

## **Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe**

### **Reduction of suicidal ideation in patients undergoing psychotherapy in the day hospital for the treatment of neurotic and behavioral disorders and neurotic symptoms reported by them before the hospitalization**

Paweł Rodziński<sup>1</sup>, Krzysztof Rutkowski<sup>1</sup>, Jerzy A. Sobański<sup>1</sup>,  
Agnieszka Murzyn<sup>2</sup>, Katarzyna Cyranka<sup>1</sup>, Karolina Grządziel<sup>3</sup>,  
Bogna Smiatek-Mazgaj<sup>1</sup>, Katarzyna Klasa<sup>4</sup>,  
Łukasz Müldner-Nieckowski<sup>1</sup>, Edyta Dembińska<sup>1</sup>, Michał Mielimąka<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Katedra Psychoterapii UJ CM

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

<sup>2</sup> Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

Kierownik: dr n. med. M. Pilecki

<sup>3</sup> Katedra Historii Medycyny UJ CM

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

<sup>4</sup> Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

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

#### **Summary**

**Aim.** Analysis of associations between symptoms reported before the beginning of the hospitalization and reduction of suicidal ideation – or its lack – obtained until the end of the hospitalization in patients of the day hospital for the treatment of neurotic and behavioral disorders.

**Material and method.** Symptoms Checklist KO“O” and Life Inventory completed by 461 women and 219 men treated with intensive integrative psychotherapy with predominance of psychodynamic approach in the day hospital due to neurotic, behavioral and personality disorders between 2005-2013. Percentages of patients reporting SI initially and at the end of

the treatment were 29.1% and 10.2% respectively in women and 36.5% and 13.7% in men. The improvement in terms of initially reported SI was obtained by 84.3% of women and 77.5% of men. Among patients, those initially reporting SI were characterized by greater intensity of neurotic symptoms ( $p<0.001$ ) and greater intensity of nearly all of 14 subtypes of neurotic symptoms ( $p<0.05$ ).

**Results.** Among those reporting SI, subgroups of women with greater intensity of Obsessive-compulsive symptoms ( $p=0.003$ ), Neurasthenia ( $p=0.005$ ), Autonomic disorders ( $p=0.044$ ) and women reporting episodes of uncontrollable hunger ( $p<0.01$ ) had significantly lower chances of improvement in terms of SI than others.

**Conclusions.** Patients initially reporting SI constituted approximately 1/3 in both genders and were characterized by greater intensity of neurotic disorders. Among those, women with particularly higher intensity of Obsessive-compulsive symptoms, Neurasthenia and Autonomic disorders and women reporting episodes of uncontrollable hunger seemed to suffer from SI that were more resistant to the psychotherapy. As such, those subgroups of women require special attention and diligent selection of the therapeutic methods.

**Słowa kluczowe:** myśli samobójcze, objawy nerwicowe, psychoterapia

**Key words:** suicidal ideations, neurotic symptoms, psychotherapy

## Wstęp

Myśli samobójcze (MS) należą do najbardziej problematycznych objawów spotykanych u pacjentów z zaburzeniami lękowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości. Ich występowanie wiąże się z ryzykiem dokonywania samouszkodzeń [1, 2] i innych aktów autoagresji [3], prowokowaniem sytuacji będących zagrożeniem dla zdrowia i życia [4], jak również z ryzykiem podejmowania prób samobójczych [5, 6]. Ryzyko pojawienia się wymienionych komplikacji rzutuje na bezpieczeństwo terapii na każdym jej etapie. Szczególnie dotyczy to dziennych oddziałów psychotherapeutycznych, gdzie poza godzinami zajęć nie ma możliwości objęcia pacjenta obserwacją i opieką medyczną. Jednocześnie wysoka intensywność psychotherapii prowadzonej na tego typu oddziale nierzadko stanowi przejściowo dodatkowe obciążenie. Wynika to z ograniczonej zdolności pacjentów do tolerowania napięcia emocjonalnego wyzwalanego podczas terapii ukierunkowanej na wgląd [7–11].

Pośród różnorodnych objawów obserwowanych w oddziałach psychotherapeutycznych, MS są jednym z najczęściej zgłaszanych. Obserwuje się je u około 1/3 pacjentów [12]. Według licznych doniesień badawczych, do pacjentów z MS, jak również innymi, współwystępującymi przejawami autoagresji, często należą pacjenci z głębokimi zaburzeniami osobowości [13] oraz pacjentki z zaburzeniami odżywiania się, szczególnie bulimią [14–16].

Ponadto, jak wskazują doniesienia badawcze, pacjenci oddziału psychotherapeutycznego zgłaszający MS tworzą grupę będącą pod wieloma względami w poważniejszym stanie klinicznym niż postali. Cechują się oni zarówno wyższym nasileniem objawów nerwicowych, jak i wyższym nasileniem zaburzeń osobowości [12].

Przytoczone wyniki badań unaoczniają niebagatelne znaczenie skutecznego leczenia MS. Stąd zarówno podczas kwalifikacji, jak i podczas samego leczenia konieczne jest właściwe rozeznanie przez zespół terapeutyczny znaczenia zgłaszanych MS.

Kluczowym jest uwzględnienie specyficznej postaci MS, w jakiej są prezentowane, towarzyszących im planów i fantazji [8], ich znaczenia w kontekście osobowości pacjenta oraz całości obrazu psychopatologicznego [6, 8–10]. Dopiero owa pogłębiona refleksja pozwala zespołowi terapeutów zaplanować właściwe interwencje. Terapeuci w takich sytuacjach spotykają się z szeregiem dylematów dotyczących wyboru oddziaływań leczniczych i formułowania interwencji terapeutycznych [8, 17], którym towarzyszyć musi dbałość o bezpieczeństwo pacjentów.

Pomimo tak dużego znaczenia skuteczności psychoterapii w eliminowaniu MS u pacjentów dziennych oddziałów psychoterapeutycznych, w dostępnym autorom piśmiennictwie medycznym nie natrafiono na inne prace poświęcone czynnikom wpływającym na ową skuteczność.

