

Skuteczność terapii w zakresie redukcji nasilenia i eliminacji myśli samobójczych na oddziale dziennym leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych

Effectiveness of therapy in terms of reduction of intensity and elimination of suicidal ideation in day hospital for the treatment of neurotic and behavioral disorders

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

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. Pilecki

³ Katedra Historii Medycyny UJ CM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Śródka

Summary

Aim. Analysis of changes in prevalence and intensity of suicidal ideation (SI) in patients who underwent an intensive psychotherapy conducted in integrative approach with predominance of psychodynamic approach in the Day Hospital for Neurotic and Behavioral Disorders.

Methods. Symptom checklist KO“O” and Life Inventory completed by 461 women and 219 men who were treated in the day hospital due to neurotic, behavioral and personality disorders in 2005–2013.

Results. Patients initially reporting SI showed greater than others global intensity of the neurotic symptoms ($p < 0.001$ for both sexes) and greater intensity in almost all the neurotic symptoms scales. Improvement (elimination or reduction of intensity) in terms of SI was observed in 84.3% of women and 77.5% of men. The prevalence of SI-reporting patients decreased substantially from 29.1% to 10.2% in women and from 36.5% to 13.7% in men.

Conclusions. The patients reporting SI before the commencement of psychotherapy constituted a large part of the studied population – approximately 1/3. They showed greater intensity of neurotic symptoms than those who were not reporting SI. Intensive psychotherapy in the day hospital was characterized by high effectiveness in terms of reduction and elimination of

SI. Prevalence of SI in both women and men until the end of therapy decreased almost three times. Cases of improvement in terms of SI were several times more frequent than cases of deterioration in terms of SI (increase in its intensity or its occurrence at the end of therapy). Etiopathogenesis of SI and its methods of treatment require further research.

Słowa kluczowe: myśli samobójcze, skuteczność psychoterapii, objawy nerwicowe

Key words: suicidal ideation, effectiveness of psychotherapy, neurotic symptoms

Wstęp

Psychoterapia stanowi jeden z zasadniczych elementów leczenia psychiatrycznego. Choć badacze podają wiele jej definicji, proponujemy przyjąć, że jest to „forma oddziaływań psychospołecznych, która ma na celu korektę zaburzeń przeżywania i zachowania, ma usunąć objawy i przyczyny chorób, w tym cechy osobowości powodujące zaburzenia przeżywania. Oddziaływania te, wpływające na stan czynnościowy narządów, przeżywanie i zachowanie poprzez zmianę procesów psychicznych chorego, są wywierane w ramach relacji interpersonalnej między dwoma osobami lub w grupie, w której psychoterapeuta równocześnie leczy kilka osób” [1].

Skuteczność różnych form psychoterapii została potwierdzona licznymi badaniami. Przy jej zastosowaniu, jako zasadniczej formy leczenia, korzystne efekty obserwuje się zwłaszcza u pacjentów cierpiących na różnego rodzaju zaburzenia: nerwicowe, behawioralne i osobowości [2–7].

Relatywnie mniej uwagi w piśmiennictwie poświęca się efektywności psychoterapii w zakresie usuwania objawów istotnie utrudniających leczenie wymienionych grup pacjentów. Do tego rodzaju objawów należą przede wszystkim myśli samobójcze (MS) [8, 9]. Stanowią one w praktyce klinicznej prawdopodobnie najczęściej spotykany problem ze spektrum przejawów autoagresji. Ich rozpowszechnienie, według nieopublikowanych dotąd badań Sobańskiego i wsp. dotyczących pacjentów dziennego oddziału psychoterapeutycznego z lat 1980–2002, wynosiło około jednej trzeciej populacji. Jednocześnie owi pacjenci charakteryzują się wyższym nasileniem dolegliwości typowych dla zaburzeń nerwicowych oraz wydatniejszymi cechami osobowości nerwicowej.

Problematyczność występowania MS może zaznaczać się na wszystkich etapach leczenia. Podczas kwalifikacji budzą one wątpliwości co do bezpieczeństwa leczenia w trybie oddziału dziennego [10]. Związane z nimi zagrożenie zachowaniami samobójczymi wymaga ciągłej ewaluacji. Z powodu ograniczonej tolerancji napięcia emocjonalnego, w toku terapii pacjenci ci wymagają odpowiedniego doboru technik psychoterapeutycznych uwzględniających ryzyko niebezpiecznych, autodestrukcyjnych zachowań w reakcji na bardziej konfrontujące interwencje terapeutów lub informacje zwrotne od innych uczestników grupy. Zagrożenie mogą stanowić również inne, pojawiające się podczas pracy z grupą źródła napięcia emocjonalnego, takie jak konflikty interpersonalne, tendencje do rywalizacji czy erotyzacji relacji pomiędzy uczestnikami. Pomimo szczególnej uwagi, jaką obdarza się opisywaną grupę pacjentów, w praktyce nierzadko przebieg ich terapii komplikują różne zachowania należące do spektrum przejawów autoagresji. Przykładem mogą być samookaleczenia, nadużycia substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, a także impulsywna rezygnacja z leczenia.

