4,56			
F43.2 F10.1	1	0,91			
F45.0	3	2,73			
F45.3	1	0,91			
F48.0	1	0,91			
F50.2 F41.2	1	0,91			

Wszyscy badani byli leczeni na Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic Specjalistycznego Zespołu Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu. Leczenie polegało na 12-tygodniowej terapii grupowej w zamkniętej grupie psychodynamicznej. Zajęcia odbywały się codziennie w dni robocze, w formie dwóch półtoragodzinnych sesji. W skład grup wchodziło od 10 do 12 pacjentów oraz dwóch prowadzących psychoterapeutów. Sesja rozpoczynała się indywidualną pracą jednego z pacjentów, który wchodził w kontakt z wybranym przez siebie terapeutą, a grupa w tym czasie obserwowała jego pracę. Kolejne 45 minut był to czas na refleksje i dyskusje między pacjentami na temat problematyki pierwszej połowy sesji z okazjonalnymi komentarzami terapeutów. Terapeuci koncentrowali się w swoich interwencjach na nieświadomych emocjach, myślach i zachowaniach, których pacjenci nie byli w stanie samodzielnie dostrzec. Głównym sposobem wywierania terapeutycznego wpływu na pacjentów były interwencje psychodynamiczne oparte na konfrontacji, klaryfikacji oraz interpretacji. Jeden dzień każdego tygodnia był przeznaczony na psychodramę z minimalną aktywnością terapeutów. Jeśli były takie wskazania, pacjentom przepisywano leki – 39 pacjentów (35,5%) zażywało leki psychotropowe, głównie z grupy selektywnych inhibitorów wychwyty serotoniny.

### Metoda

Podstawowym kwestionariuszem oceny w opisywanym badaniu był Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R w polskiej adaptacji Brzozowskiego i Drwala [9], zakupiony na potrzeby badania w Pracowni Testów Psychologicznych. Była to pełna wersja zawierająca 100 pytań odnoszących się do podstawowych 3 wymiarów osobowości: Neurotyzmu (N), Ekstrawersji (E) i Psychotyzmu (P), które oceniają również nasilenie opisywanych zaburzeń w sposób wymiarowy. Podejście wymiarowe jest szeroko stosowane w badaniach z zakresu psychiatrii i psychologii społecznej. W niniejszej publikacji nie przedstawiamy kwestionariuszy objawowych, ponieważ dotyczy ona zależności pomiędzy rozpoznaniami, cechami osobowości i wpływem

terapii. Skala Kłamstwa (K) będąca skalą kontrolną, umożliwia ocenę tendencji do przedstawiania się w lepszym świetle i podatności na aprobatę społeczną.

Koncepcja osobowości Hansa Eysencka została oparta na założeniu oddziaływania genotypu z czynnikami środowiskowymi, w wyniku którego powstają cechy fenotypowe organizmu, w tym właściwości anatomiczne i fizjologiczne układu nerwowego. Układ nerwowy razem ze środowiskiem determinuje powstanie podstawowych cech osobowości i zachowania.

Badanych podzielono na dwie grupy: pacjentów z zaburzeniem nerwicowym bez rozpoznania zaburzenia osobowości i pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia osobowości. Jeżeli jedno i drugie występowało razem, o przydzieleniu do grupy decydowała obecność zaburzenia osobowości. Założono, że zmiana struktury osobowości, jeżeli do niej doszło, będzie większa lub przynajmniej inna u osób z rozpoznaniem zaburzenia osobowości niż u osób z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych.

W czasie, kiedy Eysenck tworzył swój kwestionariusz, nie stosowano pojęcia zaburzeń osobowości, traktując pacjentów z tego rodzaju problemami psychicznymi jako „nerwicowych”. Obecnie podział (patrząc z punktu widzenia teorii psychodynamicznej) przebiega w ten sposób, że w przypadku zaburzeń osobowości patologia jej struktury jest bardziej znacząca i widoczna w codziennym życiu niż w przypadku zaburzeń nerwicowych.

Badanie miało określić, czy i w jakim stopniu terapia wpłynęła na cechy osobowości z kwestionariusza EPQ-R oraz czy w takim samym stopniu w dwóch grupach zaburzeń. Pomiar przeprowadzono bezpośrednio (w ciągu kilku dni) przed leczeniem i bezpośrednio po zakończeniu leczenia. W celu statystycznego porównania średnich pomiarów skal kwestionariusza EPQ-R przed leczeniem i po leczeniu wykorzystano test *t*-Studenta dla zmiennych zależnych. Wpływ rozpoznania zaburzenia osobowości na średnie oceny w skalach EPQ-R określono za pomocą metody analizy wariancji ANOVA dla zmiennych zależnych.