### **Cel**

Analiza związków pomiędzy objawami zgłaszanymi przed rozpoczęciem hospitalizacji a redukcją myśli samobójczych (ich ustąpienia lub zmniejszenia ich intensywności) – lub jej brakiem – do czasu zakończenia owej hospitalizacji u pacjentów leczonych za pomocą kompleksowej psychoterapii (grupowej w wymiarze 10–15 sesji tygodniowo łączonej z jedną sesją indywidualną) prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych.

### **Material i metoda**

Źródłem informacji na temat MS, definiowanych jako chęć odebrania sobie życia, był kwestionariusz KO„O” [18, 19]. Jest to narzędzie służące do pomiaru nasilenia objawów występujących w przebiegu zaburzeń nerwicowych. Kwestionariusz wypełniany był przez pacjentów w trakcie kwalifikacji do leczenia [20] oraz powtórnie w ostatnich dniach hospitalizacji. Do oszacowania rozpowszechnienia i nasilenia MS posłużyły odpowiedzi pacjentów na pytanie o „uciążliwość w ciągu ubiegłych siedmiu dni chęci odebrania sobie życia” (pozycja 62. w KO„O”). Kwestionariusz umożliwia udzielenie odpowiedzi negatywnej (0), oznaczającą brak uciążliwych MS, natomiast pozytywna odpowiedź wymaga od pacjenta wybrania jednej z trzech opcji, służących rozróżnieniu stopnia uciążliwości danego objawu: (a) nieznacznie uciążliwe, (b) średnio uciążliwe, (c) wysoce uciążliwe.

### **Charakterystyka socjodemograficzna badanej populacji**

Grupę badaną stanowiło 680 pacjentów: 461 kobiety i 219 mężczyzn, którzy byli leczeni w psychoterapeutycznym oddziale dziennym z powodu zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości w latach 2005–2013.

Źródłem podstawowych danych socjodemograficznych była Ankieta Życiorysowa wypełniana przez pacjentów na etapie kwalifikacji do leczenia. Zawierała ona pytania m.in. 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.

Tabela 1. **Wiek pacjentów [12]**

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

Tabela 2. **Stan cywilny [12]**

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

Tabela 3. **Wykształcenie [12]**

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

Tabela 4. **Źródło utrzymania [12]**

	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczebność	Odsetek	Liczebność	Odsetek
Na utrzymaniu rodziny/uczeń/student	135	29,3%	50	22,8%
Pracownik umysłowy	157	34,1%	72	32,9%
Pracownik sektora usług/rzemiosła	31	6,7%	17	7,8%

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Robotnik	3	0,7%	3	1,4%
Rolnik	3	0,7%	0	0,0%
Własna firma, przedsiębiorstwo rodzinne	18	3,9%	22	10,0%
Bezrobotny	60	13,0%	28	12,8%
Renta	5	1,1%	2	0,9%
Emerytura	1	0,2%	1	0,5%
Inne	48	10,4%	24	11,0%

### Rodzaje zaburzeń i przebieg leczenia

Kwalifikacja do leczenia w Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic i Zaburzeń Behawioralnych Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, oprócz badań za pomocą kilku kwestionariuszy (w tym dwóch wyżej wymienionych), obejmowała co najmniej dwa badania psychiatryczne i badanie psychologiczne pozwalające na wykluczenie wysokiego ryzyka samobójczego [20, 21] oraz innych zaburzeń, uniemożliwiających korzystanie z psychoterapii w tutejszym oddziale dziennym (m.in. zaburzeń afektywnych, psychoz schizofrenicznych, zaburzeń egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich chorób somatycznych) [12, 20]. Cykl badań ambulatoryjnych zamykał się zwykle w czasie 2–3 tygodni. Na rozpoczęcie leczenia w oddziale dziennym zakwalifikowani pacjenci oczekiwali zwykle od 4 do 12 tygodni.

Do badania włączono wyłącznie pacjentów podejmujących leczenie w wyżej wymienionym oddziale po raz pierwszy. Grupę objętą badaniem stanowiły osoby z rozpoznaniami zaburzeń ze spektrum F40–F69, w tym pacjenci z podwójną diagnozą, tj., zaburzeniami osobowości z towarzyszącymi innymi zaburzeniami z grup F4 i F5 (tab. 5).

Tabela 5. Rodzaj zaburzeń wg klasyfikacji ICD-10 [12]

	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%

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

F60/F61 Specyficzne zaburzenia osobowości lub Zaburzenia osobowości mieszane i inne <sup>a</sup>	198	43,0%	94	42,9%
Inne <sup>b</sup>	19	4,1%	13	5,9%

<sup>a</sup> – zaburzenia osobowości często stanowiły drugie rozpoznanie towarzyszące rozpoznaniu zaburzeń z grup F4–F5, <sup>b</sup> – rozpoznania współwystępujące z diagnozami zaburzeń z grup F40–F69.

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 z elementami terapii poznawczej i behawioralnej [10, 20, 22–24].

Niewielka część pacjentów korzystała równocześnie z psychofarmakoterapii, wycofywanej równoległe z poprawą kliniczną lub nawet wcześniej – w celu uzyskania dostępu do przeżywania pacjentów, w tym okoliczności występowania objawów. Według oddzielnych, niepublikowanych jeszcze badań A. Murzyn, w grupie 169 pacjentów z lat 2008–2011 odsetek badanych korzystających z leków przeciwdepresyjnych lub uspokajających w tym samym oddziale wynosił zaledwie 3%.

W przypadku badanej grupy całkowity odstęp pomiędzy rozpoczęciem kwalifikacji i badaniami wypisowymi wyniósł średnio 137,1 ± 30,3 dnia dla kobiet oraz 132,4 ± 30,5 dnia w grupie mężczyzn.

#### Nasilenie dolegliwości nerwicowych w zależności od wyjściowej obecności lub nieobecności MS

Wykorzystując test t-Studenta dla prób niezależnych, porównano wartości skal Kwestionariusza objawowego KO„O” u pacjentów, którzy podczas kwalifikacji do leczenia zgłosili MS, oraz tych, którzy ich nie zgłosili. Stwierdzono, że pacjenci zgłaszający MS w stosunku do pozostałych odznaczali się wyraźnie wyższym globalnym nasileniem dolegliwości typowych dla zaburzeń nerwicowych ( $p < 0,001$ ) i wyższym nasileniem niemal wszystkich z 14 grup owych dolegliwości mierzonych za pomocą KO„O” ( $p < 0,001$ ) – jedynym wyjątkiem były nieorganiczne zaburzenia snu u mężczyzn, w przypadku których różnice były nieistotne statystycznie [12].

