

**Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami
nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych
krótkoterminową kompleksową psychoterapią
psychodynamiczną**

**Changes in ego strength in patients with neurotic and personality
disorders treated with a short-term comprehensive psychodynamic
psychotherapy**

Katarzyna Cyranka¹, Krzysztof Rutkowski¹, Michał Mielimąka¹,
Jerzy A. Sobański¹, Katarzyna Klasa², Łukasz Müldner-Nieckowski¹,
Edyta Dembińska¹, Bogna Smiatek-Mazgaj¹, Paweł Rodziński¹

¹Katedra Psychoterapii CM UJ
p.o. Kierownika: dr hab. n. med. K. Rutkowski, prof. UJ
²Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
Kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski, prof. UJ

Summary

Aim. Analysis of changes in ego strength in the course of group psychotherapy in patients treated with neurotic and selected personality disorders (F40-F61, ICD-10).

Methods. 82 patients (61 women and 21 men) participated in the study. They underwent intensive short-term group psychotherapy treatment in a day hospital for neurotic and behavioural disorders. The assessment of the patients' personality functioning was carried out at the onset and the end of the psychotherapy. The assessment was reported as a value on the ego strength scale by means of the MMPI-2 questionnaire.

Results. The comparative analysis with the use of the t-Student test for related measurements, which was carried out for the measurement of ego strength values at the onset and the end of the therapy, demonstrated a statistically significant positive change both for the entire examined group and the groups which considered the gender and diagnosis distribution.

Conclusions. Short-term intensive comprehensive group psychotherapy with elements of individual psychotherapy results in obtaining the desired changes in the personality functioning manifested through the increase in ego strength.

Słowa klucze: psychoterapia, MMPI-2, siła ego

Key words: psychotherapy, MMPI-2, ego strength

Wstęp

Siła ego jest kluczowa dla poczucia tożsamości, przeżywania własnej sprawczości, spójności doświadczeń i poglądów, rozumienia otaczającej rzeczywistości i zajmowanego w niej miejsca. W znacznym stopniu kształtuje sposób funkcjonowania jednostki w różnych rolach społecznych [1].

W psychoterapii pojęcie siły ego jest definiowane jako zdolność do utrzymywania własnej stabilności psychicznej i tożsamości, niezależnie od doświadczanego dyskomfortu, cierpienia, konfliktów między wewnętrznymi potrzebami a wymaganiami z zewnątrz [2]. Owa zdolność do podtrzymania stałości ego, oparta o względnie stały zestaw cech osobowości, przekłada się na zdrowie psychiczne [3]. Do cech tych zaliczyć można umiejętność radzenia sobie z codziennymi stresorami, rozczarowaniami, poczuciem winy i zawstyżeniem, zdolność do przechodzenia przez proces żałoby po stracie, umiejętność reagowania współczuciem i empatią, adekwatne radzenie sobie ze złością, nienawiścią, agresywnością, zdolność do przyjmowania gratyfikacji, ale również odraczania otrzymania nagrody i znoszenia frustracji, możliwość uczenia się, elastycznego przystosowywania się do nowych ról życiowych i warunków społecznych, witalność i zdolność do realizowania różnorodnych zadań życiowych, możliwość czerpania satysfakcji, umiejętność współpracy, wyciągania wniosków, łączenia faktów, przewidywania konsekwencji działań, otwartość na doświadczenia, zdolność do budowania trwałych i satysfakcjonujących relacji [4].

Początki poszukiwania istoty ego (w szerokim rozumieniu: własnej tożsamości) odnajduje się już w starożytności [5]. Sokrates, stawiając szereg pytań, zmierzał w stronę uświadomienia rozmówcy złożoności jego własnej natury. Również Platon w swej koncepcji konfrontował się z pytaniami o naturę „ja”. W toku rozwoju poglądów dotyczących istoty „ja” ważną rolę odgrywa natywizm i empiryzm [6]. Niezaprzeczalny jest wkład Freuda w rozwój pojęcia ego. Choć w zestawieniu z id (das Es, „to”) i superego (das Über-Ich, „nad-ja”), termin „ja” (das Ich) został szerzej opisany przez niego dopiero w latach 20. XX wieku, był stosowany już w pierwszych publikacjach psychoanalitycznych. Warto podkreślić, że samego sformułowania „ego” Freud używał niezwykle rzadko. Jego własnym terminem było „Ich”, psychoanaliza zaś kształtowała się w wyniku reakcji na XIX-wieczną psychologię ego, w której równorzędnie używano takich terminów jak „I”, „me” oraz „self” [6].