## Wyniki

Osoby leczone za pomocą KGPP w ODLN z powodu zaburzeń nerwicowych (ZN) wykazały nieznaczną i nieistotną statystycznie dynamikę w aspekcie redukcji poziomu neurotyzmu. Podobnie nie zaobserwowano wyraźnej zmiany w poziomie ekstrawersji po przeprowadzonej terapii KGPP w wymienionej grupie pacjentów. Również pozostałe skale EPQ, czyli Psychotyzm i Kłamstwo, wykazywały stabilne wartości w obserwowanym okresie u osób z zaburzeniami lękowymi (zob. tab. 4).

Tabela 4. Wymiary osobowości mierzone EPQ-R w grupie osób z zaburzeniami nerwicowymi przed terapią i po terapii (test *t* dla zmiennych zależnych)

Zaburzenia nerwicowe	Średnia	SD	N	Różnica	p	Przedział ufności L	Przedział ufności P
Neurotyzm1	18,28	4,73	67	0,31	0,55	-0,72	1,35
Neurotyzm2	17,97	4,56					

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

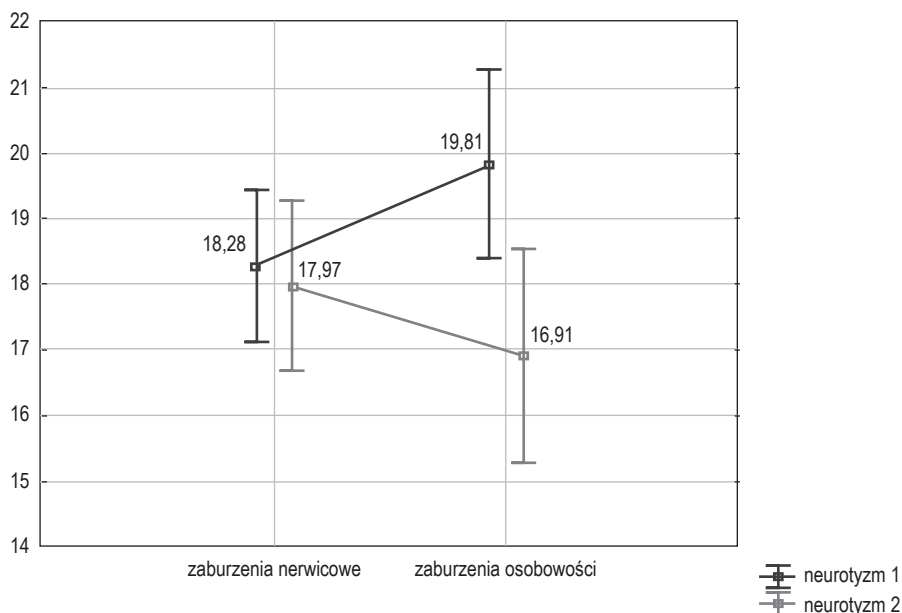
Ekstrawersja1	10,28	5,57	67	-0,55	0,26	-1,52	0,42
Ekstrawersja2	10,84	5,12					
Psychotyzm1	7,00	3,58	67	0,00	1,00	-0,78	0,78
Psychotyzm2	7,00	3,16					
Kłamstwo1	9,69	4,10	67	-0,48	0,26	-1,32	0,36
Kłamstwo2	10,16	4,24					

SD – odchylenie standardowe

Inną dynamiką charakteryzowała się grupa osób z rozpoznaniem zaburzeń osobowości (ZO) w obserwacji przed terapią i po terapii. Dla tej populacji badanych odnotowano wyraźne, istotne statystycznie zmniejszenie wartości w skali neurotyzmu. Poziom ekstrawersji w grupie ZO mierzonej odpowiednią skalą kwestionariusza EPQ uległ istotnemu zwiększeniu w pomiarze po przeprowadzonej w ODLN terapii KGPP. Nie zaobserwowano natomiast istotnych zmian w wymiarach psychotyzmu i kłamstwa w grupie osób z ZO (zob. tab. 5).

