

Lęk–cecha i lęk–stan u pacjentów leczonych intensywną, krótkoterminową psychoterapią grupową z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości

Trait and state anxiety in patients treated with intensive short-term group psychotherapy for neurotic and personality disorders

Michał Mielimąka, Krzysztof Rutkowski, Katarzyna Cyranka,
Jerzy A. Sobański, Edyta Dembińska, Łukasz Müldner-Nieckowski

Katedra Psychoterapii UJ CM

Summary

Aim. The study aimed to determine the severity of trait and state anxiety in patients treated for neurotic and personality disorders with intensive, short-term group psychotherapy and to analyse the change of anxiety intensity in the course of treatment.

Methods. 116 patients (81 females and 35 males) participated in the study. The measurement of anxiety intensity was conducted with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) at the beginning and at the end of treatment.

Results. The majority of patients (69% of the study group) demonstrated a high intensity of state anxiety at the beginning of the treatment with 47.4% being classified as very high. High intensity of trait anxiety was observed in 64.7% of participants (50.9% – very high). RCI (Reliable Change Index) and RCV (Reliable Change Value) indicated a significant change in state anxiety intensity in 62.1% of participants (48.3% – significant decrease, 13.8% increase). At the end of treatment more than a half of patients manifested medium and low intensity of both trait and state anxiety.

Conclusions. At the beginning of psychotherapy the majority of patients demonstrated high intensity of both trait and state anxiety. In the course of therapy a considerable reduction of intensity of trait and state anxiety is observed. Significant deterioration in trait anxiety is observed in one out of every thirteen treated patients. Polish adaptation of STAI questionnaire is a useful tool for monitoring effectiveness of psychotherapy and may be successfully applied for screening and detailed diagnosis of neurotic and personality disorders.

Słowa kluczowe: lęk, skuteczność psychoterapii, zaburzenia nerwicowe

Key words: anxiety, psychotherapy effectiveness, neurotic disorders

Wstęp

Lęk to stan emocjonalny związany z antycypacją niebezpieczeństwa nadchodzącego z zewnątrz lub pochodzącego z wewnątrz organizmu, któremu towarzyszy wiele objawów pobudzenia psychicznego, ruchowego i autonomicznego [1]. W odróżnieniu od strachu, owa antycypacja jest procesem wewnętrznym, niezwiązanym z bezpośrednim zagrożeniem [2], towarzyszą jej poznawcze wyobrażenia związane z przeżywaniem niebezpieczeństwa [3]. Ewolucyjnie lęk jako sygnał zagrożenia umożliwiał adaptację do zmian w środowisku i motywował do podejmowania działań ochronnych, umożliwiających przeżycie [4]. W szerszym rozumieniu lęk jest pojęciem wykraczającym poza zakres fizjologii i psychopatologii, a jego obecność w życiu ludzi przekracza granice kultur, społeczeństw, języków i okresów historycznych [5].

Istotną rolę w konceptualizacji pojęcia lęku odegrała psychoanaliza. Freud uważał, że lęk jest spowodowany stłumieniem libido przez superego [6]. Zdaniem Horney [7] lęk podstawowy związany jest z konfrontacją ze światem zewnętrznym, a ściślej mówiąc – z obawą przed negatywną oceną ze strony otoczenia, brakiem akceptacji, wrogimi reakcjami. Nieskuteczność mechanizmów obronnych osobowości nastawionych na zaspokojenie potrzeby akceptacji jest źródłem lęku wtórnego. Rogers [8] wiązał lęk z nieprawidłowym obrazem siebie i rozbieżnością między wizją siebie idealnego a stanem rzeczywistym. Dollard i Miller wyraźnie różnicują pojęcie strachu i lęku. Według ich koncepcji lękiem jest strach, którego źródło jest niejasne lub „zaciemnione przez wyparcie”. Podkreślając fizjologiczne i neurologiczne podłoże lęku, opisują go w kategoriach reakcji bezwarunkowej, podlegającej prawom uczenia się [9]. W egzystencjalnej koncepcji lęku przyrodzona człowiekowi świadomość własnej podmiotowości i relacyjności stawia jednostkę w obliczu konieczności ciągłego dokonywania wyborów [10]. Owa konieczność generuje lęk przed rezygnacją z własnej autentyczności. Niektóre teorie, np. Izarda [11], większy nacisk kładą na zaburzenia emocji, podczas gdy inne, np. Epsteina [12], bardziej zajmują się przejawami psychofizjologicznymi lęku.