#### Zmiany w zakresie MS zaobserwowane u pacjentów

Wśród kobiet wyjściowe rozpowszechnienie MS wynosiło 29,1%, zaś końcowe 10,2%. Wśród mężczyzn odnotowano początkowe rozpowszechnienie MS wynoszące 36,5%, zaś pod koniec terapii wyniosło ono 13,7% (tab. 6).

Tabela 6. **Rozpowszechnienie i zmiany w zakresie MS u wszystkich badanych, osobno dla kobiet i mężczyzn (n = 680) [12]**

	Kobiety (n = 461)			Mężczyźni (n = 219)			* Różnice pomiędzy płciami	
	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Chi <sup>2</sup>	p
MS obecne podczas kwalifikacji	134	29,1%	25,1%–33,4%;	80	36,5%	30,4%–43,1%	3,83	ns
MS obecne podczas badania końcowego	47	10,2%	7,8%–13,3%	30	13,7%	9,8%–18,9%	1,82	ns
Poprawa w zakresie MS (ustąpienie lub redukcja ich nasilenia)	113	24,5%	20,8%–28,6%	62	28,3%	22,8%–34,6%	1,12	ns
Ustąpienie MS	103	22,3%	18,8%–26,4%	53	24,2%	19,0%–30,3%	0,29	ns
Pogorszenie w zakresie MS (definiowane jako wzrost ich nasilenia lub ich pojawienie się)	23	5,0%	3,4%–7,4%	6	2,7%	1,3%–5,9%	1,84	ns
Pojawienie się MS pod koniec terapii przy wyjściowym ich braku	16	3,5%	2,2%–5,6%	3	1,4%	0,5%–4,0%	2,41	ns
Wzrost nasilenia MS w stosunku do ich nasilenia z czasu kwalifikacji	7	1,5%	0,7%–3,1%	3	1,4%	0,5%–4,0%	0,02	ns
Pogorszenie lub brak zmian w zakresie MS	37	8,0%	5,9%–10,9%	21	9,6%	6,4%–14,2%	0,47	ns

Zastosowano test niezależności Chi<sup>2</sup> Pearsona; ns – różnice nieistotne statystycznie ( $p \geq 0,05$ ).

Zestawienie zmian zaobserwowanych u badanych, u których początkowo występowały MS, ujawniło istotną statystycznie ( $p < 0,05$ ), wielokrotną przewagę odsetka pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS (definiowanej jako ich ustąpienie lub redukcję ich nasilenia), nad odsetkiem pacjentów, u których doszło w tym zakresie do pogorszenia (definiowanego jako wzrost nasilenia MS). W tej podgrupie poprawę uzyskało 84,3% kobiet, podczas gdy wzrost nasilenia wyjściowo obecnych MS odnotowano zaledwie u 5,2% pacjentek. W podgrupie mężczyzn z MS obecnymi podczas kwalifikacji poprawę osiągnęło 77,5%, zaś wzrost nasilenia MS nastąpił jedynie u 3,8%. Ponadto u zdecydowanej większości pacjentów, u których odnotowano poprawę, polegała ona na ustąpieniu MS. W podgrupach, w których wyjściowo deklarowano obecność MS, ich ustąpienie zaobserwowano u 76,9% kobiet oraz u 66,2% mężczyzn (tab. 7).

Tabela 7. Zmiany w zakresie MS w grupie pacjentów, którzy zadeklarowali ich występowanie podczas kwalifikacji (n = 214) [12]

	Kobiety (n = 134)			Mężczyźni (n = 80)			* Różnice pomiędzy płciami	
	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Liczba	Odsetek	95% przedział ufności	Chi <sup>2</sup>	p
Poprawa w zakresie MS (definiowana jako ich ustąpienie lub redukcja ich nasilenia)	113	84,3%	77,2%–89,5%	62	77,5%	67,2%–85,2%	1,57	ns
Ustąpienie MS	103	76,9%	69,0%–83,2%	53	66,2%	55,4%–75,5%	2,86	ns
Redukcja nasilenia MS	10	7,5%	4,1%–13,2%	9	11,3%	6,0%–20,8%	0,89	ns
Brak zmian w nasileniu MS	14	10,4%	6,4%–16,8%	15	18,8%	11,7%–28,7%	2,95	ns
Wzrost nasilenia MS	7	5,2%	2,6%–10,4%	3	3,8%	1,4%–10,4%	0,24	ns
Brak poprawy (brak zmian w nasileniu lub wzrost nasilenia MS)	21	15,7%	10,5%–22,8%	18	22,5%	14,8%–32,8%	1,57	ns

Zastosowano test niezależności Chi<sup>2</sup> Pearsona; ns – różnice nieistotne statystycznie ( $p \geq 0,05$ )

#### Określenie powiązań pomiędzy początkowo zgłoszonymi objawami nerwicowych a poprawą w zakresie MS

Porównano informacje zawarte w kwestionariuszu objawowym KO<sub>„O”</sub> (opisującym występowanie i nasilenie 135 objawów typowych dla zaburzeń nerwicowych, tworzących 14 skal objawowych i dostarczających informacji o globalnym nasileniu objawów – współczynnik OWK) [18, 19] osobno dla kobiet i mężczyzn, u których uzyskano poprawę w zakresie MS, z informacjami dotyczącymi tych, u których nie nastąpiła taka poprawa.

Dane uzyskane w wyniku wymienionych badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów, przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej. W analizie statystycznej wykorzystano stosownie do rodzaju analizowanych zmiennych test niezależności Chi<sup>2</sup> Pearsona i test t-Studenta dla prób niezależnych w przypadku zmiennych o rozkładzie normalnym. Podejmowano także próby wykorzystania regresji logistycznej, jednak skonstruowanie użytecznego modelu okazało się niemożliwe ze względu na efekt współliniowości wielu zmiennych. Używano licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL.