Różnorodność MS i kontekstu ich występowania stanowi zazwyczaj istotną trudność dla zespołu terapeutycznego. Interpretacja ich znaczenia, jak też dążenie do redukcji skojarzonego z ich występowaniem ryzyka, wiąże się z szeregiem dylematów, z którymi zmuszony jest się zmierzyć personel oraz superwizorzy. Stają oni przed koniecznością wypracowania postępowania adekwatnego jednocześnie do indywidualnej sytuacji chorego, przeżywającego MS, jak i całej grupy współpacjentów [11], a także wyboru odpowiednich interwencji psychoterapeutycznych, postaw etycznych oraz rozważenia kwestii prawnych [12].

Cel

Celem pracy była analiza zmian w częstości występowania i nasileniu myśli samobójczych u pacjentów, którzy przebyli cykl intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego na oddziale dziennym leczenia nerwic.

Material i metoda

Narzędziem, które pozwoliło określić rozpowszechnienie i nasilenie MS (definiowanych jako chęć odebrania sobie życia), jak również nasilenie innych typowych dolegliwości nerwicowych, był Kwestionariusz objawowy KO„O” [13, 14]. Kwestionariusz ten został wypełniony przez pacjentów w trakcie kwalifikacji do leczenia [10] 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”, tj. (a) nieznacznie uciążliwe, (b) średnio uciążliwe, (c) wysoce uciążliwe.

Grupę badaną stanowiło 680 pacjentów: 461 kobiet i 219 mężczyzn, którzy byli leczeni na psychoterapeutycznym oddziale dziennym z powodu zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości w latach 2005–2013. Do badania włączono tylko pacjentów, którzy podejmowali leczenie po raz pierwszy.

Spośród wszystkich badanych wyodrębniono podgrupę 214 pacjentów (134 kobiet oraz 80 mężczyzn), którzy podczas kwalifikacji zgłosili występowanie MS. W celu określenia wyjściowych różnic pomiędzy owymi pacjentami a pacjentami niezgłaszającymi MS porównano uzyskane przez nich wartości skal Kwestionariusza objawowego KO„O”. Pozwoliło to określić, czy pomiędzy tymi grupami przed podjęciem terapii istniały istotne różnice w nasileniu 14 grup dolegliwości nerwicowych oraz łącznym, ogólnym nasileniu owych dolegliwości (współczynnik OWK) [13, 14].

W dalszej części badania uwzględniono deklaracje dotyczące występowania i nasilenia MS zarówno podczas kwalifikacji, jak i w ostatnich dniach leczenia, co umożliwiło określenie liczebności poszczególnych podgrup pacjentów, u których doszło do różnego rodzaju zmian w zakresie MS. Do wyróżnionych rodzajów zmian należały: poprawa w zakresie MS obejmująca ich ustąpienie i zmniejszenie się ich

intensywności oraz pogorszenie w zakresie MS obejmujące ich pojawienie się lub wzrost ich intensywności. Określono także liczebność podgrup, u których nasilenie MS nie uległo zmianie. Następnie porównano ze sobą częstości występowania wyróżnionych zmian w podgrupach kobiet i mężczyzn, aby określić ich związek z płcią.

W analizie statystycznej wykorzystano stosownie do rodzaju analizowanych zmiennych test niezależności χ^2 Pearsona i test t-Studenta dla prób niezależnych dla zmiennych o rozkładzie normalnym. Używano licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL.

Charakterystyka socjodemograficzna badanych grup

Źródłem podstawowych danych socjodemograficznych była Ankieta Życiorysowa wypełniana przez pacjentów na etapie kwalifikacji do leczenia. Zawierała ona pytania dotyczące 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. Około 2/3 pacjentów obu płci stanowiły osoby, które nie były nigdy w związku małżeńskim, zaś około 30% to osoby znajdujące się w związku małżeńskim. Zarówno pośród kobiet, jak i mężczyzn niemal połowa pacjentów miała wykształcenie wyższe ukończone, zaś około 15% wyższe nieukończone. 20% pacjentów obu płci posiadało wykształcenie średnie z maturą. Około 1/3 pacjentów obu płci wykonywała pracę umysłową. Około 13% pacjentów obu płci było bezrobotnych, zaś 29% kobiet i 22% mężczyzn zajmowało się nauką, będąc na utrzymaniu rodziny.