Koncepcję lęku jako syndromu obejmującego zmiany fizjologiczne, reakcje ekspresyjne, subiektywne poczucie zagrożenia, niepokój i napięcie oraz werbalizację odczuć przedstawili Lazarus i Averill [13] w ramach teorii emocji. Kępiński definiował lęk jako sygnał ostrzegający przed chaosem, entropią panującą w przyrodzie nieożywionej, sygnał przed utratą własnej indywidualności na rzecz bezwzględnych praw przyrody nieożywionej. Jego zdaniem lęk tkwi w istocie życia, wynika z jego przeciwstawienia się prawom przyrody nieożywionej, jest zjawiskiem powszechnym, przybierającym różne formy zależnie od stopnia ewolucji [14]. Poznawcze koncepcje psychopatologii łączą podatność na reagowanie lękiem z tendencyjnością funkcjonowania uwagi w kierunku zagrożenia oraz spostrzeganiem sytuacji, bodźców czy zdarzeń niejednoznacznych jako zagrażających [15, 16].

Doniesienia z badań wskazują na związek zaburzeń lękowych z poziomem hormonów, między innymi kortyzolu [17], estradiolu czy testosteronu [18]. Neurofizjologia wiąże zaburzenia przetwarzania emocji z nieprawidłowościami w sieci połączeń kory przedczołowej z ciałem migdałowatym, co przyczynia się do reagowania lękiem,

a z czasem do rozwoju i utrzymywania się zaburzeń lękowych [19]. Badania wskazują także na związek lęku ze zmianami w aktywności części przedczołowej mózgu, w tym w bocznej części kory przedczołowej i przednim zakręcie kory obręczy w procesach koncentracji i interpretacji [20–22]. Badania spoczynkowe fMRI wykazały, że pacjenci cierpiący na fobię społeczną mają w znaczącym stopniu zmniejszoną łączność funkcjonalną między lewym ciałem migdałowatym a przyśrodkową korą oczodołową [22]. Niezwykle istotne są także aktualnie prowadzone badania epigenetyczne zaburzeń psychicznych, uwzględniające także komponentę lękową. Dmitrzak-Węglarz i Hauser [23] zauważają, iż niedobór białka MeCP2 biorącego udział w inaktywacji metylowanej chromatyny przez rekrutację kompleksu deacetylazy histonowej zwiększa poziom lęku, natomiast jego zwiększona ekspresja skutkuje pobudzeniem plastyczności synaptycznej w hipokampie.

Mówiąc o psychopatologii lęku należy dokonać rozróżnienia między lękiem jako chwilowym, przemijającym stanem emocjonalnym (lęk jako stan, ang. state-anxiety) oraz lękiem rozumianym jako utrzymująca się, trwała cecha osobowości, wyrażona gotowością do reagowania w pewnych sytuacjach stanem lęku (lęk jako cecha, ang. trait-anxiety) [24]. Lęk rozumiany jako stan jest pojęciem kategorialnym – w tej postaci rozpatrywany jest tradycyjnie w psychopatologii i ujmowany w klasyfikacjach psychiatrycznych (ICD-10 [25], DSM-5 [26]). Wciórka [5] podkreśla, iż psychopatologiczny kontekst lęku w zespole klinicznym jest określony obecnością innych objawów. Udział objawów decyduje o tym, czy dany zespół kliniczny kategoryzowany jest jako lękowy, w którym lęk stanowi objaw wyłączny lub dominujący (np. zespół lęku uogólnionego – GAD), czy też nadaje się mu pewną odrębność diagnostyczno-kliniczną, mimo istotnej komponenty lęku w patogenezie (np. fobie, zaburzenia somatyzacyjne, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne) lub poprzestaje się jedynie na odnotowaniu istotnej współobecności lęku (jak np. w ostrej reakcji na stres z objawami lękowymi) albo też pomija się w nazwie lęk jako zjawisko klinicznie, występujące jako drugoplanowe (jak np. w depresji endogennej czy schizofrenii) [5].

Manifestacje zaburzeń nerwicowych mogą przyjmować bardzo zróżnicowany obraz, jednak zarówno koncepcje etiopatologiczne, jak i doniesienia z badań sugerują, że u ich podłoża leżą psychopatologiczne mechanizmy przeżywania lęku [27]. Mimo tej powszechnej wiedzy wciąż istnieje deficyt w zakresie badań opisujących zmiany w poziomie lęku zachodzące w wyniku intensywnej psychoterapii pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, zwłaszcza z rozróżnieniem lęku jako stanu i jako cechy. W tym kontekście pojawia się także istotne pytanie dotyczące dynamiki lęku u pacjentów z zaburzeniami osobowości oraz z zaburzeniami osobowości ze współtowarzyszącymi zaburzeniami nerwicowymi. Próba odpowiedzi na te pytania są badania skuteczności psychoterapii zapoczątkowane w Polsce przez Czabałę i wsp. [27–29] i Aleksandrowicza i wsp. [30], oparte m.in. na koncepcji osobowości nerwicowej, a kontynuowane i rozwijane przez Sobańskiego i wsp. [31], Styłę [32], Mielimąkę i wsp. [33] oraz Cyrankę i wsp. [34].