W pracy zatytułowanej „Projekt naukowej psychologii” (1895) pojęcie „ja” zostało opisane przez Freuda jako grupa neuronów będących w stanie stałego pobudzenia przez następujące po sobie przyjemność i ból. Kluczowe dwie funkcje „ja” to łagodzenie impulsów prowadzących do bezpośredniego działania oraz tych prowadzących do rozwinięcia się skrajnego lęku. Te zadania mogą być jednym słowem określone jako

hamowanie procesu pierwotnego [7]. Znaczący jest fakt, iż w 1923 r. Freud uznał, że ego organizuje procesy poznawcze na poziomie świadomym oraz reguluje całokształt wewnętrznych i zewnętrznych oddziaływań na osobowość. Niedługo potem, w roku 1931, Nunberg odniósł się do syntetycznej funkcji ego [8].

Ego w modelu psychoanalitycznym to podstawowa struktura, obok Superego oraz Id. Konstytuuje się, ponieważ zaspokojenie potrzeb organizmu wymaga działań w świecie rzeczywistym (obiektywnym) poprzez przekształcanie wyobrażeń w spostrzeżenia. Jest podporządkowane zasadzie rzeczywistości, działa za pośrednictwem procesu wtórnego, sprawuje kontrolę nad funkcjami poznawczymi i intelektualnymi [9]. W powojennych tłumaczeniach dzieł Freuda przyjęta została terminologia zaczerpnięta z przekładu angielskiego. Wynikało to między innymi z faktu, że po II wojnie światowej psychoanaliza została ponownie wprowadzona do krajów europejskich przez emigrantów przebywających na terenie Stanów Zjednoczonych. Nie bez znaczenia był również fakt, że do USA i Anglii wyemigrowała większość niemieckojęzycznych psychoanalityków pochodzenia żydowskiego. Stąd także w kilku przetłumaczonych wówczas na język polski pracach oryginalny termin „das Ich” był tłumaczony zgodnie z konwencją angielską jako „ego” [9].

Melanie Klein [10] uważała, że ego istnieje od momentu narodzin człowieka i już od samego początku jest zdolne do działania. Przykładem tego jest poszukiwanie pierwotnego obiektu – piersi. Jacques Lacan [11] umieszczał moment rozwoju „ja” w fazie lustra – etapie rozwoju, w którym następuje utożsamienie pierwotnie niezintegrowanego zespołu części z idealnym obrazem, jakie dziecko widzi w lustrze. Stąd w koncepcji Lacana wszelkie przekonania osoby na własny temat są tylko złudzeniem. Faza lustra jest momentem fundacji rejestru wyobrazeniowego. W analizie transakcyjnej natomiast odpowiednikiem ego jest komponent dorosłego [12].

Jane Loevinger sugeruje, że istnieją cztery sposoby rozumienia rozwoju ego. Pierwszy z nich „sytuuje rozwój na etapie, w którym ego wchodzi w egzystencję” [13]. W takim rozumieniu nie można ściśle rozgraniczyć rozwoju ego od rozwoju psychoseksualnego lub intelektualnego. Znaczenie drugie odnosi rozwój ego do całego rozwoju wewnątrz sfery wolnej od konfliktu [14]. Trzecie pojawia się wraz z koncepcją ego jako siedliska wielu funkcji [15]. Czwarty model, zastosowany przez Erika Eriksona, odnosi rozwój ego do rozwoju psychospołecznego [16].

W teorii Loevinger [17] do charakterologicznych własności rozwoju ego należą m.in. złożoność poznawcza, moralność, ingerencja, typ identyfikacji ja. Rozwój ego przebiega w poszczególnych etapach (stadiach rozwoju):

- a) stadium pierwsze – faza przedspołeczna i symbiotyczna (ja lub nie-ja),
- b) stadium drugie – impulsywne (strach przed karą, czucie cielesne, szczególnie seksualne i agresywne),
- c) stadium trzecie – samoochroniania (lęk przed ujawnieniem nagannych zachowań, kontrola),
- d) okres przejściowy (podległość i konformizm wobec norm społecznych, prostota pojęć, stereotypowość),
- e) stadium czwarte – konformistyczne (poszukiwanie akceptacji społecznej, poczucie winy wskutek złamania norm społecznych),

- f) okres przejściowy (świadomość związku z grupą, różnicowanie norm i celów, wielość pojęć),
- g) stadium piąte – sumienne (zróżnicowane uczucia, cele i motywy, szacunek do siebie, samokrytycyzm, własne standardy),
- h) okres przejścia (szacunek dla indywidualności, odróżnienie życia wewnętrznego od zewnętrznego, satysfakcja z relacji międzyludzkich),
- i) stadium szóste – autonomiczne (radzenie sobie z konfliktami wewnętrznymi, wysoka złożoność poznawcza, tolerancja wieloznaczności),
- j) stadium siódme – zintegrowane (satysfakcja i indywidualność, tożsamość, pojęcie własnej roli, samospełnienia, pogodzenie się z niemożliwością, ja w kontekście społecznym) [17].