Wykresy 1–4 przedstawiają odpowiedź na leczenie z podziałem na grupy z zaburzeniami osobowości i bez tych zaburzeń. Statystycznie istotne różnice pomiędzy grupami dotyczyły skal: neurotyzmu, psychotyzmu i kłamstwa. W przypadku neurotyzmu

Wilks lambda = 0,92663,  $F(2, 107) = 4,2360$ ,  $p = 0,01696$   
 Kreski poziome oznaczają przedziały ufności 95%



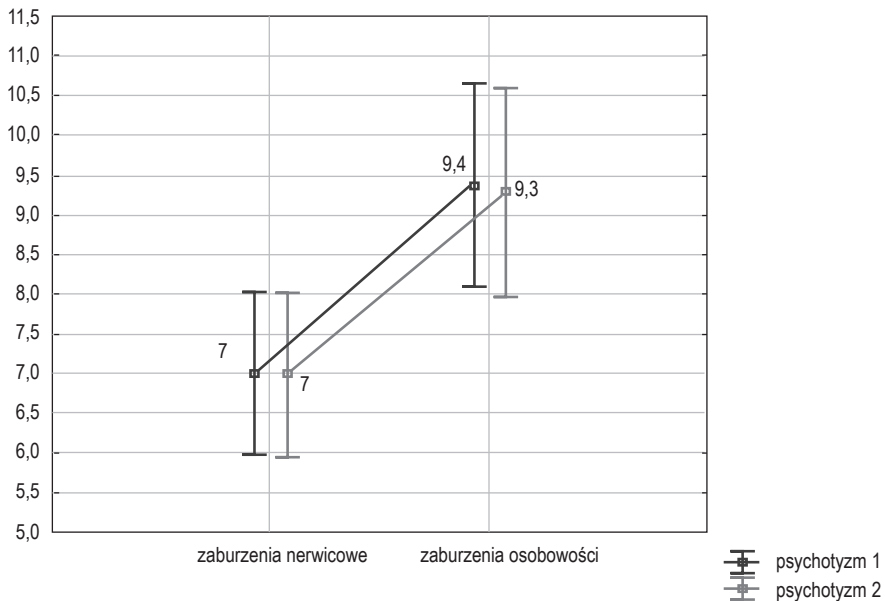
Wykres 1. Poziom neurotyzmu przed leczeniem i po leczeniu STGP

Wilks lambda = 0,98295, F(2, 107) = 0,92798, p = 0,39851  
Kreski poziome oznaczają przedziały ufności 95%



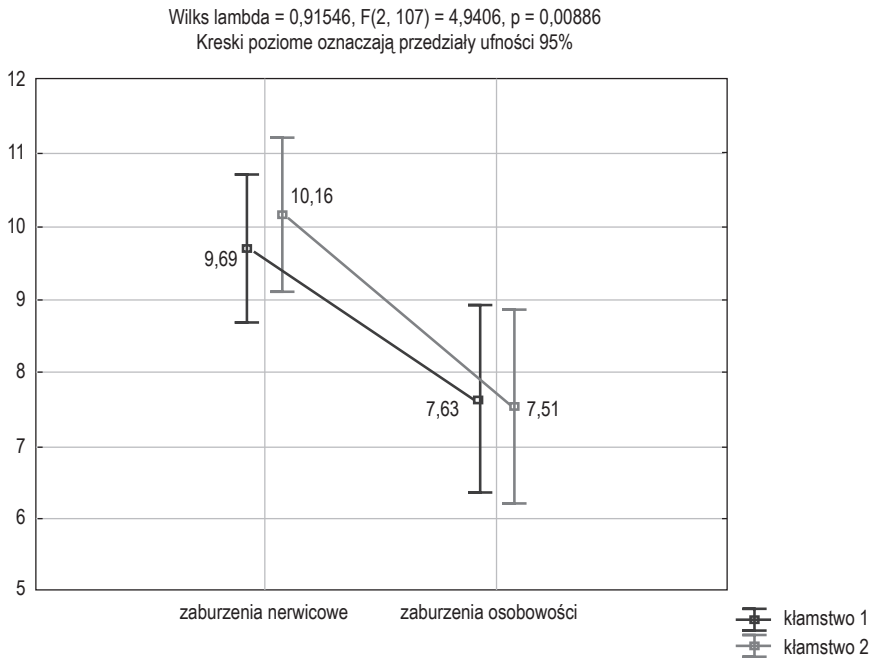
Wykres 2. Poziom ekstrawersji przed leczeniem i po leczeniu STGP