Znacząca liczba popularnych skal szacujących nasilenie lęku dla potrzeb klinicznych odnosi się do pomiaru lęku jako stanu (np. skala Hamiltona) [5]. Lęk jako cecha jest pojęciem dymensjonalnym, odnoszącym się do wymiarów osobowości, i jako taki

może być badany za pomocą kwestionariuszy osobowościowych, np. kwestionariusza MMPI-2 czy kwestionariusza Eysencka [5, 34].

Narzędziem o sprawdzonych właściwościach psychometrycznych, umożliwiającym pomiar zarówno lęku jako stanu, jak i jako cechy, jest kwestionariusz Spielberga, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [35], dostępny także w polskiej adaptacji [36]. Kwestionariusz opiera się na teorii, zgodnie z którą lęk–stan rozumiany jest jako „subiektywne, świadomie postrzegane uczucia obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego” i cechuje się dużą zmiennością pod wpływem oddziaływania różnego rodzaju czynników zagrażających, zaś lęk–cecha jako „motyw lub nabyta dyspozycja behawioralna, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa” [35, s. 36]. Ponieważ niewiele jest publikacji poświęconych szczegółowej analizie lęku w populacji pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości, bardzo nieliczne są też publikacje dotyczące zmian w jego nasileniu w wyniku intensywnej psychoterapii grupowej, nie tylko w literaturze polskiej, ale też międzynarodowej, zdecydowano się na przeprowadzenie niniejszego badania.

Cel

Celem niniejszego badania było określenie nasilenia lęku jako cechy oraz lęku jako stanu u pacjentów leczonych intensywną, krótkoterminową psychoterapią grupową z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości. Ponadto dokonano analizy różnic nasilenia lęku (zarówno jako cechy, jak i jako stanu) zmierzonych na początku i na końcu terapii.

Hipotezy

1. U większości pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości nasilenie lęku–cechy na początku terapii jest znacząco wyższe od obserwowanego typowo w populacji ogólnej.
2. Nasilenie lęku–cechy w toku psychoterapii istotnie obniża się u większości leczonych pacjentów.
3. Na początku psychoterapii nasilenie lęku–stanu zmierzone u pacjentów w warunkach bezpiecznych jest wysokie, a w pomiarze na końcu terapii istotnie niższe.
4. Zastosowanie kwestionariusza STAI pozwala na poszerzenie diagnostyki przesiewowej oraz jest użyteczne w procesie oceny skuteczności psychoterapii pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości.

Material i metody

Grupa badana

Grupę badanych stanowili wszyscy pacjenci zakwalifikowani do terapii na Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic i Zaburzeń Behawioralnych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w okresie od lutego do września 2014 roku. Wszystkie osoby wyraziły dobrowolną i świadomą zgodę na udział w badaniu, które uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej UJ CM nr KBET/26/B/2013. Do analiz statystycznych włączono dane uzyskane od 116 pacjentów, co stanowi 80% wszystkich osób leczonych w okresie przeprowadzania badania. Spośród 29 osób, które nie zostały uwzględnione w analizach, 13 osób (9%) przedwcześnie przerwało leczenie (drop-out), natomiast u 16 osób (11%) stwierdzono istotne braki danych uniemożliwiające włączenie do analiz statystycznych.

Kryteria włączenia obejmowały: rozpoznanie zaburzenia nerwicowego lub osobowości (F40–F48, F60.X, F61 wg ICD-10), pozostawanie w leczeniu przez okres 10–14 tygodni.

Do kryteriów wykluczających zaliczono: przedwczesne zakończenie leczenia (drop-out), rozpoznanie ostrej reakcji na stres (F43.0) lub zaburzenia stresowego porurazowego (F43.1), stwierdzenie podłoża somatycznego zgłaszanych przez pacjenta objawów, rozpoznanie zaburzeń psychotycznych lub organicznych chorób OUN.

Na etapie kwalifikacji pacjentów do terapii przeprowadzono dwukrotnie badanie psychiatryczne oraz badanie psychologiczne [33, 34]. Na podstawie danych uzyskanych z badań, poszerzonych o wyniki testów diagnostycznych (Kwestionariusza Objawowego „O”, Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006, kwestionariusza MMPI-2), rozpoznano zaburzenia zgodnie z kryteriami ICD-10.

W grupie badanej 69,8% stanowiły kobiety (81 osób), 30,2% mężczyźni (35 osób). Średnia wieku wynosiła 30 lat (min. 19; maks. 59), przy czym 50% badanych osób w momencie diagnozowania znajdowało się w przedziale wiekowym od 20 do 29 lat, zaś 88% było w wieku od 20 do 39 lat.