W poprawnej konceptualizacji ego ważne jest rozróżnienie zarówno sfery rozwoju fizycznego, intelektualnego, jak i psychoseksualnego. Zdaniem Jeana Piageta [18] ego to przede wszystkim proces płynnego równoważenia się rozwoju poszczególnych sfer widzianych jako całość (holizm) i skierowanych na podtrzymanie celu i sensu działania jednostki (teleologizm). Spośród następców i współpracowników Freuda niewątpliwie na uwagę zasługuje Alfred Adler, który w rozwoju ego podkreślał znaczenie jedności i koherencji osobowości [19].

Wysoki poziom siły ego związany jest z poczuciem koherencji, a więc globalnej orientacji człowieka, wyrażającej stopień względnie trwałego poczucia pewności dotyczącego zrozumiałości, sensowności i zaradności. W diagnostyce psychiatrycznej wartość siły ego traktowana jest jako prognostyk skuteczności leczenia. Niska siła ego współwystępuje z nieadekwatnymi mechanizmami obronnymi, brakiem zdolności do radzenia sobie z frustracją, niskim poziomem pobudzenia. Siła ego znajdująca się na poziomie umiarkowanym dobrze rokuje w leczeniu psychoterapią, z drugiej jednak strony, jednym z kluczowych objawów przekładających się na funkcjonowanie pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości jest obniżony poziom siły ego i związane z tym nieprawidłowe, nieadaptacyjne mechanizmy obronne [20]. Pacjenci o bardzo słabej sile ego to często osoby o psychotycznej organizacji osobowości, nieradzące sobie z wysokim poziomem frustracji pojawiającym się w terapii wglądowej i mające trudności z nawiązaniem więzi terapeutycznej. W związku z tym w toku psychoterapii tych osób niezmiernie istotna jest ponadprzeciętna troska o utrzymanie sojuszu terapeutycznego oraz szczególna uważność na zjawiska w relacji terapeutycznej mogące doprowadzić do jego osłabienia.

Narzędziem umożliwiającym pomiar siły ego jest kwestionariusz MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), jeden z najczęściej używanych na świecie psychologicznych testów osobowości, zawierający skalę siły ego (SE). Została ona opracowana przez Barrona w 1953 roku [21] w celu przewidywania reakcji pacjentów neurotycznych na psychoterapię indywidualną. Skalę SE można traktować jako wskaźnik ogólnego przystosowania psychicznego (im wyższe wyniki tenowe w tej skali, tym lepsze przystosowanie psychologiczne i korzystniejsze rokowanie dla terapii). Trudno jednak oczekiwać, iż pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi czy osobowości będą mieli wyjściowo dużą siłę ego – u tych pacjentów występują deficyty związane z niewystarczająco rozwiniętym ego. Dlatego w procesie leczenia pacjentów z tymi zaburzeniami

konieczna jest zarówno odpowiednia diagnostyka uwzględniająca zwrócenie uwagi na wyjściową wartość siły ego pacjentów, jak i oddziaływanie terapeutyczne mające zwiększyć tę ich siłę [21].

Cel

Celami badania były określenie początkowego poziomu siły ego pacjentów rozpoczynających leczenie i określenie wpływu psychoterapii grupowej na poziom tej siły pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i wybranych zaburzeń osobowości (F40–F48, F60, F61 wg ICD-10).

Hipoteza badawcza

W wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej obserwuje się wzrost siły ego osób leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych (F40-F48) i zaburzeń osobowości (F60 i F61).

Materiał i metoda

Grupa badana

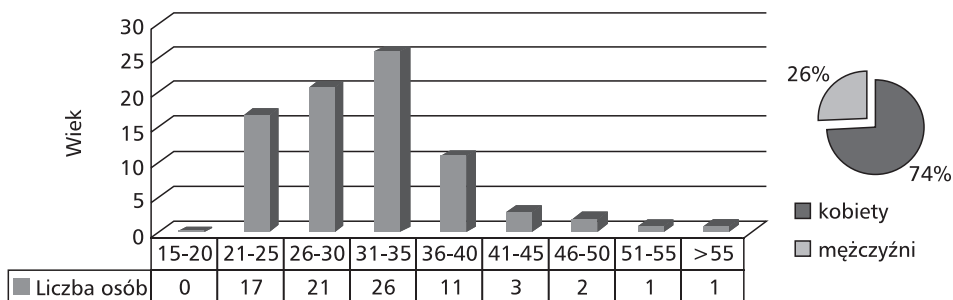
W badaniu uczestniczyło 82 pacjentów leczonych na oddziale dziennym intensywną psychoterapią grupową w okresie od września 2013 r. do kwietnia 2014 r. Stanowili oni 72% wszystkich osób zakwalifikowanych do leczenia w tym okresie na oddziale. Pozostałe 28% nie zostało włączonych do badania ze względu na niekompletne uzupełnienie kwestionariuszy (21%) oraz przedwczesne zakończenie leczenia (7%) [22].