Tabela 1. **Wiek pacjentów**

Ogół pacjentów		Pacjenci z obecnymi MS podczas kwalifikacji	
Liczba kobiet	461	Liczba kobiet	134
Średnia \pm odchylenie std.	29,9 \pm 8,1 roku	Średnia \pm odchylenie std.	30,1 \pm 8,7 roku
Mediana	27,4 roku	Mediana	27,3 roku
Minimum–maksimum	18,2–57,1 roku	Minimum–maksimum	18,3–57,1 roku
Liczba mężczyzn	219	Liczba mężczyzn	80
Średnia \pm odchylenie std.	30,4 \pm 7,4 roku	Średnia \pm odchylenie std.	30,0 \pm 7,4 roku
Mediana	29,0 lat	Mediana	28,2 roku
Minimum–maksimum	18,9 – 55,6 roku	Minimum–maksimum	20,2–54,4 roku

Tabela 2. **Stan cywilny**

	Ogół pacjentów				Pacjenci z MS obecnymi podczas kwalifikacji			
	Kobiety (n = 461)		Mężczyźni (n = 219)		Kobiety (n = 134)		Mężczyźni (n = 80)	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Panna/kawaler	288	62,5%	140	63,9%	89	66,4%	49	61,3%
Zamężna/-y	145	31,5%	69	31,5%	33	24,6%	26	32,5%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Separacja	5	1,1%	2	0,9%	3	2,2%	2	2,5%
Rozwiedziona/-y	20	4,3%	7	3,2%	8	6,0%	3	3,8%
Wdowa/wdowiec	3	0,7%	1	0,5%	1	0,7%	0	0,0%

Tabela 3. Wykształcenie

	Ogół pacjentów				Pacjenci z obecnymi MS podczas kwalifikacji			
	Kobiety (n = 461)		Mężczyźni (n = 219)		Kobiety (n = 134)		Mężczyźni (n = 80)	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Podstawowe	2	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Średnie nieukończone	6	1,3%	6	2,7%	4	3,0%	2	2,5%
Średnie ukończone – gimnazjum	8	1,7%	3	1,4%	4	3,0%	0	0,0%
Średnie ukończone – liceum	16	3,5%	6	2,7%	6	4,5%	1	1,3%
Średnie ukończone maturą	88	19,1%	44	20,1%	28	20,9%	19	23,8%
Nieukończone licencjackie lub pomaturalne	23	5,0%	8	3,7%	8	6,0%	4	5,0%
Licencjat lub pomaturalne ukończone	41	8,9%	16	7,3%	4	3,0%	5	6,3%
Wyższe nieukończone	72	15,6%	33	15,1%	20	14,9%	12	15,0%
Wyższe ukończone	205	44,5%	103	47,0%	60	44,8%	37	46,3%

Tabela 4. Zatrudnienie

	Ogół pacjentów				Pacjenci z obecnymi MS podczas kwalifikacji			
	Kobiety (n = 461)		Mężczyźni (n = 219)		Kobiety (n = 134)		Mężczyźni (n = 80)	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Na utrzymaniu rodziny/uczeń/student	135	29,3%	50	22,8%	39	29,1%	20	25,0%
Pracownik umysłowy	157	34,1%	72	32,9%	48	35,8%	23	28,8%
Pracownik sektora usług/rzemiosła	31	6,7%	17	7,8%	13	9,7%	7	8,8%
Robotnik	3	0,7%	3	1,4%	0	0,0%	0	0,0%
Rolnik	3	0,7%	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%
Własna firma, przedsiębiorstwo rodzinne	18	3,9%	22	10,0%	5	3,7%	10	12,5%
Bezrobotny	60	13,0%	28	12,8%	13	9,7%	14	17,5%
Renta	5	1,1%	2	0,9%	1	0,7%	2	2,5%
Emerytura	1	0,2%	1	0,5%	0	0,0%	0	0,0%
Inne	48	10,4%	24	11,0%	14	10,4%	4	5,0%

Rodzaje zaburzeń i przebieg leczenia

Kwalifikacja do leczenia na Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic i Zaburzeń Behawioralnych Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie oprócz badań za pomocą wymienionych kwestionariuszy obejmowała co najmniej dwa badania psychiatryczne, badanie psychologiczne oraz baterię kilku innych kwestionariuszy, co pozwalało na wykluczenie 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 [10]. Cykl konsultacji ambulatoryjnych zamykał się zwykle w czasie 2–3 tygodni. Od zakończenia kwalifikacji do rozpoczęcia leczenia na oddziale dziennym upływało zwykle od 4 do 12 tygodni.

Grupę objętą badaniem stanowili pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń ze spektrum F40–F61, w tym pacjenci, u których diagnozie zaburzeń osobowości towarzyszyły inne zaburzenia psychiatryczne z grup F4 i F5 (tab. 5).

Tabela 5. Rodzaj zaburzeń wg klasyfikacji ICD-10

Rozpoznania	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%
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 Specyficzne zaburzenia osobowości	143	31,0%	66	30,1%
F61 Zaburzenia osobowości mieszane i inne	55	11,9%	28	12,8%
Inne*	19	4,1%	13	5,9%

* – inne zaburzenia psychiczne współwystępujące z rozpoznaniem zaburzeń ze spektrum F40–F61

Planowy czas trwania terapii wynosił 12 tygodni. W trakcie leczenia 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 [1]. Niewielka część pacjentów korzystała równolegle z psychofarmakoterapii, której zakres stosowania był, według założeń przyjmowanych na oddziale, redukowany wraz z uzyskiwaną poprawą kliniczną. Według oddzielnych, niepublikowanych jeszcze badań A. Murzyn na grupie 169 pacjentów z lat 2008–2011 odsetek badanych korzystających z leków przeciwdepresyjnych lub uspokajających na tym oddziale wynosił 3%.