U 45 pacjentów w grupie badanej (38,8%) zdiagnozowano w trakcie postępowania kwalifikacyjnego do leczenia zaburzenia nerwicowe (F40–F48) jako rozpoznanie podstawowe: z grupy F40 (zaburzenia lękowe pod postacią fobii) i F41 (inne zaburzenia lękowe) – 33 osoby (28,4% badanej grupy), F43.2 (zaburzenia adaptacyjne) – 5 osób (4,3%), F45 (zaburzenia występujące pod postacią somatyczną) – 3 osoby (2,6%), F42 (zaburzenia obsesyjno-kompulsywne) – 2 osoby (1,7%), F48 (inne zaburzenia nerwicowe) – 2 osoby (1,7%). Zaburzenia osobowości rozpoznano u 71 badanych osób, co stanowiło 61,2% badanych – u 39 osób (33,6%) rozpoznano inne zaburzenia osobowości (F60.8), u 23 osób (19,8%) zaburzenia osobowości bliżej nieokreślone (F60.9) lub zaburzenia osobowości mieszane (F61), u 9 (7,8%) – specyficzne zaburzenia osobowości (F60.0–F60.7).

Każda osoba włączona do grupy badanej uczestniczyła w intensywnej psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej. Psychoterapia (zarówno grupowa, jak i indywidualna) prowadzona była w nurcie integrującym elementy teorii psychodynamicznej oraz poznawczo-behawioralnej i obejmowała łącznie od 140 do

190 godzin zegarowych oddziaływań psychoterapeutycznych. Szczegółowy opis terapii oraz modelu leczenia nerwic na oddziale dziennym znaleźć można we wcześniejszych publikacjach [33, 34, 37].

Metody

Pomiaru nasilenia lęku jako cechy i jako stanu dokonano przy użyciu Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (polskiej adaptacji znanego i szeroko stosowanego w badaniach dotyczących lęku kwestionariusza STAI opracowanego przez C.D. Spielbergera). Badane zmienne (lęk jako stan – X1 oraz lęk jako cecha – X2) mierzono dwukrotnie: na początku leczenia psychoterapią (nie później niż w drugim tygodniu leczenia) oraz na końcu (w ostatnim tygodniu terapii). Uzyskane wartości poddano analizie statystycznej z zastosowaniem odpowiednio dobranych metod. Ze względu na niezgodność rozkładu uzyskanych w pomiarach wartości z rozkładem normalnym dla pomiarów zależnych zastosowano test Wilcoxona, dla pomiarów niezależnych – test U Manna–Whitneya. Za miarę tendencji centralnej oraz rozproszenia rozkładu przyjęto odpowiednio medianę oraz rozstęp. W dalszych krokach analizy uzyskane wartości surowe wyrażono na skali stenowej, odnosząc się do wyników badań normalizacyjnych przeprowadzonych w 2000 roku przez Pracownię Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, dotyczących polskiej populacji osób dorosłych w wieku od 21 do 79 lat. Pozwoliło to zestawić nasilenie lęku–cechy i lęku–stanu stwierdzone w grupie badanej z zaobserwowanym w populacji ogólnej. Polska wersja STAI, podobnie jak oryginalne narzędzie, cechuje się satysfakcjonującymi właściwościami psychometrycznymi [36].

Istotność zmian nasilenia lęku w toku psychoterapii oceniano z zastosowaniem modelu zaproponowanego przez Jacobsona [38] oraz Styłę [32]. Dla każdej pary pomiarów pre-post obliczono współczynnik RCI (Reliable Change Index), z uwzględnieniem różnic w grupach wyodrębnionych w badaniach normalizacyjnych ze względu na wiek i płeć. Zgodnie z postulatami Jacobsona za istotne uznano zmiany wartości lęku–cechy i lęku–stanu, dla których współczynnik RCI wynosił co najmniej 1,96 [38]. W celu większej przejrzystości prezentowanych wyników obliczono dla wyodrębnionych w badaniach normalizacyjnych względem wieku i płci grup wartości RCV (Reliable Change Value). Zmiany mierzonej zmiennej można uznać za istotne (wynikające z czynników innych niż błędy pomiaru związane z konstrukcją narzędzia, dla $p = 0,05$), jeżeli wielkość zmiany przekracza wartość RCV. Poniżej przedstawiono równania, którymi posłużono się do obliczenia RCI oraz RCV.

Wyniki

Zarówno poziom lęku–stanu, jak i lęku–cechy zmierzone na początku leczenia u większości pacjentów w badanej grupie były wysokie.

U 69% badanych nasilenie lęku–stanu na początku leczenia mieściło się w zakresie od 8 do 10 stena, z czego u 47,4% badanych stwierdzono nasilenie lęku–stanu w zakresie 9 i 10 stena. Zatem u większości pacjentów nasilenie lęku–stanu na początku leczenia jest co najmniej wysokie, a u prawie co drugiego leczonego bardzo wysokie.