Kryteria włączenia do grupy badanej obejmowały rozpoznanie u pacjentów zaburzeń z rozdziału F4x, F60 lub F61 zgodnie z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji ICD-10 [23] oraz czas leczenia od 10 do 14 tygodni.

Kryteria wykluczające obejmowały stwierdzenie podłoża somatycznego zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości, zmian organicznych OUN, zaburzeń psychotycznych, przerwanie leczenia przed jego planowym zakończeniem, brak zgody na udział w badaniu.

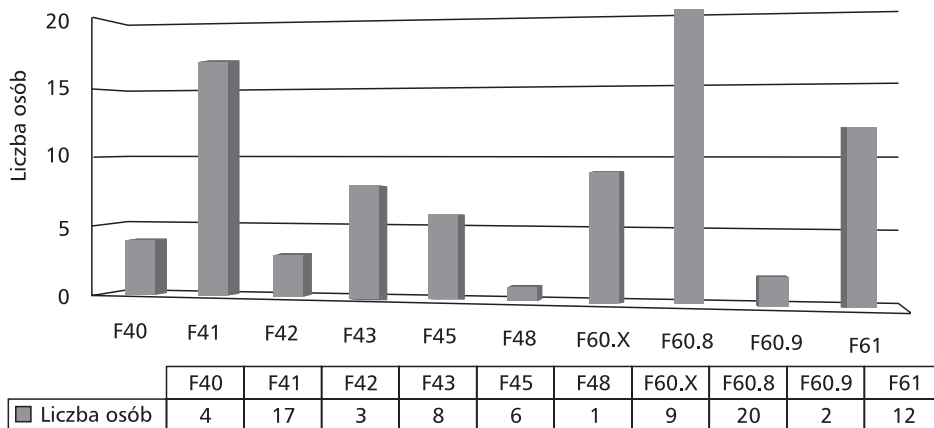
Na etapie kwalifikacji pacjentów do terapii z każdym badanym przeprowadzono konsultacje z lekarzem psychiatrą oraz z psychologiem [24–26]. Na podstawie danych uzyskanych w trakcie konsultacji, poszerzonych o wyniki testów diagnostycznych (Kwestionariusza Objawowego „O” [27], Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006 [28–31], kwestionariusza MMPI-2 [22]), rozpoznano zaburzenia zgodnie z kryteriami klasyfikacji ICD-10 [23].

Znacząca większość, tj. 74% grupy badanej stanowiły kobiety (61 osób), 26% mężczyźni (21 osób). Średnia wieku w tej grupie wynosiła 31,5 roku (min. 21, maks. 56; odch. stand. 6,9), 64 osoby badane w momencie diagnozowania znajdowało się w przedziale wiekowym 21–35 lat, 11 osób w przedziale 36–40 lat, trzy osoby w wieku 41–45, dwie w wieku 46–50 i dwie powyżej 50 r.ż. (ryc. 1).

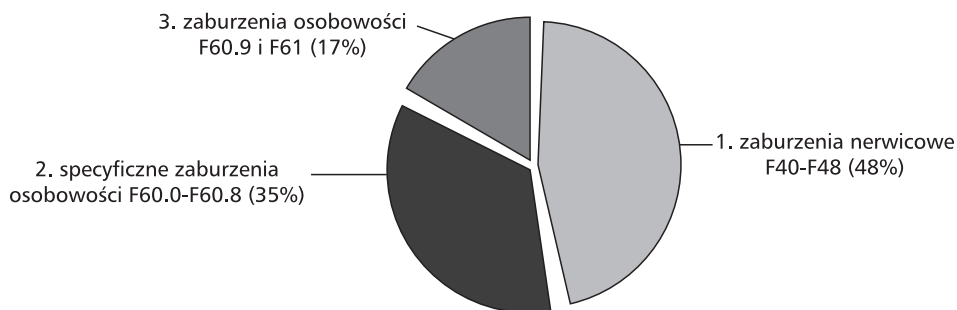


Rycina 1. Rozkład wieku i płci pacjentów w badanej grupie

U 48% pacjentów w grupie badanej zdiagnozowano w trakcie postępowania kwalifikacyjnego do leczenia zaburzenia nerwicowe (F40–F48) jako rozpoznanie podstawowe: z grupy F41 (inne zaburzenia lękowe) u 17 osób, F43 (reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne) – 8 osób, F45 (zaburzenia występujące pod postacią somatyczną) – 6 osób, F40 (zaburzenia lękowe w postaci fobii) – 4 osób, F42 (zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne) – 3 osób, F48 (inne zaburzenia nerwicowe) u 1 osoby. Zaburzenia osobowości rozpoznano u 52% badanych – u 20 osób rozpoznano inne zaburzenia osobowości (F60.8), u 12 osób – zaburzenia osobowości mieszane (F61), u 9 osób – specyficzne zaburzenia osobowości (F60.0–F60.7), u 2 osób zaburzenia osobowości BNO (F60.9), co przedstawiają ryciny 2 i 3.