Wilks lambda = 0,92190, F(2, 107) = 4,5322, p = 0,1290  
Kreski poziome oznaczają przedziały ufności 95%



Wykres 3. Poziom psychotyizmu mierzonego EPQ przed leczeniem i po leczeniu STGP





Wykres 4. Poziom kłamstwa mierzonego EPQ przed leczeniem i po leczeniu

pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi nie zmienili swoich ocen, natomiast w grupie z zaburzeniami osobowości poziom neurotyzmu spadł średnio prawie o 3 jednostki – z wartości większej niż ZN do mniejszej niż ZN. W skali ekstrawersji średnie wyniki wzrosły w obu grupach, w przypadku ZO wzrost był statystycznie istotny, jednak reakcja na leczenie – porównując obie grupy – nie różniła się statystycznie. W skali psychotyizmu średnie wyniki prawie się nie zmieniły w obu grupach, jednak w grupie ZO były znacząco wyższe niż w grupie ZN. Odwrotna sytuacja dotyczyła skali kłamstwa, gdzie średnie wyniki prawie się nie zmieniły w obu grupach, ale w grupie ZN były znacząco wyższe.

### Omówienie wyników

Skuteczność krótkoterminowej terapii psychodynamicznej (KGPP) w warunkach Oddziału Dziennego Leczenia Nerwic (ODLN) stanowi istotny aspekt zarówno kliniczny, jak i z zakresu zdrowia publicznego. W obszernej metaanalizie Driessen i wsp. [17], obejmującej 54 badania, w tym 33 o charakterze klinicznym z randomizacją, w sumie z udziałem 3946 pacjentów, KGPP okazała się bardziej efektywna od porównywanych z nią interwencji terapeutycznych w aspekcie redukcji lęku w pomiarach po terapii i kontrolnych.

W świetle badań osoby z zaburzeniami osobowości charakteryzuje podwyższony poziom neurotyzmu, korelujący pozytywnie z nasileniem zaburzeń, co potwierdzono

m.in. dla ZO typu borderline oraz łękliwej [18]. Jest to obserwacja zgodna z wynikami prezentowanego badania, że zmniejszaniem nasilenia neurotyzmu w grupie z ZO w konsekwencji przeprowadzonej KGPP.

W grupie pacjentów z ZO skutek przeprowadzonej terapii KGPP uległ również wyraźnej i korzystnej zmianie poziom ekstrawersji. Ekstrawersja w badaniach pacjentów klinicznych z zaburzeniami osobowości wykazywała wyraźny związek z dysfunkcjami w relacjach interpersonalnych, okazując się najlepszym konstruktem w tym obszarze [19]. Wobec tego wydaje się, że dynamika zmian w zakresie tego wymiaru osobowości stanowi istotny wskaźnik poprawy zarówno klinicznej, jak i funkcjonalnej.

Prezentowane spostrzeżenia nabierają jeszcze ciekawszego odniesienia w kontekście wyników badań neuroobrazowych grupy naukowców chińskich [20]. Zaobserwowali oni negatywną zależność między poziomem ekstrawersji a objętością istoty szarej (GMV) obszarów mózgu odpowiedzialnych za procesy emocjonalne, społeczne i kognitywne, w tym obustronnie ciała migdałowatego i zakrętu hipokampa, lewego górnego zakrętu czołowego, prawego środkowego płata skroniowego. Wskazywałoby to na neurofunkcjonalne podłoże zjawiska ekstrawersji z jego rolą w przetwarzaniu afektywnym i związek nie tylko z lękiem, ale i nastrojem. Natomiast poziom neurotyzmu korelował istotnie z GMV prawej półkuli mózdzku, odpowiedzialnego za koordynację negatywnego afektu. Badacze zaobserwowali również negatywny związek pomiędzy nasileniem neurotyzmu i GMV w obszarze lewego górnego zakrętu czołowego.

Brak istotnych statystycznie zmian w prezentowanym badaniu w poziomie zarówno neurotyzmu, jak i ekstrawersji w grupie osób z zaburzeniami nerwicowymi może być związany z wpływem zmiennych socjodemograficznych, takich jak płeć i wiek.