W przypadku badanej grupy całkowity odstęp czasowy pomiędzy badaniami kwalifikacyjnymi i wypisowymi wyniósł średnio $137,1 \pm 30,3$ dnia u kobiet oraz $132,4 \pm 30,5$ dnia u mężczyzn (tab. 6).

Tabela 6. Odstęp czasu pomiędzy rozpoczęciem kwalifikacji a wypisem z oddziału dziennego

Kobiety (n = 461)		Mężczyźni (n = 219)	
Średnia \pm odchylenie std.	137,1 \pm 30,3 dnia	Średnia \pm odchylenie std.	132,4 \pm 30,5 dnia
Mediana	135,0 dni	Mediana	129,0 dni
Minimum–maksimum	56–199 dni	Minimum–maksimum	48–198 dni

Dane uzyskane w wyniku wymienionych badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów, przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej.

Wyniki

Porównując wyniki badań pacjentów początkowo zgłaszających i niezgłaszających MS, zaobserwowano u nich istotne różnice pomiędzy średnimi ogólnymi wartościami kwestionariusza (OWK) i wartościami skal Kwestionariusza KO,,O”, co obrazuje tabela 7. Uzyskane wyniki wskazują zarówno u kobiet jak i u mężczyzn na współwystępowanie MS z wyższym ogólnym nasileniem dolegliwości nerwicowych, jak również z wyższym nasileniem niemal wszystkich rodzajów objawów nerwicowych mierzonych za pomocą Kwestionariusza KO,,O” (jedynym wyjątkiem były nieorganiczne zaburzenia snu u mężczyzn), co przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Wyjściowe wartości skal Kwestionariusza objawowego KO,,O” w zależności od występowania MS

	Kobiety (n = 461)				Mężczyźni (n = 219)			
	Pacjenci bez MS podczas kwalifikacji (n = 327)	Pacjenci z obecnymi MS podczas kwalifikacji (n = 134)	Test t-Studenta		Pacjenci bez MS podczas kwalifikacji (n = 139)	Pacjenci z obecnymi MS podczas kwalifikacji (n = 80)	Test t-Studenta	
			t	p			t	p
Ogólna wartość kwestionariusza (OWK)	312,6 \pm 131,9	444,7 \pm 134,6	-9,70	***	285,9 \pm 130,5	429,7 \pm 141,3	-7,62	***
1. Zab. fobiczne	6,5 \pm 1,7	8,4 \pm 1,3	-11,57	***	6,6 \pm 1,8	9,0 \pm 1,1	-10,47	***
2. Inne zab. lękowe	3,9 \pm 1,7	5,5 \pm 1,5	-9,57	***	3,7 \pm 2,0	5,2 \pm 1,5	-5,99	***
3. Zab. obsesyjno-kompulsyjne	4,5 \pm 1,9	5,8 \pm 1,9	-6,54	***	4,4 \pm 1,8	5,5 \pm 2,1	-4,36	***
4. Konwersje	5,8 \pm 1,7	7,0 \pm 1,7	-7,46	***	5,8 \pm 1,8	7,5 \pm 1,7	-6,70	***
5. Zab. autonomiczne (ukł. krążenia)	4,8 \pm 1,8	5,9 \pm 1,7	-6,19	***	5,1 \pm 1,8	6,4 \pm 1,6	-5,20	***

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

6. Zab. somatyzacyjne	5,6 ± 1,8	7,0 ± 1,7	-7,83	***	6,2 ± 1,9	7,7 ± 1,8	-5,80	***
7. Zab. hipochondryczne	4,0 ± 1,8	5,2 ± 1,4	-6,73	***	4,4 ± 1,8	5,3 ± 1,6	-3,64	***
8. Neurastenia	2,7 ± 1,5	3,3 ± 1,7	-3,68	***	3,0 ± 1,6	3,9 ± 1,8	-3,92	***
9. Depersonalizacja i derealizacja	5,5 ± 1,9	6,7 ± 1,6	-6,77	***	5,1 ± 2,0	6,1 ± 1,8	-3,67	***
10. Unikanie i zależność	3,8 ± 1,3	4,7 ± 1,5	-6,18	***	4,3 ± 1,4	5,2 ± 1,4	-4,75	***
11. Impulsywność i histrioniczność	5,3 ± 2,1	6,5 ± 1,7	-5,57	***	6,1 ± 2,1	7,5 ± 1,8	-5,04	***
12. Nieorganiczne zab. snu	4,5 ± 1,9	5,2 ± 1,7	-3,85	***	4,4 ± 1,9	4,9 ± 2,0	-1,91	n.s.
13. Dysfunkcje seksualne	3,5 ± 2,3	5,4 ± 2,0	-7,96	***	3,4 ± 2,4	5,2 ± 2,2	-5,67	***
14. Dystymia	3,4 ± 1,3	4,3 ± 1,5	-6,32	***	3,9 ± 1,3	4,8 ± 1,4	-4,79	***

n.s. – oznaczono różnice nieistotne statystycznie: $p > 0,05$; *** – istotne statystycznie na poziomie $p < 0,001$.