Rycina 2. Rozpoznania wstępne pacjentów w badanej grupie



Rycina 3. Rozpoznania wstępne pacjentów w badanej grupie – rozkład procentowy zaburzeń nerwicowych, specyficznych zaburzeń osobowości oraz zaburzeń osobowości mieszanych i bliżej nieokreślonych

Większość, tj. 60% pacjentów włączonych do badania stanowiły osoby leczone w trybie dopołudniowym, 40% w trybie popołudniowym; przydział do grup (dopółdniowa, popołudniowa) dokonywany był na podstawie danych z postępowania kwalifikacyjnego, w porozumieniu z pacjentem, z uwzględnieniem jego sytuacji życiowej [22]. Przydział do poszczególnych grup w ramach wyznaczonego trybu leczenia dokonywany był zgodnie z kolejką osób oczekujących na leczenie (brak selekcji pod względem rozpoznania) [22].

Każda z sześciu pracujących równolegle grup terapeutycznych liczyła przez większość czasu leczenia 8–10 pacjentów (grupy półotwarte). Czas leczenia pacjentów wynosił najczęściej 12 tygodni. W uzasadnionych względami merytorycznymi przypadkach terapia była przedłużana do 14 tygodni (5 osób włączonych do badania) lub skracana (np. w sytuacjach zdarzeń losowych uniemożliwiających pozostanie pacjenta w leczeniu przez pełnych 12 tygodni; 1 osoba włączona do badania).

Szczegółowy opis psychoterapii prowadzonej na oddziale znaleźć można w pracach Mazgaj i Stolarskiej [24], Mielimąki i wsp. [32] oraz Cyranki i wsp. [22].

Pomiaru siły ego dokonano dwukrotnie: na początku leczenia (w czasie kwalifikacji do terapii) oraz na końcu pobytu na oddziale. We wszystkich kwestionariuszach MMPI-2 zwróconych przez pacjentów dokonano oceny wyników w skalach kontrolnych przed włączeniem rezultatów do dalszych analiz. Punktem odniesienia dla interpretacji wyników pomiaru siły ego były wytyczne dotyczące interpretacji skali SE podane przez Pracownię Testów Psychologicznych (tab. 1) [21].

Tabela 1. Możliwości interpretacyjne dla skali siły ego

Wysokie (T > 64)	Średnie (T = 40–64)	Niskie (T < 40)
Dobre ogólne przystosowanie psychologiczne, korzystne prognozy dla terapii, dobre relacje z innymi, efektywne mechanizmy radzenia sobie ze stresem	Nie interpretuje się	Słabe ogólne przystosowanie psychologiczne, zła prognoza dla terapii, ograniczone zasoby psychologiczne do radzenia sobie z problemami

Analiz zmian w zakresie siły ego dokonano z zastosowaniem licencyjowanego pakietu STATISTICA 10. Rozkłady wyników porównano przy użyciu Testu Kołmogorowa-Smirnowa oraz χ^2 . Istotność różnic sprawdzono z zastosowaniem testu t-Studenta dla grup zależnych. W analizach statystycznych i wnioskowaniu przyjęto poziom istotności alfa równy 0,05. Wielkość efektu obliczono z zastosowaniem współczynnika d Cohena.

Wyniki

Dokonano porównania siły ego na początku i na końcu intensywnej psychoterapii psychodynamicznej dla całej grupy, z podziałem na płeć oraz z rozróżnieniem ze względu na diagnozę wstępną, dzieląc grupę na 3 podkategorie: zaburzenia nerwicowe, specyficzne zaburzenia osobowości (F60.0–F60.8) oraz zaburzenia osobowości bliżej nieokreślone/mieszane (F60.9 oraz F61), co przedstawiają tabele 2 i 3.

Tabela. 2 Skala siły ego – wyniki dla całej grupy i z podziałem na płeć

	ŚREDNIA P	ŚREDNIA K	SD P	SD K	RÓŻNICA	t	p
CAŁA GRUPA (N = 82)	46	51	8,1	10,1	5	-5,66	< 0,01
KOBIETY (N = 61)	46	51	7,7	10,3	5	-4,38	< 0,01
MĘŻCZYŹNI (N = 21)	44	51	9,0	9,8	7	-3,72	< 0,01

P/K – wyniki z pomiarów przeprowadzonych na początku (P) i na końcu (K) leczenia
t-wynik testu t-Studenta

Tabela 3. Skala siły ego – wyniki z podziałem na rozpoznania

ROZPOZNANIA	ŚREDNIA P	ŚREDNIA K	SD P	SD K	RÓŻNICA	t	p
F60.0–F60.8 (N = 29)	45	51	7,1	9,1	6	-3,98	< 0,01
F40.0–F48.0 (N = 39)	46	51	9,0	11,0	5	-3,71	< 0,01
F60.9, F61 (N = 14)	44	49	7,4	9,7	5	*	*