## Wyniki

Porównując średnie wartości skal Kwestionariusza objawowego KO<sub>„O”</sub> natrafiono na istotne różnice pomiędzy podgrupą pacjentów, u których doszło do poprawy w zakresie MS, a tymi, u których nie nastąpiła taka zmiana. Brak poprawy u kobiet wiązał się w sposób istotny statystycznie z wyższymi wartościami następujących skal: Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne ( $p = 0,003$ ), Neurastenia ( $p = 0,005$ ), Zaburzenia autonomiczne ( $p = 0,044$ ), co przedstawia tabela 8.

Różnice pomiędzy wartościami skal u mężczyzn, którzy uzyskali poprawę, a tymi, którzy jej nie uzyskali, były nieistotne statystycznie, co mogło mieć związek z ich mniejszą liczebnością niż kobiet (tab. 8).

**Tabela 8. Porównanie średnich wartości skal Kwestionariusza objawowego KO<sub>„O”</sub> z okresu kwalifikacji do leczenia pacjentów, u których później doszło do poprawy (ustąpienia lub redukcji nasilenia MS), oraz tych, u których nie doszło do poprawy w zakresie MS**

Skale Kwestionariusza KO <sub>„O”</sub>	Kobiety (n = 134)				Mężczyźni (n = 80)			
	Zmiany w zakresie MS		Test t-Studenta		Zmiany w zakresie MS		Test t-Studenta	
	Brak poprawy (n = 21)	Poprawa (n = 113)	t	p	Brak poprawy (n = 18)	Poprawa (n = 62)	t	p
Ogólna wartość kwestionariusza (OWK)	496,0 ± 138,0	435,1 ± 132,4	1,92	ns	413,6 ± 140,2	434,3 ± 142,5	-0,55	ns
1. Zaburzenia fobiczne	8,1 ± 1,4	8,4 ± 1,3	-1,26	ns	8,9 ± 0,7	9,0 ± 1,2	-0,03	ns
2. Inne zaburzenia lękowe	6,0 ± 1,7	5,4 ± 1,4	1,78	ns	5,3 ± 1,4	5,2 ± 1,6	0,41	ns
3. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	7,0 ± 1,5	5,6 ± 1,9	2,98	**	5,0 ± 2,1	5,7 ± 2,1	-1,25	ns
4. Konwersje	7,3 ± 1,7	7,0 ± 1,7	0,87	ns	7,3 ± 1,9	7,5 ± 1,7	-0,48	ns
5. Zaburzenia autonomiczne (ukł. krążenia)	6,6 ± 1,8	5,8 ± 1,7	2,03	*	6,2 ± 1,6	6,4 ± 1,7	-0,54	ns
6. Zaburzenia somatyzacyjne	7,6 ± 1,8	6,9 ± 1,6	1,62	ns	7,7 ± 1,5	7,8 ± 1,9	-0,19	ns
7. Zaburzenia hipochondryczne	5,7 ± 1,4	5,1 ± 1,4	1,90	ns	5,1 ± 1,9	5,3 ± 1,5	-0,41	ns
8. Neurastenia	4,2 ± 2,1	3,1 ± 1,6	2,83	**	3,4 ± 1,7	4,1 ± 1,9	-1,44	ns
9. Depersonalizacje i derealizacje	7,2 ± 1,3	6,6 ± 1,6	1,59	ns	6,1 ± 1,8	6,1 ± 1,8	-0,09	ns
10. Unikanie i zależność	5,0 ± 1,6	4,7 ± 1,5	0,85	ns	4,8 ± 1,3	5,3 ± 1,4	-1,17	ns

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

11. Impulsywność i histrioniczność	6,6 ± 1,8	6,4 ± 1,7	0,34	ns	7,8 ± 1,6	7,4 ± 1,9	0,70	ns
12. Nieorganiczne zaburzenia snu	5,1 ± 1,5	5,3 ± 1,7	-0,49	ns	5,2 ± 1,6	4,8 ± 2,1	0,70	ns
13. Dysfunkcje seksualne	5,9 ± 2,5	5,3 ± 1,9	1,25	ns	4,8 ± 2,0	5,4 ± 2,3	-0,88	ns
14. Dystymia	4,5 ± 1,6	4,3 ± 1,5	0,53	ns	4,8 ± 1,5	4,8 ± 1,4	-0,03	ns

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

W kolejnym etapie analizy stwierdzono liczne, istotne powiązania pomiędzy wyższymi szansami na poprawę w zakresie MS obecnością poszczególnych objawów. U kobiet były to: poczucie zmniejszenia się szybkości myślenia i bystrości (OR = 7,13; 95% CI: 2,04–25,00;  $p < 0,01$ ) i poczucie pogorszenia się pamięci (OR = 2,86; 95% CI: 1,05–7,81), zaś u mężczyzn: niechęć do podejmowania kontaktów heteroseksualnych (OR = 7,50; 95% CI: 1,59–35,41;  $p < 0,01$ ), częste wybudzanie się w nocy (OR = 4,20; 95% CI: 1,38–12,81), poczucie nieokreślonego zagrożenia (OR = 3,38; 95% CI: 0,99–11,54), odczucie, że inni są nieprzyjaźnie nastawieni (OR = 3,02; 95% CI: 0,99–9,18), co przedstawia tabela 9.

Tabela 9. Objawy nerwicowe (zawarte w Kwestionariuszu objawowym KO"O"), których obecność istotnie wiązała się z większymi szansami redukcji MS w stosunku do szans pacjentów, u których objawy te nie wystąpiły – osobno dla kobiet i mężczyzn

Treść pytania	Szanse na poprawę w zakresie MS (n = 214)									
	Kobiety (n = 134)					Mężczyźni (n = 80)				
	Chi <sup>2</sup> Pearsona	OR	95% CI	p	Chi <sup>2</sup> Pearsona	OR	95% CI	p		
Poczucie zmniejszenia się szybkości myślenia i bystrości	11,75	7,13	2,04	25,00	**	1,15	2,28	0,49	10,64	ns
Poczucie pogorszenia się pamięci	4,46	2,86	1,05	7,81	*	0,01	0,93	0,23	3,76	ns
Niechęć do podejmowania kontaktów heteroseksualnych	4,90	0,33	0,12	0,91	*	8,08	7,50	1,59	35,41	**
Częste wybudzanie się w nocy	1,81	0,42	0,12	1,53	ns	6,88	4,20	1,38	12,81	*
Poczucie nieokreślonego zagrożenia	0,22	0,73	0,20	2,71	ns	4,03	3,38	0,99	11,54	*
Odczucie, że inni są nieprzyjaźnie nastawieni	0,12	0,83	0,28	2,45	ns	3,97	3,02	0,99	9,18	*