Porównując początkowe i końcowe wyniki wszystkich badanych, którzy poddani zostali leczeniu, zaobserwowano znaczny, niemal trzykrotny spadek rozpowszechnienia MS. W grupie kobiet początkowe rozpowszechnienie MS wynosiło 29,1% (95% CI: 25,1%–33,4%), zaś końcowe 10,2% (95% CI: 7,8%–13,3%). Pośród mężczyzn początkowo odnotowano rozpowszechnienie MS wynoszące 36,5% (95% CI: 30,4%–43,1%), zaś pod koniec terapii wyniosło ono 13,7% (95% CI: 9,8%–18,9%). Jednocześnie odnotowano, iż różnice w częstości występowania MS pomiędzy kobietami i mężczyznami były nieistotne zarówno na etapie kwalifikacji, jak i pod koniec terapii (tab. 9).

Zestawienie zmian zaobserwowanych wśród wszystkich badanych ujawniło istotną 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 w tym zakresie do pogorszenia (definiowanego jako wzrost nasilenia MS lub ich pojawienie się). Wśród wszystkich kobiet poprawę w zakresie MS zaobserwowano u 24,5% (95% CI: 20,8%–28,6%), natomiast pogorszenie u 5% (95% CI: 3,4%–7,4%). Na tle wszystkich mężczyzn poprawę uzyskało 28,3% (95% CI: 22,8%–34,6%), natomiast pogorszenie wystąpiło u 2,7% (95% CI: 1,3%–5,9%). U obojga płci odsetek pacjentów z poprawą w zakresie MS istotnie i wielokrotnie przeważał nad odsetkiem pacjentów z pogorszeniem w zakresie MS (tab. 9).

Tabela 8. Zestawienie obserwacji dotyczących MS z okresu kwalifikacji oraz wypisu (n = 680)

	Badanie podczas kwalifikacji							
	Kobiety (n = 461)				Mężczyźni (n = 219)			
	Brak MS	Obecne MS (n = 134)			Brak MS	Obecne MS (n = 80)		
		MS o lekkim nasileniu	MS o umiarkowanym nasileniu	MS o wysokim nasileniu		MS o lekkim nasileniu	MS o umiarkowanym nasileniu	MS o wysokim nasileniu
Ogółem	327	77	39	18	139	52	15	13

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Badanie podczas wypisu	Brak MS	311	63*	30*	10*	136	36*	10*	7*
	MS o lekkim nasileniu	11	7	5*	2*	2	13	4*	2*
	MS o umiarkowanym nasileniu	4	5	4	3*	1	2	1	3*
	MS o wysokim nasileniu	1	2	0	3	0	1	0	1

* Podgrupy badanych, u których zaobserwowano redukcję nasilenia lub ustąpienie MS
Podkreśleniem oznaczono podgrupy pacjentów, u których zaobserwowano brak zmian w zakresie MS

Pogrubieniem oznaczono podgrupy pacjentów, u których zaobserwowano pogorszenie w zakresie MS

Tabela 9. Rozpowszechnienie i zmiany w zakresie MS spośród wszystkich badanych (n = 680)

	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	n.s.
MS obecne podczas badania końcowego	47	10,2%	7,8%–13,3%	30	13,7%	9,8%–18,9%	1,82	n.s.
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	n.s.
Ustąpienie MS	103	22,3%	18,8%–26,4%	53	24,2%	19,0%–30,3%	0,29	n.s.
Redukcja nasilenia MS	10	2,2%	1,2%–4,0%	9	4,1%	2,2%–7,6%	2,06	n.s.
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	n.s.
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	n.s.
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	n.s.
Pogorszenie lub brak zmian w zakresie MS	37	8,0%	5,9%–10,9%	21	9,6%	6,4%–14,2%	0,47	n.s.
Brak zmian w nasileniu MS	14	3,0%	1,8%–5,0%	15	6,9%	4,2%–11,0%	5,29	0,022
Brak MS zarówno wyjściowo, jak i pod koniec terapii	311	67,5%	63,1%–71,6%	136	62,1%	55,5%–68,5%	1,90	n.s.