P/K – wyniki z pomiarów przeprowadzonych na początku (P) i na końcu (K) leczenia
t-wynik testu t-Studenta, * – ze względu na zbyt małą liczebność grupy nie wykonano testu t-Studenta

Analiza porównawcza z zastosowaniem testu t-Studenta dla grup powiązanych wykonana dla pomiarów wartości siły ego na początku i na końcu terapii wykazała istotny statystycznie wzrost siły ego zarówno dla całej grupy badanej, jak i z uwzględnieniem podziału na płeć oraz na rozpoznanie. Wykonano oddzielne analizy dla zaburzeń nerwicowych F40.0–F48.0 oraz dla zaburzeń osobowości F60.0–F60.8; grupa osób z rozpoznaniem F60.9 i F61 nie pozwoliła na oddzielne wykonanie testu t-Studenta ze względu na zbyt małą liczebność (14 osób). Wyniki analizy wskazują, że w wyniku oddziaływania psychoterapeutycznego znacząco wzrasta siła ego leczonych pacjentów.

Procentowa analiza wyników na początku i na końcu leczenia wskazuje, iż w wyniku oddziaływań psychoterapeutycznych wzrosła liczba osób znajdujących się

w zakresie wartości wysokich (z 2,5% na początku leczenia do 7% na końcu terapii) oraz zmalała liczba osób uzyskujących wyniki niskie (z 18% do 13%). Procentowe porównanie rozkładu wyników w populacji leczonej na końcu terapii zbliża się do rozkładu wyników uzyskiwanych w populacji ogólnej nieleczonej. Analiza wyników poszczególnych osób biorących udział w badaniu wykazała, że spadek siły ego wystąpił jedynie u 7 osób (8,5%), zaś u 72 pacjentów (87,8%) nastąpił wzrost jej wartości (w większości pozostając w zakresie wartości umiarkowanych, jednak przesuując się z wartości bliższych dolnej wartości granicznej tego przedziału do wartości bliższych górnej wartości granicznej). U 3 osób (3,7%) wynik pomiaru siły ego pozostał bez zmian. U większości pacjentów, u których na początku i na końcu leczenia wyniki znajdowały się w obszarze umiarkowanym, nastąpił wzrost wartości siły ego.

Analiza wielkości efektu (Effect Size – ES) zmian uzyskanych w wyniku psychoterapii w badanej grupie pacjentów (w odniesieniu do norm określonych przez Cohena [33]) wskazuje na znaczną skuteczność zastosowanych oddziaływań terapeutycznych (ES = 1,24).

Dyskusja

W całej grupie badanej, niezależnie od podziału na płeć oraz podziału ze względu na rozpoznanie początkowe, odnotowano istotną statystycznie zmianę w zakresie wyników tenowych, wskazującą na korzystne zwiększenie siły ego pacjentów. Przed leczeniem wartość średnia pomiaru siły ego osób zakwalifikowanych znajdowała się na poziomie tenowym przemawiającym za pomyślnym rokowaniem dla przebiegu terapii.

Z punktu widzenia klinicznego zaobserwowana w grupie pacjentów korzystna zmiana w zakresie siły ego wskazuje na to, że w wyniku leczenia pacjenci uzyskują zdolność do znacznie lepszego ogólnego przystosowania psychologicznego oraz szerszy zakres mechanizmów umożliwiających skuteczne radzenie sobie zarówno w sytuacjach stresogennych, jak i z codziennymi trudnościami. Jest to zgodne z obserwacjami Gordona [34], który podkreślał odwrotnie proporcjonalny związek wyników skal klinicznych z poziomem siły ego. Nowością wynikającą z niniejszego badania jest fakt, iż uzyskana zmiana nastąpiła w wyniku oddziaływań psychoterapeutycznych w przeciągu 3 miesięcy, a nie w czasie postulowanych przez Gordona niezbędnych do uzyskania poprawy 2–3 lat leczenia (przy założeniu jednego spotkania terapeutycznego tygodniowo). Wyniki badania stanowią zatem cenne uzupełnienie wiedzy na temat zakresu zmian w funkcjonowaniu osobowości możliwych do uzyskania w toku intensywnej psychoterapii grupowej prowadzonej w warunkach oddziaływanego [25, 31, 35, 36]. Stanowią one przesłankę do uznania tezy, iż u leczonych pacjentów, poza ustąpieniem objawów nerwicowych, dochodzi do zwiększenia zasobów osobowości przez zmianę mechanizmów funkcjonowania ego na bardziej dojrzałe [37–41].