Nasilenie lęku-stanu na początku leczenia można dodatkowo zobrazować za pomocą mediany wartości centylowych, wynoszącej 91,5. Oznacza to, iż połowa pacjentów na początku leczenia cechuje się nasileniem lęku-stanu charakterystycznym dla 8,5% osób o najwyższym poziomie lęku w populacji ogólnej. W pomiarze na początku leczenia jedynie u jednej osoby stwierdzono nasilenie lęku jako stanu na poziomie niskim (w obrębie pierwszego stena). Wyniki w obrębie stenów od 4 do 7 uzyskało 30,2% pacjentów, w tym w obrębie stena 7: 17,2%, a stenów 4 i 5: 4,6% pacjentów. Podsumowując wyniki pomiarów nasilenia lęku-stanu na początku leczenia stwierdzono, iż w obrębie stenów od 1 do 6 zawierają się wyniki jedynie 13,8% leczonych osób (16 pacjentów), natomiast wyniki w obrębie stenów od 7 do 10 uzyskało aż 86,2% (100 pacjentów). Podstawowe wartości opisujące wyniki pomiarów lęku-stanu przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Lęk-stan – wyniki pomiarów przeprowadzonych na początku i na końcu leczenia (N = 116)

| X1 | Wyniki surowe | | Percentyle | | Steny | |
|----------------|---------------|-------|------------|------|-------|----|
| | P | K | P | K | P | K |
| Min. | 26 | 22 | 8 | 0 | 3 | 1 |
| Q ₁ | 44 | 36 | 83 | 53 | 7 | 5 |
| Mediana | 50,5 | 44 | 91,5 | 79,5 | 8 | 7 |
| Q ₃ | 60 | 52 | 98 | 93 | 10 | 9 |
| Maks. | 74 | 72 | 100 | 100 | 10 | 10 |
| Rq | 16 | 16 | 15 | 40 | 3 | 4 |
| Moda | W | W | 100 | 100 | 10 | W |
| Średnia | 51,6 | 45,2 | | | | |
| SD | 9,90 | 11,19 | | | | |

X1 – lęk-stan, P – początek leczenia, K – koniec leczenia, Q₁ – kwartył dolny, Q₃ – kwartył górny, Rq – rozstęp kwartyłowy, SD – odchylenie standardowe

Zmierzone nasilenie lęku jako cechy na początku leczenia było wysokie u większości pacjentów. U 64,7% badanych nasilenie to mieściło się w zakresie od 8. do 10. stena, z czego u 50,9% badanych w zakresie 9. i 10. stena. Zaobserwować zatem można, iż u większości pacjentów nasilenie lęku-cechy na początku leczenia jest co najmniej wysokie, a u co drugiego leczonego bardzo wysokie. Odnosząc się do pierwszego kwartyła wartości centylowych, należy oczekiwać, iż u 3/4 leczonych pacjentów poziom nasilenia lęku-cechy jest wyższy niż u 83% osób w populacji ogólnej. Na początku leczenia jedynie u jednej osoby stwierdzono nasilenie lęku-cechy na poziomie niskim (w obrębie 1 stena). Wyniki w obrębie stenów od 4. do 7. uzyskało 34,4% pacjentów, w tym w obrębie stena 7: 20,7%, a stenów 4 i 5: 5,2% pacjentów. Podsumowując wyniki pomiarów nasilenia lęku jako cechy na początku leczenia stwierdzono, iż w obrębie stenów od 1. do 6. zawierają się wyniki jedynie 14,7% leczonych osób (17 pacjentów), natomiast wyniki w obrębie stenów od 7.

do 10. uzyskało aż 85,3% (99 pacjentów). Podstawowe wartości opisujące wyniki pomiarów lęku–cechy przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Lęk–cecha – wyniki pomiarów przeprowadzonych na początku i na końcu leczenia (N = 116)

| X2 | Wyniki surowe | | Percentyle | | Steny | |
|----------------|---------------|-------|------------|------|-------|----|
| | P | K | P | K | P | K |
| Min. | 27 | 26 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Q ₁ | 50 | 41 | 78 | 48 | 7 | 5 |
| Mediana | 54,5 | 49 | 94 | 77,5 | 9 | 7 |
| Q ₃ | 61 | 57 | 98 | 95,5 | 10 | 9 |
| Maks. | 73 | 71 | 100 | 100 | 10 | 10 |
| Rq | 11 | 16 | 20 | 47,5 | 3 | 4 |
| Moda | 54 | 51 | 98 | 98 | 10 | 7 |
| Średnia | 54,64 | 48,75 | | | | |
| SD | 8,31 | 10,34 | | | | |

X2– lęk–cecha, P – początek leczenia, K – koniec leczenia, Q₁ – kwartył dolny, Q₃ – kwartył górny, Rq – rozstęp kwartyłowy, SD – odchylenie standardowe

W pomiarach przeprowadzonych na końcu leczenia stwierdzono, iż u niespełna połowy badanych osób zarówno poziom lęku jako stanu, jak i lęku jako cechy mieści się w obszarze wartości średnich i niskich (od 1. do 6. stena).