W opisywanym tutaj projekcie uczestniczyło więcej kobiet niż mężczyzn. W swoim badaniu Blankstein i wsp. [21] odnotowali, że poziom ekstrawersji i neurotyzmu był w populacji kobiet negatywnie skorelowany z GMV środkowego płata czołowego, a pozytywnie skorelowany z GMV kory przedniej części zakrętu obręczy (odwrotne zależności we wspomnianych obszarach mózgu autorzy ci zaobserwowali w grupie mężczyzn).

W naszym badaniu występowała istotna różnica wieku między grupami pacjentów z ZN i ZO. Wiek wpływa z jednej strony negatywnie na GMV, a z drugiej strony osobowość reprezentowana przez jej wymiary może interreagować z wpływem wieku na struktury mózgu [22]. Biorąc pod uwagę potencjalny wpływ płci i wieku jako zmiennych zakłócających, autorzy niniejszego badania wykonali analizę statystyczną kowariancji metodą ANCOVA, która wykazała, że różnice przed leczeniem i po leczeniu nie zależą w stopniu istotnym ani od płci, ani od wieku.

Z czynników niezależnych od metodologii niniejszego badania, a mających znaczenie dla braku dynamiki ekstrawersji przed KGPP i po zastosowanej KGPP w grupie osób z zaburzeniami nerwicowymi, warto wspomnieć jeszcze metaanalizę Kotova i wsp. [11], w której wzrost poziomu ekstrawersji okazuje się bardziej czynnikiem protekcyjnym dla uporczywych zaburzeń nastroju (dystymia) czy lęku społecznego aniżeli w wypadku innych zaburzeń lękowych. W połączeniu z wcześniej przytoczonymi doniesieniami dotyczącymi wyraźnego związku ekstrawersji z parametrami poprawy klinicznej i funkcjonalnej u osób z ZO [19] mogłoby to tłumaczyć brak

dynamiki podstawowych wymiarów osobowości EPQ w grupie pacjentów z ZN – w przeciwieństwie do grupy z ZO.

Zarówno w kontekście klinicznym, jak i dla szerszej rozumianego zdrowia publicznego duże znaczenie mają badania dotyczące wpływu intensywnej psychoterapii na zmniejszenie neurotyczności i redukcję myśli samobójczych w populacji pacjentów ODLN [23].

Randomizowane badanie kontrolowane porównujące skuteczność intensywnej 12-tygodniowej psychoterapii psychodynamicznej z intensywną terapią behawioralno-poznawczą oraz grupą kontrolną obejmującą pacjentów z listy oczekujących, prowadzone w ramach oddziału dziennego, zaprojektowali Suszek i wsp. [24]. Inna grupa badaczy polskich oceniała dynamikę zmian objawowych funkcjonowania osobowości, z uwzględnieniem symptomów nerwicowych (oceny za pomocą Kwestionariusza Objawowego KO„O”), oraz zmiany nasilenia cech osobowości charakterystycznych dla zaburzeń nerwicowych (z użyciem Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006). Autorzy ci zaobserwowali istotną redukcję nasilenia zarówno objawów zaburzeń nerwicowych, jak i zaburzeń osobowości w badanej populacji osób pod wpływem zastosowanych oddziaływań terapeutycznych o charakterze krótkoterminowym, intensywnym, w nurcie psychodynamicznym grupowym z elementami terapii indywidualnej [25].

Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychodynamicznej, intensywnej krótkoterminowej i kompleksowej psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości oceniane inwentarzem zaburzeń osobowości MMPI-2 w warunkach ODLN odnotowali w jednym z najnowszych doniesień Cyranka i wsp. [26]. Autorzy ci wśród narzędzi stosowanych w celu bardziej szczegółowej oceny funkcjonowania osobowości człowieka w wielu wymiarach wymieniają jako najważniejsze i najczęściej stosowane w badaniach: 16 PF Cattella, EPQ, TCI, NEO-FFI i NEO-PI-R oraz MMPI. Badacze uzyskali istotną poprawę objawową w przebiegu terapii 12-tygodniowej we wszystkich wymiarach funkcjonowania osobowości ujętych przez ten stosunkowo „młody” na polskim rynku badawczym instrument pomiarowy wymiarów osobowości.