Zaobserwowano, że znaczący przyrost w zakresie siły ego dotyczy zarówno grupy kobiet, jak i mężczyzn. Nie odnotowano także różnic pomiędzy pacjentami z rozpoznaniem specyficznych zaburzeń osobowości i zaburzeń nerwicowych, zarówno jeśli chodzi o wyniki początkowe, jak i końcowe. W obu grupach zaobserwowano istotny wzrost wartości skali siły ego, co świadczy o korzystnych zmianach w zakresie umie-

jętności radzenia sobie z codziennymi stresorami, lepszym ogólnym przystosowaniu, urealnionym poczuciu własnej wartości oraz szerszym zakresie kompetencji interpersonalnych. Należy jednak zwrócić uwagę, iż rozróżnienia na podgrupy dokonano na podstawie rozpoznania głównego postawionego na początku procesu terapeutycznego. Obserwacje kliniczne wskazują, że w toku psychoterapii ujawniają się często cechy pacjenta przemawiające za koniecznością zmiany lub uzupełnienia rozpoznania. Ponadto często zaburzenia nerwicowe współwystępują z zaburzeniami osobowości, zarówno specyficznymi, jak i hipotetyczną osobowością nerwicową, jakiej istnienie postulują Aleksandrowicz i wsp. [28–31]. Zatem wyniki niniejszego badania w tym zakresie należy ograniczyć do stwierdzenia, iż postawienie rozpoznania wstępnego w procesie kwalifikacji do leczenia z grupy zaburzeń nerwicowych (F4x) nie prowadzi do wyodrębnienia grupy pacjentów cechującej się większą siłą ego w porównaniu z grupą wyodrębnioną na podstawie zdiagnozowania w procesie kwalifikacji do leczenia specyficznych zaburzeń osobowości (F60.0–F60.8).

Analiza uzyskanych danych wykazała, że aż u 72 pacjentów z 82 badanych nastąpiła poprawa w zakresie funkcjonowania związana ze zwiększeniem siły ego. Jednocześnie można zastanowić się, dlaczego większa liczba pacjentów nie uzyskała w pomiarach na końcu terapii wyników w zakresie interpretowanym jako wysoka siła ego, świadcząca o bardzo dobrym przystosowaniu psychologicznym. Częściowym wyjaśnieniem są obserwacje Pipera i wsp. [42], z których wynika, że znaczący wzrost zasobów następuje w wyniku konfrontacji rezultatów uzyskanych w procesie psychoterapii z zadaniami życiowymi, które ugruntowują uzyskane zmiany. Obserwacja ta przemawia za przeprowadzeniem w przyszłości badań katamnesticznych (follow-up). Niewątpliwie wartościowe byłoby także odniesienie uzyskanych wyników do rezultatów pomiarów przeprowadzonych w grupie kontrolnej, a nie tylko do wytycznych referencyjnych dla populacji ogólnej opracowanych przez Pracownię Testów Psychologicznych [21]. Zasadne jest także przeprowadzenie dalszych badań zestawiających zmiany uzyskane w zakresie siły ego ze zmianami objawowymi i zmianami w funkcjonowaniu osobowości, zmierzonymi przy użyciu narzędzi badawczych stosowanych w diagnostyce pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości (np. KO„O” [27], KON-2006 [28-31], STAI, MMPI-2 [22]). Badania takie planowane są w najbliższej przyszłości.

Większość pacjentów w badanej grupie na początku leczenia znajdowała się w obszarze umiarkowanych wyników w skali siły ego, wskazującym na korzystne rokowania dla terapii. Warto jednak zwrócić uwagę na istotny dla procesu kwalifikacji fakt, że z przeprowadzonego badania wynika, że u pacjentów, którzy rozpoczynają leczenie z wartościami siły ego w zakresie niskim także dochodzi do korzystnych i istotnych klinicznie zmian.

Wyniki badania wskazują również, iż do niekorzystnych zmian w zakresie funkcjonowania osobowości mierzonych skalą siła ego kwestionariusza MMPI-2 dochodzi w toku intensywnej psychoterapii prowadzonej w warunkach oddziału dziennego stosunkowo rzadko. Jedynie u 7 osób z grupy badanej (8,5%) zaobserwowano zmniejszenie siły ego w toku psychoterapii, a u 3 osób (3,7%) pozostała ona bez zmian. Wyniki te są zbieżne z rezultatami innych badań nad skutecznością intensywnej psychoterapii

prowadzonej w warunkach oddziału dziennego [24–26] i stanowią jednocześnie ich cenne uzupełnienie o wnioski dotyczące zmian w zakresie siły ego. Rezultaty badania stanowią ponadto kolejną przesłankę w kierunku uznania intensywnej psychoterapii prowadzonej w modelu oddziału dziennego za bezpieczną i skuteczną metodę leczenia zaburzeń nerwicowych i wybranych zaburzeń osobowości.

Wniosek

W wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego u większości pacjentów obserwuje się wzrost siły ego, co wskazuje, że w wyniku leczenia pacjenci uzyskują znacznie lepszą zdolność ogólnego przystosowania psychologicznego oraz zwiększony repertuar mechanizmów umożliwiających skuteczne radzenie sobie.