Nasilenie lęku jako stanu w pomiarze na końcu leczenia w obrębie od 8. do 10. stena stwierdzono u 44% badanych, w tym w obrębie stenów 9 i 10 (wartości bardzo wysokie) u 27,6%. Wyniki w obrębie stenów od 1. do 3. stwierdzono u 8,6% grupy badanej, natomiast w obrębie stenów od 4. do 7. u 47,4% badanych.

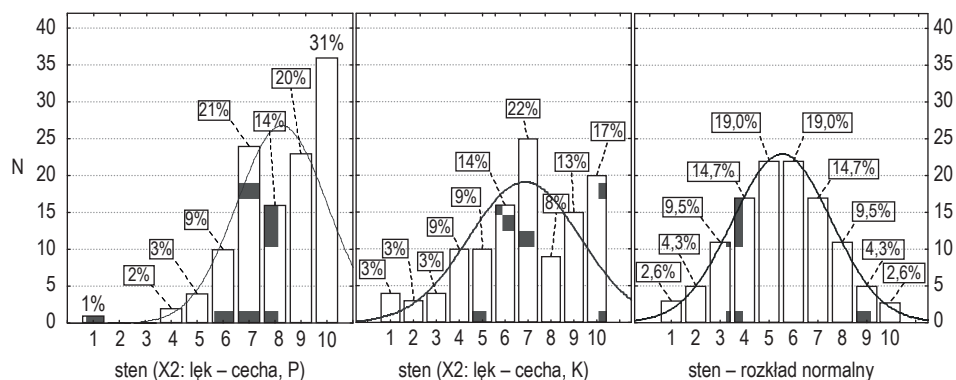
Wysokie nasilenie lęku–cechy w pomiarze na końcu leczenia (w obrębie stenów od 8. do 10.) stwierdzono u 37,9% badanych, w tym w obrębie stenów 9 i 10 (wartości bardzo wysokie) u 30,2%. Niskie nasilenie lęku–cechy (w obrębie stenów od 1. do 3.) stwierdzono u 9,5% badanych, natomiast w obrębie stenów od 4. do 7. u 52,6%.

Porównując pomiary przeprowadzone na początku i na końcu leczenia stwierdza się istotne statystycznie różnice w poziomie nasilenia lęku–stanu i lęku–cechy.

Niskie nasilenie lęku–stanu (w obrębie stenów od 1 do 3) stwierdzono na początku leczenia u jednej osoby, na końcu leczenia u 8,6% (10 osób), średnie nasilenie lęku–stanu (w obrębie stenów od 4 do 7) odpowiednio u 30,2% (35 osób) i 47,4% (55 osób), wysokie nasilenie lęku–stanu (w obrębie stenów od 8 do 10), odpowiednio u: 69% (80 osób) i 44% (51 osób). Różnice w nasileniu lęku jako stanu są istotne statystycznie ($p = 0,05$).

Szczegółowe porównanie wyników pomiarów zmiennej lęku–cecha wskazuje, iż w zakresie wartości niskich na początku terapii mieściła się jedna osoba, natomiast w pomiarze na końcu terapii 9,5% badanej grupy (11 osób; wzrost odsetka wartości niskich o 8,6%). W obrębie wartości średnich zawierało się na początku terapii 34,5%

(40 osób), na końcu leczenia 52,6% (61 osób; wzrost odsetka wartości średnich o 18,1%). Nasilenie łęk-cechy na poziomie wysokim (w obrębie stenów od 8 do 10) stwierdzono w pomiarze na początku terapii u 64,7% badanych (75 osób), w pomiarze na końcu terapii u 37,9% (44 osób, spadek odsetka wartości wysokich o 26,8%). Dolny kwartyl wartości centylowych wyników pomiaru łęk-cechy obniżył się z 78 w pomiarze na początku leczenia (mediana 94) do 48,5 (mediana 77,5). Stwierdzone różnice w nasileniu łęk-cechy są istotne statystycznie (dla $p = 0,05$). Analizując wielkość zaobserwowanych zmian, u 45,7% badanych (53 osób) stwierdzono zmniejszenie nasilenia łęk-cechy o co najmniej dwa steny, natomiast u 29,3% badanych (34 osób) o co najmniej trzy steny. Wzrost nasilenia łęk-cechy o co najmniej dwa steny stwierdzono u 11,2% badanych (13 osób), natomiast o co najmniej trzy steny jedynie u 5,2% (sześć osób). Analizując całościowo, stwierdzono, iż rozkład wartości nasilenia łęk-cechy w pomiarach przeprowadzonych na końcu leczenia zbliżył się znacznie do wartości charakterystycznych dla populacji ogólnej. Odsetek wartości niskich w populacji ogólnej wynosi zgodnie z rozkładem normalnym 16%, wartości średnich – 68%, wartości wysokich – 16%. W pomiarach na końcu terapii stwierdzono odpowiednio: 9,5%, 52,6% oraz 37,9%. Wciąż zatem populacja pacjentów na końcu terapii różni się od populacji ogólnej pod względem nasilenia łęk-cechy, jednak stwierdzane różnice są istotnie mniejsze w porównaniu z rozkładem wyników pomiarów przeprowadzonych na początku leczenia, co ilustruje wykres 1.