Podsumowując analizę wyników niniejszego badania, możemy stwierdzić, że pewne elementy struktury osobowości, związane z neurotyzmem i ekstrawersją, uległy zmianie w grupie ZO. Inne, związane ze skalami kłamstwa i psychotyzmu, nie zmieniły się. Można zatem wnioskować o ograniczonym wpływie KGPP na strukturę psychiczną. Ponieważ zjawiska neurotyzmu i ekstrawersji łączą się z podatnością na depresję, KGPP wyraźnie ją zmniejszyła u pacjentów z zaburzeniami osobowości, a u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi udało się tego dokonać w bardzo małym, statystycznie nieistotnym stopniu. W przypadku pacjentów z ZN poprawa objawowa miała zatem inną przyczynę niż zmiana struktury osobowości.

Do ograniczeń niniejszego badania należy zaliczyć niezastosowanie kwestionariusza objawowego do oceny symptomatologii nerwicowej i osobowościowej, podczas gdy tego rodzaju narzędzia (np. Kwestionariusz Objawowy KO„O”) wykorzystuje się w konstrukcji większości projektów badawczych. Brak ten upośledza wnioskowanie

na temat dynamiki zmiany objawów i powiązanie jej ze zmianami w funkcjonowaniu osobowości.

Autorzy niniejszego badania nie podjęli również próby określenia (metodą zobiektywizowaną) nasilenia objawów nerwicowych w grupie pacjentów z rozpoznanymi zaburzeniami osobowości, które można wykonać np. z użyciem pierwotnie polskojęzycznego Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006. Służy on nie tylko do diagnostyki, ale też daje możliwość zaobserwowania i empirycznej weryfikacji zmian zachodzących u pacjentów w zakresie występowania i nasilenia cech osobowości współwystępujących/odpowiadających za występowanie zaburzeń nerwicowych [27]. Literatura przedmiotu wskazuje, że mimo rozpoznania zaburzenia osobowości (F61, F60.9 lub F60.8) nasilenie objawów nerwicowych często nie odbiega od obserwowanego w grupie pacjentów z diagnozą zaburzeń nerwicowych. W takich przypadkach byłoby uzasadnione postawienie jednemu pacjentowi dwóch rozpoznań (w świetle braku w ICD-10 rozwiązania bardziej przystającego do rzeczywistości).

Myśląc o szerszej populacji pacjentów w kontekście wyników uzyskanych na podstawie niniejszego badania, trzeba stwierdzić, że niewielka liczba osób z rozpoznaniami specyficznych zaburzeń osobowości (60.1–F60.7) ogranicza możliwość ich odniesienia do opisywanej subpopulacji pacjentów.

### Wnioski

1. Przeprowadzona 12-tygodniowa krótkoterminowa grupowa psychoterapia psychodynamiczna wpłynęła na zmianę wymiarów osobowości: neurotyzmu i ekstrawersji w grupie osób z zaburzeniami osobowości.
2. Nie wykazano zmian poziomów żadnego z trzech wymiarów osobowości kwestionariusza EPQ (neurotyzm, ekstrawersja, psychotyzm), ani w skali kłamstwa u osób z zaburzeniami nerwicowymi.
3. Poziom psychotyzmu i kłamstwa w obu grupach nie zmienił się w pomiarze po KGPP w porównaniu z pomiarem przed terapią, co może wskazywać na obecność innych czynników związanych z tymi wymiarami, na które KGPP nie miała wpływu.

### Piśmiennictwo

1. Bion WR. *Experiences in groups*. London: Tavistock Publications; 1961.
2. Yalom I, Leszcz M. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
3. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
4. Szeliga-Lewińska J. *Ogólny model terapii grupowej*. *Psychiatria* 2010; 7(3): 104–116.
5. Johansson R, Joel Town JM, Abbass A. *Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: Overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome*. *PeerJ*. 2014; 28(2): e548.