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

Ponadto stwierdzono, że występowanie niektórych objawów wiązało się z niższymi szansami pacjentów na osiągnięcie poprawy w zakresie MS – w tej kwestii różnice pomiędzy obiema płciami również były wyraźne. U kobiet były to: zawroty głowy (OR = 0,19; 95% CI: 0,04–0,87), lęk i inne przykre doznania w samotności (OR = 0,17; 95% CI: 0,04–0,77), absorbujące działania mające na celu uniknięcie choroby (OR = 0,19; 95% CI: 0,06–0,61), napady głodu, np. konieczność jedzenia w nocy (OR = 0,19; 95% CI: 0,07–0,56;  $p < 0,01$ ), zawstydzenie i skrępowanie w obecności osób przeciwnej płci (OR = 0,32; 95% CI: 0,11–0,93), niechęć do podejmowania kontaktów heteroseksualnych (OR = 0,33; 95% CI: 0,12–0,91), lęk podczas przebywania w zamkniętych pomieszczeniach (OR = 0,27; 95% CI: 0,10–0,70), zaparcia (OR = 0,37; 95% CI: 0,14–0,99), drżenie kończyn lub całego ciała (OR = 0,32; 95% CI: 0,10–1,01), wybuchy złości nie do opanowania (OR = 0,24; 95% CI: 0,05–1,06), hipersomnia (OR = 0,24; 95% CI: 0,05–1,06), lęk o najbliższych, którym aktualnie nic nie zagraża (OR = 0,23; 95% CI: 0,05–1,02), skurcz zmuszający do stałego skręcania głowy (OR = 0,27; 95% CI: 0,09–0,84), co przedstawia tabela 10.

U mężczyzn prawdopodobieństwo poprawy w zakresie MS było zmniejszone wyłącznie w przypadku dwóch skarg objawowych: bóle w okolicy serca (OR = 0,32; 95% CI: 0,10–1,00) oraz zasłabnięcia w trudnych lub przykrych sytuacjach (OR = 0,30; 95% CI: 0,09–0,97) (tab. 10).

**Tabela 10. Objawy nerwicowe (zawarte w Kwestionariuszu objawowym KO"O"), których obecność istotnie wiązała się z mniejszymi szansami redukcji MS w stosunku do szans pacjentów, u których objawy te nie wystąpiły – osobno dla kobiet i mężczyzn**

Treść pytania	Szanse na poprawę w zakresie MS (n = 214)									
	Kobiety (n = 134)					Mężczyźni (n = 80)				
	Chi <sup>2</sup> Pearsona	OR	95% CI	p	Chi <sup>2</sup> Pearsona	OR	95% CI	p		
Absorbujące działania mające na celu uniknięcie choroby	9,09	0,19	0,06	0,61	**	0,01	0,94	0,32	2,76	ns
Napady głodu, np. konieczność jedzenia w nocy	10,45	0,19	0,07	0,56	**	0,01	0,96	0,34	2,77	ns
Zawroty głowy	5,51	0,19	0,04	0,87	*	2,58	0,41	0,14	1,24	ns
Lęk (i inne przykre doznania) w samotności	6,46	0,17	0,04	0,77	*	0,72	0,61	0,19	1,93	ns
Hipersomnia	4,08	0,24	0,05	1,06	*	0,27	1,34	0,45	3,96	ns
Lęk o najbliższych, którym aktualnie nic nie zagraża	4,35	0,23	0,05	1,02	*	0,10	1,18	0,41	3,42	ns
Skurcz zmuszający do stałego skręcania głowy	5,67	0,27	0,09	0,84	*	0,16	1,33	0,33	5,28	ns
Niechęć do podejmowania kontaktów heteroseksualnych	4,90	0,33	0,12	0,91	*	8,08	7,50	1,59	35,41	**

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Zawstyżenie i skrępowanie w obecności osób przeciwnej płci	4,73	0,32	0,11	0,93	*	2,06	0,44	0,14	1,38	ns
Lęk podczas przebywania w zamkniętych pomieszczeniach	7,87	0,27	0,10	0,70	*	0,86	1,89	0,49	7,36	ns
Zaparcia	4,17	0,37	0,14	0,99	*	0,24	1,33	0,42	4,24	ns
Drżenie kończyn lub całego ciała	4,09	0,32	0,10	1,01	*	1,55	1,95	0,67	5,65	ns
Wybuchy złości nie do opanowania	4,08	0,24	0,05	1,06	*	0,37	0,70	0,22	2,22	ns
Zasłabnięcia zdarzające się w trudnych lub przykrych sytuacjach	0,30	0,76	0,28	2,05	ns	4,32	0,30	0,09	0,97	*
Bóle w okolicy serca	1,15	1,66	0,65	4,24	ns	4,09	0,32	0,10	1,00	*

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

## Dyskusja

Wyniki niniejszego badania wskazują na obecność pośród skarg objawowych zgłaszanych przez pacjentów przed rozpoczęciem cyklu intensywnej psychoterapii integracyjnej z przewagą podejścia psychodynamicznego, wielu zmiennych wiążących się w sposób istotny statystycznie ze stwierdzeniem późniejszej poprawy w zakresie deklarowanych MS. W związku z brakiem grupy kontrolnej dla badanej populacji należy jednak zadać pytanie, czy zaobserwowana poprawa pozwala wnioskować o skuteczności zastosowanej psychoterapii w leczeniu MS. Wobec zaobserwowanej dynamiki rozpowszechnienia i nasilenia MS w badanej populacji (tab. 6 i 7) oraz powszechnego uznawania zastosowanego leczenia psychoterapeutycznego za skuteczną metodę terapii pacjentów z MS, jak i innymi przejawami autoagresji [7–9, 22, 23], wydaje się wysoce prawdopodobne, że uzyskane wyniki, określające szanse na poprawę w zakresie MS u różnych grup pacjentów, obrazują ich zróżnicowaną podatność na zastosowaną terapię.