Wykres 1. Zmiany nasilenia łęk-cechy w toku psychoterapii (N = 116)

P – początek leczenia, K – koniec leczenia

Wartości RCV obliczone dla grup wyodrębnionych w badaniach normalizacyjnych względem wieku i płci przedstawia tabela 3. Stosując metodę zaproponowaną przez Jacobsona, na podstawie obliczonych wartości RCI oraz RCV dla $p = 0,05$, istotną zmianę w nasileniu łęk-cechy odnotowano u 44% badanych (51 osób), w tym u 36,2% (42 osób) stwierdzono poprawę, a u 7,8% (dziewięciu osób) pogorszenie. Wykonując podobne obliczenia dla skali łęk-stan istotną zmianę odnotowano u 62% badanych (72

osób), w tym u 48,3% (56 osób) stwierdzono istotne obniżenie, a u 13,8% (16 osób) zwiększenie nasilenia lęku–stanu.

Tabela 3. Wartości RCV obliczone z uwzględnieniem wieku i płci zastosowane do analizy zmian wartości surowych skal lęku–stan (X1) i lęku–cecha (X2) mierzonych kwestionariuszem STAI

| Przedział wiekowy | Płeć | | | |
|-------------------|---------|------|-----------|-------|
| | Kobiety | | Mężczyźni | |
| | X1 | X2 | X1 | X2 |
| 21–40 | 7,69 | 8,65 | 7,95 | 8,30 |
| 41–54 | 8,66 | 8,57 | 7,48 | 8,96 |
| 55–69 | 8,29 | 9,88 | 8,32 | 9,11 |
| 70–79 | 8,97 | 10,1 | 8,92 | 10,00 |

X1 – lęku–stan, X2 – lęku–cecha

Podsumowując analizę porównawczą badanej zmiennej lęku–cecha z pomiarów na początku i na końcu terapii stwierdza się, iż co trzeci pacjent w toku terapii doświadcza istotnej redukcji nasilenia lęku–cechy, natomiast istotne pogorszenie obserwuje się u co trzynastego leczonego pacjenta. Nasilenie lęku–cechy w obrębie stenów od 1 do 7 w pomiarze na początku leczenia obserwuje się u 35,3% badanych, na końcu leczenia u 62,1% badanych. Wysokie nasilenie lęku–cechy stwierdza się odpowiednio u 64,7% badanych na początku leczenia oraz 37,9% na końcu psychoterapii.

Dyskusja

Zmiany w przeżywaniu zachodzące w toku psychoterapii stanowiły przedmiot zainteresowania wielu badaczy. Skupiano się najczęściej na ocenie zmian w nasileniu objawów oraz na wielowymiarowej, całościowej analizie funkcjonowania osobowości [31, 33, 34, 39, 40]. Nieliczne badania odnosiły się do zmian zachodzących w toku intensywnej, krótkoterminowej psychoterapii grupowej w konkretnych, wybranych obszarach funkcjonowania osobowości [41–43]. Ze względu na postulowane w literaturze znaczne rozpowszechnienie lęku wśród pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych [44] w niniejszym badaniu poddano analizie nasilenie lęku u pacjentów leczonych psychoterapią grupową z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości. Otrzymane wyniki wskazują, iż u połowy osób rozpoczynających leczenie nasilenie lęku jest bardzo wysokie, co odnosi się zarówno do lęku ujmowanego jako chwilowy stan, jak i lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości. Co ciekawe, rozpoznanie kliniczne zaburzenia nie różnicuje pacjentów pod względem nasilenia lęku–cechy i lęku–stanu. Wyniki uzyskane w badanej grupie stanowią przesłankę do uznania, iż lęk jest fenomenem występującym ze znacznym nasileniem w różnych zaburzeniach nerwicowych, jak również w zaburzeniach osobowości (F60.8, F60.9 oraz F61). W literaturze nie znaleziono badań rozpowszechnienia lęku–cechy i lęku–stanu w grupach pacjentów cierpiących na zaburzenia nerwicowe i osobowości.