Piśmiennictwo

1. Frederick C. *The center core in ego state therapy and other hypnotically facilitated psychotherapies*. Am. J. Clin. Hypn. 2013; 56(1): 39–53.
2. Bjorklund P. *Assessing ego strength: spinning straw into gold*. Perspect. Psychiatr. Care 2000; 36(1): 14–23.
3. Stackert RA, Bursik K. *Ego development and the therapeutic goal-setting capacities of mentally ill adults*. Am. J. Psychother. 2006; 60(4): 357–374.
4. Sprock J, Bienek J. *Barron's Ego Strength Scale and Welsh's Anxiety and Repression Scales: a comparison of the MMPI and MMPI-2*. J. Pers. Assess. 1998; 70(3): 506–513.
5. Szaluta J. *Sigmund Freud's literary ego ideals*. J. Psychohist. 2014; 41(4): 283–300.
6. Chodorow NJ. *The psychoanalytic vision of Hans Loewald*. Int. J. Psychoanal. 2003; 84(4): 897–913.
7. Leśniak K. *Platon*. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1993.
8. Nunberg H. *The synthetic function of the ego*. Int. J. Psychoanal. 1931; 12: 123–140.
9. Kästner I, Schröde C. *Zygmunt Freud (1856–1939). Badacz umysłu, neurolog, psychoterapeuta. Teksty wybrane*. Warszawa: Wydawnictwo Arboretum; 1997.
10. Slipp S. *Freudovská mystika (Freud a ženy)*. Triton: Praga; 2007.
11. Roudinesco E. *Jacques Lacan. Jego życie i myśl*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2005.
12. Dehner R, Dehner U. *W co oni grają. Manipulacje w codziennym życiu*. Warszawa: Wydawnictwo Helion; 2009.
13. Spitz R. *The genetic field theory of ego formation*. New York: International University Press; 1959.
14. Hartmann H. *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press; 1958.
15. Bellak L, Hurvich M, Gediman H. *Ego functions on schizophrenia, neurotic and normals*. New York: Wiley; 1973.
16. Erikson E. *Identity and the life cycle*. Psychol. Issues 1959; 1: 50–100.

17. Socha P. *Duchowy rozwój człowieka. fazy życia, osobowość, wiara, religijność*. W: Skoczek E. red. *Koncepcja rozwoju ego Jane Loewinger*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000. s. 85–100.
18. Harris PL. *Piaget on causality: The Whig interpretation of cognitive development*. J. Psychol. 2009; 100(1A): 229–232.
19. Hoffmann SO. *Alfred Adler (1870-1937). Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis*. Nervenarzt. 2004; 75(7): 717.
20. Hagger MS, Wood C, Stiff C, Chatzisarantis NL. *Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis*. Psychol. Bull. 2010; 136(4): 495–525.
21. Brzezińska U, Koć-Januchta M, Stańczak J. *Minnesota Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości®-2 – MMPI®-2*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2012.
22. Cyranka K, Rutkowski K, Mielimąka M, Sobański J, Smiatek-Mazgaj B, Klasa K. i wsp. *Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2*. Psychiatr. Pol. 2015 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/38438].
23. Pużyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN; 2000.
24. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(4): 421–430.
25. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004.
26. 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.
27. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 6: 667–676.
28. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006.
29. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański J, 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. Psychiatrii Psychother. 2011; 13(3): 21–24.
32. 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. 2014; 49(1): 29–48.
33. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Second edition. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
34. Gordon RM. *MMPI/MMPI-2 changes in long-term psychoanalytic psychotherapy*. Issues Psychoanal. Psychol. 2001; 23(1/2): 59–79.
35. 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.

36. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Mielimąka M, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006*. Psychiatr. Pol. 2014 [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/6].
37. Bakker M, van Dijk A, Wicherts JM. *The rules of the game called psychological science*. *Perspect. Psychol. Sci.* 2012; 7: 543–554.
38. Bihlar B, Carlsson AM. *Planned and actual goals in psychodynamic psychotherapies: Do patients' personality characteristics relate to agreement?* *Psych. Res.* 2001; 11: 383–400.
39. Hilsenroth MJ, Handler L, Toman KM, Padawer JR. *Rorschach and MMPI-2 indices of early psychotherapy termination*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1995; 63: 956–965.
40. McWilliams N. *Psychoanalytic diagnosis. Understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford; 1994.
41. Nygren M. *Rorschach comprehensive system variables in relation to assessing dynamic capacity and ego strength for psychodynamic psychotherapy*. *J. Pers. Assess.* 2004; 83(3): 277–292.
42. Piper WE, Azim HF, McCallum M, Joyce AS, Ogrodniczuk JS. *Follow-up findings for interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1999; 67: 267–273.

Adres: Katarzyna Cyranka
Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 1.03.2015
Zrecenzowano: 11.03.2015
Przyjęto do druku: 18.03.2015

Projekt współfinansowany ze środków
Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego
2012-2017