Zarówno w przypadku objawów wiążących się z większymi szansami na poprawę w zakresie MS, jak i wiążących się z mniejszymi szansami na ową poprawę, uwidoczniło trudne do jednoznacznego wyjaśnienia, znaczne różnice pomiędzy płciami. Częstsze ustępowanie MS cechowało kobiety zgłaszające następujące skargi objawowe: poczucie zmniejszenia się szybkości myślenia i bystrości oraz poczucie pogorszenia się pamięci. Z kolei u mężczyzn wiązało się ono z: niechęcią do podejmowania kontaktów heteroseksualnych, częstszym wybudzaniem się w nocy, poczuciem nieokreślonego zagrożenia oraz odczuciem, że inni są nieprzyjaźnie nastawieni (tab. 9). W świetle powyższych wyników wydaje się, że kierowanie do leczenia psychoterapeutycznego w oddziale dziennym pacjentów z MS cierpiących na zaburzenia nerwicowe, beha-

wioralne i zaburzenia osobowości, którzy równolegle zgłaszają wyżej wymienione dolegliwości, może być szczególnie korzystne. Ich udział w tej formie terapii wiązał się z wysokimi szansami na eliminację MS lub obniżenie ich nasilenia. Nie jest możliwe jednoznaczne wytłumaczenie opisanych ww. powiązań, jakkolwiek należy przypuszczać, iż przynajmniej część z nich obrazuje obszary związane z patogenezą MS, w obrębie których, pod wpływem czynników leczących podczas intensywnej psychoterapii ukierunkowanej w znacznym stopniu na poszerzenie wglądu pacjentów, zachodzą korzystne zmiany [8–11, 25, 26].

Z niższym prawdopodobieństwem redukcji MS istotnie wiązało się wyższe nasilenie trzech grup objawów nerwicowych u kobiet: Objawów obsesyjno-kompulsyjnych, Neurastenii i Zaburzeń autonomicznych (tab. 8). Sugerowało to, iż MS współwystępujące z wyższym nasileniem wymienionych grup objawów u kobiet mogą cechować się mniejszą podatnością na leczenie psychoterapeutyczne. Z kolei u mężczyzn nie natrafiono na istotne zależności pomiędzy prawdopodobieństwem redukcji MS a nasileniem grup objawów nerwicowych.

Poszczególne skargi objawowe związane z niższym prawdopodobieństwem redukcji MS przed zakończeniem psychoterapii różniły się znacząco u kobiet i mężczyzn. U kobiet część spośród skarg wydaje się korespondować z wymienionymi powyżej grupami objawów nerwicowych (w szczególności: zawroty głowy, lęk i inne przykre doznania w samotności, absorbujące działania mające na celu uniknięcie choroby, drżenie kończyn lub całego ciała, lęk o najbliższych, którym aktualnie nie nie zagraża, skurcz zmuszający do stałego skręcania głowy, zaparcia, hipersomnia). Jednak pewna część objawów związanych z mniejszymi szansami na poprawę w zakresie MS u kobiet (napady głodu, np. konieczność jedzenia w nocy, zawstydzenie i skrępowanie w obecności osób przeciwnej płci, niechęć do podejmowania kontaktów heteroseksualnych, lęk podczas przebywania w zamkniętych pomieszczeniach, wybuchy złości nie do opanowania; tab. 10) wydaje się bardziej swoista dla innych jednostek chorobowych, m.in. zaburzeń odżywiania się czy zaburzeń osobowości. Z kolei u mężczyzn podatność MS na leczenie za pomocą psychoterapii wydaje się mniejsza u pacjentów deklarujących bóle w okolicy serca i zasłabnięcia zdarzające się w trudnych lub przykrych sytuacjach (tab. 10). Uzyskane wyniki wskazują na znaczne różnice pomiędzy płciami w zakresie tego, które elementy obrazu psychopatologicznego wiążą się z obecnością MS o mniejszej podatności na psychoterapię. Również w przypadku tych czynników trudne jest precyzyjne określenie natury owych powiązań. Niemniej jednak, wydaje się, że w przypadku współwystępowania tych czynników z MS u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, behawioralnymi i zaburzeniami osobowości, korzyści mogłoby przynieść zogniskowanie oddziaływań leczniczych wokół wyodrębnionych obszarów, ich intensyfikacja lub uwzględnienie metod wykraczających poza te rutynowo stosowane w dziennym oddziale psychoterapeutycznym. Wyróżnienie konkretnych metod leczniczych pomocnych w tych przypadkach w redukcji MS wymaga poszerzenia badań.

Zwraca uwagę fakt, że znaczna część wyróżnionych skarg dotyczyła odczuć lub wyobrażeń cierpienia fizycznego lub umierania, takich jak bóle kojarzone z zawałami serca, omdlenia, obawy przed zachorowaniem na budzące lęk schorzenia czy

poczucie, że osobom bliskim zagraża nieszczęście. Powiązania te wydają się bardziej zrozumiałe w świetle jednej z koncepcji psychodynamicznych autorstwa Menningera [8, 9] pomocnej przy szczegółowej analizie i terapii MS, według której tendencje i MS tworzone są przez trzy składowe: pragnienie odebrania życia sobie lub innym, bycia zabitym oraz śmierci. Przypuszczalnie, występowanie MS w owych przypadkach wraz z innymi objawami mogącymi sygnalizować destrukcyjne impulsy, może świadczyć o obecności patomechanizmów stosunkowo trudniej poddających się terapii ukierunkowanej na wgląd, być może wymagających dłuższego opracowywania.

Zaskakujące okazały się istotne różnice pomiędzy płciami dotyczące postawy niechęci do podejmowania kontaktów heteroseksualnych. Podczas gdy u mężczyzn postawa ta wiązała się z większymi szansami na uzyskanie poprawy w zakresie MS, u kobiet jej wpływ był przeciwny – wiązała się ona z mniejszymi szansami. Wiele prac także akcentuje różnice pomiędzy płciami dotyczące przejawów autoagresji [27, 28], przypisując je między innymi takim czynnikom jak płeć psychologiczna [29]. Jednak z uwagi na odmienności metodologiczne pomiędzy owymi badaniami a niniejszą pracą, wyjaśnienie przyczyn zaobserwowanego zróżnicowania pomiędzy płciami wymaga dalszych badań.