* – aby określić, czy płeć pacjentów miała związek z uzyskanymi wynikami, zastosowano test niezależności Chi² Pearsona; n.s. – różnice pomiędzy płciami były nieistotne statystycznie (p ≥ 0,05)

Przechodząc do oceny zmian w zakresie MS u pacjentów, u których wyjściowo były one obecne, spostrzeżono szereg znaczących wyników. Zdecydowana większość spośród pacjentów obojga płci z MS obecnymi podczas kwalifikacji uzyskała poprawę (definiowaną jako ustąpienie MS lub redukcja ich nasilenia). W owej podgrupie spośród kobiet poprawę uzyskało 84,3% (95% CI: 77,2%–89,5%). Jednocześnie wzrost nasilenia wyjściowo obecnych MS odnotowano zaledwie u 5,2% kobiet (95% CI: 2,6%–10,4%). Wśród mężczyzn z MS obecnymi podczas kwalifikacji poprawę osiągnęło 77,5% (95% CI: 67,2%–85,2%). Z kolei odsetek mężczyzn, u których zaobserwowano wzrost nasilenia wyjściowo obecnych MS, wyniósł 3,8% (95% CI: 1,4%–10,4%). Ponadto u zdecydowanej większości pacjentów, u których odnotowano poprawę, polegała ona na ustąpieniu MS. Na tle pacjentów wyjściowo deklarujących obecność MS, ich ustąpienie zaobserwowano u 76,9% kobiet (95% CI: 69,0%–83,2%) oraz u 66,2% mężczyzn (95% CI: 55,4%–75,5%). Różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami w zakresie poszczególnych rodzajów zmian dotyczących MS okazały się nieistotne statystycznie (tab. 10).

Tabela 10. Zmiany w zakresie MS w grupie pacjentów, którzy zadeklarowali ich występowanie podczas kwalifikacji (n = 214)

	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	n.s.
Ustąpienie MS*	103	76,9%	69,0%–83,2%	53	66,2%	55,4%–75,5%	2,86	n.s.
Redukcja nasilenia MS*	10	7,5%	4,1%–13,2%	9	11,3%	6,0%–20,8%	0,89	n.s.
Brak zmian w nasileniu MS*	14	10,4%	6,4%–16,8%	15	18,8%	11,7%–28,7%	2,95	n.s.
Wzrost nasilenia MS*	7	5,2%	2,6%–10,4%	3	3,8%	1,4%–10,4%	0,24	n.s.

* – aby określić, czy płeć pacjentów miała związek z uzyskanymi wynikami, zastosowano test niezależności Chi² Pearsona; n.s. – różnice pomiędzy płciami były nieistotne statystycznie (p > 0,05)

Dyskusja

Prezentowane badania dostarczyły wielu istotnych danych, obrazujących występowanie zmian w zakresie nasilenia MS w przebiegu kompleksowej psychoterapii na oddziale dziennym. Wykryte zależności wskazują na wysoką skuteczność tej formy terapii w zakresie eliminacji i redukcji nasilenia MS. W ten sposób definiowaną poprawę, spośród wyjściowo deklarujących obecność MS, uzyskała przeważająca większość pacjentów (84,3% u kobiet – 95% CI: 77,2%–89,5% oraz 77,5% u mężczyzn – 95% CI: 67,2%–85,2%; tab. 10). Poprawa u dominującej części pacjentów polegała na ustąpieniu MS (pośród wyjściowo zgłaszających MS ich ustąpienie zaobserwowano u 76,9%

kobiet – 95% CI: 69,0%–83,2% oraz u 66,2% mężczyzn – 95% CI: 55,4%–75,5%; tab. 9). Analiza dynamiki występowania i nasilenia MS u pacjentów obojga płci, którzy wyjściowo deklarowali obecność MS, uwidacznia wielokrotną i istotną przewagę korzystnych zmian (odsetek pacjentów z poprawą) nad niekorzystnymi (odsetek pacjentów z pogorszeniem): u kobiet 84,3% vs. 5,2%, zaś u mężczyzn 77,5% vs. 3,8% (tab. 10). Podobne tendencje stwierdzono, analizując dynamikę zmian obejmujących wszystkich badanych. U wszystkich kobiet i mężczyzn stwierdzono, że odsetek pacjentów z poprawą w zakresie MS wielokrotnie i istotnie przeważał nad odsetkiem tych, u których ujawniły się lub nasiliły MS (u kobiet 24,5% vs. 5%, zaś u mężczyzn 28,3% vs. 2,7%; tab. 9). Skutkiem tego odsetek pacjentów deklarujących występowanie MS w całej grupie znacząco zmniejszył się – niemal trzykrotnie (u kobiet z 29,1% na początku do 10,2% przy zakończeniu terapii oraz u mężczyzn z 36,5% na początku do 13,7% przy zakończeniu terapii; tab. 9).

W świetle powyższych wyników można wnioskować, że kierowanie do leczenia psychoterapeutycznego na oddziale dziennym pacjentów cierpiących na zaburzenia nerwicowe, behawioralne i zaburzenia osobowości ze współwystępującymi MS może przynosić wyraźne korzyści. Ich udział w tej formie terapii wiąże się z wysokimi szansami na eliminację lub obniżenie nasilenia MS. Wskazuje to na wysoką skuteczność kompleksowej psychoterapii integracyjnej z przewagą podejścia psychodynamicznego, stosowanej na oddziale dziennym w leczeniu MS.

W dostępnym autorom piśmiennictwie nie odnaleziono badań, które koncentrowałyby się na tym samym zagadnieniu. Do podobnych wniosków, lecz dotyczących pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń adaptacyjnych, doszli Hsiao i wsp. Stwierdzili oni na podstawie badania 37 pacjentów, że psychoterapia grupowa spowodowała zmniejszenie rozpowszechnienia MS [15].