6. Lorentzen S, Ruud T, Fjeldstad A, Høglend PA. *Personality disorder moderates outcome in short – and long-term group analytic psychotherapy: A randomized clinical trial*. Brit. J. Clin. Psychol. 2015; 54(2): 129–146.
7. Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De Maat S. *Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders*. Cochrane Db. Syst. Rev. 2014; 1(7): CD004687.
8. Lilliengren P, Johansson R, Lindqvist K, Mechler J, Andersson G. *Efficacy of experiential dynamic therapy for psychiatric conditions: A meta-analysis of randomized controlled trials*. Psychotherapy (Chic) 2015. [Epub. ahead of print].
9. Brzozowski P, Drwal RL. *Kwestionariusz Osobowości Eysencka, polska adaptacja EPQ-R*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1995.
10. Bienvenu OJ, Samuels JF, Costa PT, Reti IM, Eaton WW, Nestadt G. *Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher – and lower-order personality trait investigation in a community sample*. *Depress. Anxiety* 2004; 20(2): 92–97.
11. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. *Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis*. *Psychol. Bull.* 2010; 136(5): 768–821.
12. Uliaszek AA, Hauner KK, Zinbarg RE, Craske MG, Mineka S, Griffith JW i wsp. *An examination of content overlap and disorder-specific predictions in the Associations of Neuroticism with Anxiety and Depression*. *J. Res. Pers.* 2009; 43: 785–794.
13. Karsten J, Penninx BW, Riese H, Ormel J, Nolen WA, Hartman CA. *The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personality traits*. *J. Psychiatr. Res.* 2012; 46(5): 644–650.
14. Low LF, Harrison F, Lackersteen SM. *Does personality affect risk for dementia? A systematic review and meta-analysis*. *Am. J. Geriatr. Psychiat.* 2013; 21(8): 713–728.
15. Vlasveld MC, Feltz-Cornelis van der CM, Anema JR, Mechelen van W, Beekman AT, Marwijk van HW i wsp. *The associations between personality characteristics and absenteeism: A cross-sectional study in workers with and without depressive and anxiety disorders*. *J. Occup. Rehabil.* 2013; 23(3): 309–317.
16. Crowne DP, Marlowe D. *A new scale of social desirability independent of psychopathology*. *Journal of Consulting Psychology* 1960; 24(4): 349–354.
17. Driessen E, Hegelmaier LM, Abbass AA, Barber JP, Dekker JJ, Van HL i wsp. *The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update*. *Clin. Psychol. Rev.* 2015; 1(42): 1–15.
18. Fowler CJ, Sharp C, Kalpakci A, Madan A, Clapp J, Allen JG i wsp. *A dimensional approach to assessing personality functioning: Examining personality trait domains utilizing DSM-IV personality disorder criteria*. *Compr. Psychiat.* 2015; 56: 75–84.
19. Williams TF, Simms LJ. *Personality disorder models and their coverage of interpersonal problems*. *Personal. Disord.* 2016; 7(1): 15–27.
20. Lu F, Huo Y, Li M, Chen H, Liu F, Wang Y i wsp. *Relationship between Personality and Gray Matter Volume in Healthy Young Adults: A Voxel-Based Morphometric Study*. *PLoS One.* 2014; 9(2): e88763.
21. Blankstein U, Chen JY, Mincic AM, McGrath PA, Davis KD. *The complex minds of teenagers: Neuroanatomy of personality differs between sexes*. *Neuropsychologia* 2009; 47: 599–603.
22. Jackson J, Balota DA, Head D. *Exploring the relationship between personality and regional brain volume in healthy aging*. *Neurobiol. Aging* 2011; 32: 2162–2171.
23. Rodziński P, Rutkowski K, Sobański J, Mielimąka M, Murzyn A, Cyranka K i wsp. *Zmiany w profilu osobowości nerwicowej wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów*

- poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych.* Psychiatr. Pol. 2015; 49(3): 489–502.
24. Suszek H, Holas P, Wyrzykowski T, Lorentzen S, Kokoszka A. *Short-term intensive psychodynamic group therapy versus cognitive-behavioral group therapy in day treatment of anxiety disorders and comorbid depressive or personality disorders: Study protocol for a randomized controlled trial.* Trials. 2015; 16: 319.
  25. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański J, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E i wsp. *Effectiveness of intensive group psychotherapy in treatment of neurotic and personality disorders.* Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 29–48.
  26. Cyranka K, Rutkowski K, Mielimąka M, Sobański JA, Smiatek-Mazgaj B, Klasa K i wsp. *Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2.* Psychiatr. Pol. 2016; 50(1): 105–126.
  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. 2015; 49(5): 1025–1041.

Adres: Adrian Sieradzki  
Zakład Chorób Układu Nerwowego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
50-996 Wrocław, ul. Kazimierza Bartla 5

Otrzymano: 12.01.2016  
Zrecenzowano: 11.03.2016  
Otrzymano po poprawie: 3.08.2016  
Przyjęto do druku: 21.09.2016