Relatywnie mniejsza skuteczność leczenia MS u pacjentów z wyższym nasileniem pewnych grup objawów może wiązać się z różnymi czynnikami. Na przykład u pacjentek z nasilonymi objawami zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (obsessive-compulsive disorders – OCD) można ją przypisać różnicom dotyczącym etiologii. Większy udział patomechanizmów biologicznych, genetycznych, związanych ze strukturą ośrodkowego układu nerwowego [30, 31], może wiązać się u części pacjentów ze słabszą odpowiedzią na czynniki leczące w toku psychoterapii. Podobne znaczenie może mieć częste współwystępowanie OCD z zaburzeniami depresyjnymi jednobiegunowymi [30, 31]. Można przypuszczać, iż pomimo niekwalifikowania do leczenia w oddziale pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych, spośród badanych z silniejszymi objawami OCD większy udział w etiologii MS mógł mieć komponent endogennej (melancholijny) obniżenia nastroju, w leczeniu którego terapia wglądowa nie odgrywa wiodącej roli. Uzyskane w toku niniejszego badania wyniki, jak i powyższe przypuszczenia w zestawieniu z doniesieniami potwierdzającymi skuteczność leków przeciwdepresyjnych w leczeniu objawów OCD [32, 33] przemawiają za koniecznością zachowania w toku leczenia psychoterapeutycznego szczególnej ostrożności przy ograniczaniu psychofarmakoterapii u pacjentów z wysoce uciążliwymi objawami OCD współwystępującymi z MS.

Szczególnie trudno jest wyjaśnić zależność pomiędzy niższą skutecznością leczenia MS a wyższym nasileniem objawów neurastenii u kobiet, ponieważ dolegliwości typowe dla neurastenii są mało specyficzne i mogą posiadać różnorodne podłoże [33–35]. Przypuszczalnie sam ich charakter, poprzez uporczywy, niekorzystny wpływ na koncentrację uwagi czy gotowość do angażowania się w terapię, mógł utrudniać owym pacjentkom korzystanie z oddziaływań psychoterapeutycznych.

Mniejsze szanse na poprawę w zakresie MS w przypadku pacjentów nerwicowych zgłaszających objawy autonomiczne również trudno jest jednoznacznie wytłumaczyć. Niektórzy badacze opisują towarzyszącą tego rodzaju dolegliwościom niższą zdolność



do psychologizacji, werbalizacji przeżyć wewnętrznych lub towarzyszące im cechy aleksytymii, co może odpowiadać za mniejszą podatność wobec oddziaływań psychoterapeutycznych [9, 36, 37]. Przymuszczalnie, podobne trudności mogą po części odpowiadać za wyraźnie mniejsze szanse na redukcję MS u pacjentek zgłaszających bulimiczne objawy napadów głodu [38, 39]. Niemniej jednak weryfikacja owych hipotez i szczegółowe określenie charakteru i kierunku omawianych powiązań wymaga dalszych badań.

Do ograniczeń niniejszego badania należało niezwyfikowanie trwałości uzyskanej poprawy w zakresie MS. Jest to jednak typowy niedostatek niemal wszystkich badań nad zmianami zachodzącymi podczas psychoterapii prowadzonych w praktyce codziennej – wyniki badań katamnesticznych uzyskiwane są rzadko i dla niewielkiego odsetka byłych pacjentów. Dla właściwej interpretacji wyników niniejszego badania warto zaznaczyć, że objęci nim pacjenci z MS przynajmniej tymczasowo nie byli obciążeni wysokim ryzykiem samobójczym, które uniemożliwiłoby leczenie w oddziale dziennym, jakkolwiek obecność innych przejawów autoagresji, np. samookaleczeń lub historii prób samobójczych, nie należały do rzadkości. Należy również podkreślić, że pytanie Kwestionariusza objawowego KO „O”, na którym niniejsze badanie bazuje, o „chęć odebrania sobie życia” dotyczyło minionych siedmiu dni. Mogło się to wiązać z niewychwyceniem podczas kwalifikacji i badania przed wypisem pacjentów, u których MS ustąpiły jedynie tymczasowo. Co więcej, owo pytanie dotyczyło MS, które cechowały się „uciążliwością”. Należy tu pamiętać, że niektórzy pacjenci, szczególnie cierpiący na poważne zaburzenia osobowości bądź głęboko depresyjni, mogą odbierać MS jako egosyntoniczne. Dla przykładu – MS mogą służyć im do rozładowywania napięć emocjonalnych lub obrazować subiektywnie adekwatne wyjście z sytuacji postrzeganej jako beznadziejna. Między innymi z tego powodu należy zaznaczyć, że zadeklarowanie przez pacjenta w kwestionariuszu obecności uciążliwych MS z pewnością nie jest równoważne z ujawnieniem MS podczas badania psychiatrycznego. Nie bez znaczenia jest także rodzaj zastosowanej metody leczenia czyli psychoterapii psychodynamicznej, niezakładającej ściśle określonego planu oddziaływań obejmującego treść zastosowanych interwencji. Oddziaływania psychoterapeutyczne były w przeważającej części dobierane na bieżąco i w sposób wysoce zindywidualizowany, zatem obserwowane zmiany w przypadku każdego z pacjentów mogły być rezultatem nieco innych oddziaływań ze spektrum interwencji psychoterapeutycznych [12]. W końcu warto zaznaczyć, że niniejsze badanie objęło tylko niektóre z wielu czynników, które mogły wiązać się z prawdopodobieństwem usunięcia MS do dnia wypisu. Między innymi nie badano zależności pomiędzy poprawą w zakresie MS a poszczególnymi diagnozami należącymi do klasyfikacji ICD-10 czy też DSM-IV, koncentrując się na skargach objawowych występujących w zaburzeniach nerwicowych, behawioralnych i zaburzeniach osobowości. Takie podejście autorów wynikało z przekonania o większej trafności stwierdzania obecności objawów w tej grupie pacjentów, aniżeli jednostek nozologicznych o wewnętrznie zróżnicowanym obrazie psychopatologicznym oraz przy częstym współwystępowaniu więcej niż jednego rozpoznania [40].