Prezentowane w niniejszej pracy wyniki dotyczące leczenia wydają się szczególnie istotne w kontekście zaobserwowanej charakterystyki klinicznej pacjentów zgłaszających MS. Wyniki wskazują, że na tle pozostałych badanych wyróżnia ich wyższy poziom ogólnego nasilenia objawów i wyższe nasilenie niemal wszystkich typów dolegliwości mierzonych za pomocą Kwestionariusza KO„O” (tab. 7). Wobec licznych doniesień naukowych potwierdzających skuteczność psychoterapii w zakresie leczenia owych dolegliwości [2–7, 16–17] wydaje się, że dla pacjentów zgłaszających MS analizowana forma leczenia może być korzystna pod wieloma względami. Badania, jak również doświadczenie kliniczne, pokazują, że psychoterapia na oddziale dziennym leczenia nerwic może pozwolić na uzyskanie poprawy zarówno w zakresie MS, jak i typowych dolegliwości nerwicowych.

Uzyskane w ramach niniejszej pracy wyniki nabierają szczególnego znaczenia także w świetle badań Iliceto i wsp., Heisel i wsp. oraz niepublikowanych dotąd badań Sobańskiego i wsp., jak również przypuszczeń Berozo i wsp., według których neurotyczność, jakkolwiek różnie definiowana przez poszczególnych badaczy, może wiązać się z występowaniem MS [17–19]. Wzięcie pod uwagę przedstawionych w niniejszej pracy wyników wraz z wynikami szeregu badań potwierdzających skuteczność psychoterapii prowadzonej na oddziale dziennym w zakresie leczenia dysfunkcyjnych cech osobowości [2–7, 20] prowadzi do kolejnych, ważnych w praktyce konkluzji.

Pacjenci zgłaszający MS, jako grupa o większym nasileniu cech osobowości nerwicowej, wymagają skuteczniejszego leczenia w obydwu tych aspektach. Stosownie do owych potrzeb, leczenie pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i osobowości na psychoterapeutycznym oddziale dziennym może przynosić jednocześnie wiele korzyści: zarówno korzystne zmiany dotyczące osobowości, jak i – wbrew nierzadkim obawom leczących – poprawę w zakresie MS. Potwierdzenia owych wniosków dostarcza także doświadczenie kliniczne pokazujące, że poprawa polegająca na redukcji nasilenia dysfunkcyjnych cech osobowości pacjentów idzie w parze z eliminacją MS.

Uzyskane wyniki przemawiają za tym, iż nie należy we wszystkich przypadkach traktować występowania MS w tej grupie pacjentów jako bezwzględnego wskazania do leczenia farmakologicznego czy hospitalizacji całodobowej. Psychoterapia na oddziale dziennym, jak wskazują badania, może stanowić dla wielu tego rodzaju pacjentów najkorzystniejsze rozwiązanie. Prawdopodobnie kluczowymi elementami postępowania, które decydują o bezpieczeństwie owych pacjentów w trakcie leczenia, szczególnie w przypadkach wątpliwych, jest rzetelna diagnostyka, kwalifikacja i częsta ewaluacja zmian stanu klinicznego [21]. Powinny one uwzględniać m.in. intensywność MS, związane z nimi plany i zachowania, towarzyszący im afekt oraz zakres, w jakim myślenie, nastroj i zachowanie pacjenta są determinowane przez depresyjność i poczucie beznadziejności, a w jakim np. przez potrzebę uzyskania kontroli lub dominacji nad otoczeniem i czynniki związane z przeniesieniem [22, 23].

Pewnym ograniczeniem przeprowadzonego badania była niemożność zweryfikowania trwałości uzyskanej poprawy w zakresie MS. Także pytanie Kwestionariusza objawowego KO„O”, na którym niniejsze badanie bazuje, o „chęć odebrania sobie życia” dotyczy minionych siedmiu dni, co może wiązać się z niewychwyceniem podczas kwalifikacji i badania przedwypisowego pacjentów, u których MS ustąpiły jedynie tymczasowo. Z drugiej zaś strony takie sformułowanie pytania owocuje tym, że badaniem nie zostali objęci pacjenci, u których MS występowały w mniej lub bardziej odległej przeszłości. Poza tym nie można wykluczyć możliwości, że część kwestionariuszy została wypełniona nierzetelnie lub zadeklarowano w nich nieprawdziwe odpowiedzi.

Należy również podkreślić, że przebieg terapii psychodynamicznej nie zakładał ściśle określonego planu oddziaływań, który obejmowałby treść zastosowanych interwencji. Skutkiem tego badana grupa składała się z osób, w stosunku do których oddziaływania psychoterapeutyczne były po części dobierane na bieżąco i w sposób zindywidualizowany. Należy więc przyjąć, że obserwowane zmiany, w przypadku każdego z pacjentów, mogą być rezultatem nieco innych oddziaływań ze spektrum interwencji psychoterapeutycznych.