## Wnioski

1. U pacjentów dziennego oddziału psychoterapeutycznego leczonych za pomocą intensywnej psychoterapii prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego z powodu zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości, podczas analizy ich stanu z okresu kwalifikacji do terapii ujawniono istnienie licznych zmiennych powiązanych w sposób istotny statystycznie z brakiem poprawy w zakresie MS. Wydaje się, że występowanie owych czynników mogło mieć związek z podwyższoną opornością MS wobec oddziaływań psychoterapeutycznych.
2. Najistotniejsze spośród czynników prognostycznych braku poprawy w zakresie MS dotyczyły kobiet. Należało do nich wyższe nasilenie: 1) objawów Obsesyjno-kompulsyjnych, 2) Neurastenii lub 3) Zaburzeń autonomicznych układu krążenia oraz 4) obecność napadów głodu, szczególnie tych powodujących konieczność jedzenia w nocy. Przemawia to za koniecznością zwrócenia szczególnej uwagi na owe wyróżnione podgrupy pacjentek oraz uwydatnia znaczenie starannego doboru stosowanych wobec nich oddziaływań leczniczych.

## Piśmiennictwo

1. Victor SE, Klonsky ED. *Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis*. Clin. Psychol. Rev. 2014; 34(4): 282–297.
2. Anyansi TE, Agyapong VI. *Factors predicting suicidal ideation in the preceding 12 months among patients attending a community psychiatric outpatient clinic*. Int. J. Psychiatry Clin. Pract. 2013; 17(2): 120–124.
3. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Montebovi F, Palermo M, Campi S. i wsp. *Car accidents as a method of suicide: a comprehensive overview*. Forensic Sci. Int. 2012; 223(1–3): 1–9.
4. Hodgins DC, Mansley C, Thygesen K. *Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers*. Am. J. Addict. 2006; 15(4): 303–310.
5. Makara-Studzińska M, Sygit K, Sygit M, Goździewska M, Zubilewicz J, Kryś-Noszczyk K. *Analysis of the phenomenon of attempted suicides in 1978–2010 in Poland, with particular emphasis on rural areas of Lublin Province*. Ann. Agric. Environ. Med. 2012; 19(4): 762–769.
6. Liu RT, Miller I. *Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review*. Clin. Psychol. Rev. 2014; 34(3): 181–192.
7. Fowler JC. *Core principles in treating suicidal patients*. Psychother. (Chic) 2013; 50(3): 268–272.
8. Leenaars AA. *Psychotherapy with suicidal people a person-centred approach*. Chichester, West Sussex; John Wiley & Sons Ltd.; 2004.
9. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
10. Aleksandrowicz J. *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
11. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
12. Rodziński P, Sobański JA, Rutkowski K, Cyranka K, Murzyn A, Dembińska E. i wsp. *Skuteczność terapii na oddziale dziennym leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych w zakresie redukcji nasilenia i eliminacji myśli samobójczych*. Psychiatr. Pol. 2015 (przyjęto do druku).



13. Biskin RS, Paris J. *Management of borderline personality disorder*. CMAJ 2012; 184(17): 1897–1902.
14. Fennig S, Hadas A. *Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders*. Nord. J. Psychiatry 2010; 64(1): 32–39.
15. Franko DL, Keel PK. *Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications*. Clin. Psychol. Rev. 2006; 26(6): 769–782.
16. Pilecki MW, Józefik B, Sałapa K. *The relationship between assessment of family relationships and depression in girls with various types of eating disorders*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 385–395.
17. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D. i wsp. *The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention*. Eur Psychiatry. 2012; 27(2):129-41.
18. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zab. nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(6): 667–676.
19. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 931–943.
20. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. Psychiatr. Psychother. 2011; 7(4): 20–34.
21. Wołodźko T, Kokoszka A. *Próba klasyfikacji osób podejmujących zachowania samobójcze – przegląd badań z zastosowaniem analizy skupień*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 823–834.
22. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(4): 421–430.
23. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E. i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 28-49.
24. 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. [E-pub ahead of print; DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/6].
25. Heitzman J, Furgał M, Pilecki M. *Etiologia, patogeneza i epidemiologia zaburzeń psychicznych*. W: Heitzman J. red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007. s.16–19.
26. Jakubczyk A, Żechowski C, Namysłowska I. *Jadłowstręt psychiczny – różne postacie, różne terapie*. W: Bomba J, Józefik B. red.: *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu?* Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2003. s. 47–53.
27. Angst J, Hengartner MP, Rogers J, Schnyder U, Steinhausen HC, Ajdacic-Gross V. i wsp. *Suicidality in the prospective Zurich study: prevalence, risk factors and gender*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2014; 264(7): 557–565.
28. Blüml V, Kapusta ND, Doering S, Brähler E, Wagner B, Kersting A. *Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population*. PLoS One 2013; 8(10): e76646.
29. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Maniecka M. *Autodestruktywność pośrednia a pleć psychologiczna*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 759–771.
30. Sadock BJ, Kaplan HI. red. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10th ed. Lippincott: Williams & Wilkins; 2007.
31. Citkowska-Kisielewska A, Aleksandrowicz JW. *Obsessive-compulsive disorder – psychopathology and therapy*. Arch. Psychiatr. Psychother. Volume 2005; 7(1): 29–42

32. Jarema M. red. *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne Via Medica; 2011.
33. Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. red. *Psychiatria*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012.
34. Pużyński S, Wciórka J. red. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków, Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPIŃ; 1997.
35. Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. *Neurobiologia zachowań samobójczych*. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45(4): 573–588.
36. Taylor GJ, Bagby RM. *Psychoanalysis and empirical research: the example of alexithymia*. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2013; 61(1): 99–133.
37. Schier K. *Aleksytymia – mechanizm obronny czy cecha osobowości? Nowe perspektywy badawcze*. *Psychoterapia* 2006; 136(1): 5–13.
38. Rizzuto AM. *Transference, language, and affect in the treatment of bulimarexia*. *Int. J. Psychoanal.* 1988; 69(3): 369–387.
39. Janusz B, Józefik B, de Barbaro B. *Koncepcja dialogowego Ja w psychoterapii – założenia teoretyczne*. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46(5): 867–875.
40. Aleksandrowicz, JW. *Czy rzeczywiście nie ma zaburzeń nerwicowych?* *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997; 6: 411–416.

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

Otrzymano: 18.07.2014  
Zrecenzowano: 21.08.2014  
Otrzymano po poprawie: 17.09.2014  
Przyjęto do druku: 2.02.2015

Projekt współfinansowany ze środków  
Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego  
2012-2017