Wnioski

1. Intensywna psychoterapia prowadzona w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego w ramach oddziału dziennego stanowiła metodę leczenia charakteryzującą się wysoką skutecznością w zakresie eliminacji i re-

- dukcji nasilenia MS w odniesieniu do pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i osobowości.
2. Rozpowszechnienie MS, które wyjściowo wynosiło około 1/3 pacjentów obojga płci, po przebyciu terapii zmniejszyło się niemal trzykrotnie.
 3. Liczba zaobserwowanych, korzystnych zmian w zakresie występowania i nasilenia MS w zależności od zestawienia przewyższała pięcio- do dwudziestokrotnie liczbę przypadków pogorszenia.
 4. Badanych wyjściowo deklarujących MS wyróżniał na tle pozostałych wyższy poziom ogólnego nasilenia dolegliwości i wyższe nasilenie następujących dolegliwości: zaburzeń fobicznych i innych zaburzeń lękowych, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, konwersji, zaburzeń autonomicznych (układu krążenia), zaburzeń somatyzacyjnych, zaburzeń hipochondrycznych, neurastenii, depersonalizacji i derealizacji, unikania i zależności, impulsywności i histrioniczności, dysfunkcji seksualnych oraz dystymii, jak również, wyłącznie u kobiet, nieorganicznych zaburzeń snu.
 5. Wobec wysokiego rozpowszechnienia MS oraz ich wciąż niedookreślonej złożoności, a także ich ewidentnych powiązań z innymi objawami ze spektrum zachowań autoagresywnych, konieczne jest prowadzenie dalszych badań nad etiopatogenezą MS oraz nad skutecznymi, kompleksowymi metodami ich leczenia, do jakich należy psychoterapia.
 6. Uzyskane wyniki wskazują także, że nie należy we wszystkich przypadkach traktować występowania MS w tej grupie pacjentów jako bezwzględnego wskazania do leczenia farmakologicznego czy hospitalizacji całodobowej.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz J. *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
2. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków; Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004.
3. Białas A. *Wiek pacjentów a skuteczność psychoterapii i możliwość zmiany cech osobowości*. *Psychoterapia* 2008; 144(1): 27–42.
4. Styła R. *Różnice w zakresie skuteczności intensywnych programów leczenia zaburzeń osobowości i nerwic. Czy warto monitorować efektywność zespołu terapeutycznego?* *Psychiatr. Pol.* 2014; 48(1): 157–171.
5. Jarema M. *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Gdańsk; Via Medica; 2011.
6. Wciórka J, Puzyński S, Rybakowski J. red. *Psychiatria*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012.
7. Pilecki M. *Psychoterapia psychodynamiczna w okresie rozwojowym – wskazania i dylematy*. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2009; 9(1): 61.
8. Thibodeau MA, Welch PG, Sareen J, Asmundson GJ. *Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: propensity score matching in two epidemiological samples*. *Depress. Anxiety* 2013; 30(10): 947–954.

9. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M. i wsp. *Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults*. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62(11): 1249–1257.
10. 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
11. Sawicka J, Szulc A, Bachórzewska-Gajewska H. *Samobójstwa wśród chorych z zaburzeniami psychicznymi – opisy przypadków*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(1): 135–146.
12. Gierowski JK. *Niektóre prawne aspekty samobójstw*. Przegl. Lek. 1982; 39(11): 761–764.
13. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(6): 667–676.
14. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 931–943.
15. Hsiao FH, Lai YM, Chen YT, Yang TT, Liao SC, Ho RT. i wsp. *Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood*. Gen. Hosp. Psychiatry 2014; 36(2): 214–219.
16. Kamiński R. *Effect of group psychotherapy on changes in symptoms and personality traits in patients with anxiety syndromes* Ann. Acad. Med. Stetin. 2001; 47: 177–188.
17. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. *A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders*. Clin. Psychol. Rev. 2010; 30(6): 642–654.
18. Iliceto P, Fino E, Sabatello U, Candilera G. *Personality and suicidal ideation in the elderly: factorial invariance and latent means structures across age*. Aging Ment. Health 2014; 18(6): 792–800.
19. Heisel MJ, Duberstein PR, Conner KR, Franus N, Beckman A. *Personality and reports of suicide ideation among depressed adults 50 years of age or older*. J. Affect. Disord. 2006; 90(2–3): 175–180.
20. 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.
21. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
22. Hendin H, Haas AP, Maltzberger JT, Koestner B, Szanto K. *Problems in psychotherapy with suicidal patients*. Am. J. Psychiatry 2006; 163(1): 67–72.
23. Kernberg OF, Selzer MA, Koeningsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH. *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.

Adres: Paweł Rodziński
Oddział Kliniczny Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży
Szpital Uniwersytecki w Krakowie
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21A

Otrzymano: 14.06.2014
Zrecenzowano: 28.07.2014
Otrzymano po poprawie: 4.08.2014
Przyjęto do druku: 27.04.2015