Dotychczas niewiele uwagi badaczy zostało poświęcone analizie zmian nasilenia lęku-stanu i lęku-cechy w toku psychoterapii. Nieliczne publikacje wskazują na skuteczność psychoterapii indywidualnej w redukcji nasilenia lęku-cechy. W latach 90. przeprowadzono kilka badań w grupach o małej liczebności, poświęconych analizie zmian nasilenia lęku w toku psychoterapii prowadzonej głównie w nurcie poznawczo-behawioralnym [45]. Autorzy metaanalizy tych badań wykazali, iż w toku psychoterapii nasilenie lęku-cechy ulega istotnemu zmniejszeniu u 40% leczonych pacjentów. Co ciekawe, w psychoterapiach grupowych korzyści osiągało jedynie ok. 20% pacjentów, a w psychoterapii prowadzonej w nurcie psychoanalitycznym – 9%. W niniejszym badaniu stwierdzono, iż w toku intensywnej psychoterapii grupowej, prowadzonej w nurcie integracyjnym (psychodynamicznym z elementami poznawczo-behawioralnymi [33]), obserwuje się istotną redukcję nasilenia lęku-cechy u 36,2% badanych. Rezultaty niniejszego badania stanowią cenne uzupełnienie wiedzy, wskazując, iż w toku zastosowanej psychoterapii grupowej dochodzi do zmniejszenia nasilenia w zakresie lęku-cechy u odsetka pacjentów znacznie przekraczającego obserwowany w krótkoterminowych terapiach grupowych prowadzonych w nurcie poznawczo-behawioralnym oraz w krótkoterminowych psychoterapiach prowadzonych w nurcie psychoanalitycznym i behawioralnym [45].

Wyniki niniejszego badania wskazują, iż w trakcie trzech miesięcy intensywnej psychoterapii grupowej dochodzi do korzystnych zmian w funkcjonowaniu osobowości w zakresie tendencji do reagowania lękiem. Przeprowadzony na początku terapii w warunkach obiektywnie bezpiecznych pomiar lęku-stanu wykazał nasilenie lęku porównywalne do stwierdzanego u osób zdrowych, znajdujących się w rozmaitych stanach obiektywnego zagrożenia [46, 47]. Co więcej, zmierzony poziom lęku był porównywalny z zaobserwowanym przez Rutkowskiego w badaniach pacjentów z rozpoznaniem PTSD, powstałym w związku z prześladowaniami ze względów politycznych [48, 49]. Natomiast w pomiarze na końcu terapii, przeprowadzonym również w warunkach bezpiecznych, u większości pacjentów w badanej grupie stwierdzono nasilenie lęku-stanu adekwatne do sytuacji badania. Można zatem uznać, iż w toku psychoterapii funkcjonowanie osobowości w zakresie tendencji do reagowania lękiem zmienia się w sposób czyniący tę odpowiedź bardziej adekwatną do sytuacji.

Rezultaty opisanego badania potwierdzają także znane z innych polskich publikacji wnioski dotyczące skuteczności intensywnej psychoterapii grupowej zarówno w redukcji objawów nerwicowych, jak i zmian funkcjonowania osobowości [31, 33, 43, 50, 51]. Postulowana przez badaczy nie tylko konieczność adekwatnej diagnostyki, ale także monitorowania zmian zachodzących w toku psychoterapii, jest możliwa z zastosowaniem odpowiednio dobranych narzędzi. Kwestionariusze osobowości (np. MMPI-2 [34]), korzystne z punktu widzenia zakresu analizowanych obszarów, są często czasochłonne w wypełnianiu i wymagają długiego procesu obliczania i interpretacji wyników. Zastosowane w niniejszym badaniu narzędzie pozwala na szybki i precyzyjny pomiar nasilenia lęku będącego wskaźnikiem obecności zaburzeń psychicznych na etapie diagnostyki. Może również służyć do oceny zmian zachodzących w leczeniu bez nadmiernego obciążania pacjenta czasochłonnymi procedurami. Wyniki wskazują

również, iż kwestionariusz STAI byłby dobrym uzupełnieniem Kwestionariusza Objawowego „O” [52] w diagnostyce przesiewowej zaburzeń nerwicowych i osobowości.

Niniejsze badanie stanowi wstęp do dalszych dociekań dotyczących zmian zachodzących w toku psychoterapii w różnych obszarach funkcjonowania pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości. Uzyskane wyniki zostały odniesione do wartości charakterystycznych dla populacji ogólnej określonych w badaniach normalizacyjnych przeprowadzonych przez Pracownię Testów Psychologicznych. Dokonano także obliczenia wartości Reliable Change Index (RCI) i Reliable Change Value (RCV), co umożliwiło dokładniejsze odniesienie się do uzyskanych w toku leczenia zmian nie tylko w kontekście statystycznym, ale także z perspektywy istotności klinicznej. Niewątpliwie jednak korzystna byłaby możliwość porównania uzyskanych rezultatów z wynikami osób z grupy kontrolnej lub wynikami pacjentów leczonych w innym rodzaju/formie terapii. Warto także zbadać stabilność uzyskiwanych przez pacjentów zmian w badaniach follow-up, co planowane jest w dalszej fazie niniejszych badań. Korzystne z punktu widzenia zrozumienia zmian zachodzących w procesie leczenia będzie także odniesienie uzyskanych wyników do rezultatów pokazujących zmiany w nasileniu objawów nerwicowych i różnych obszarach dysfunkcji osobowości.

Rozpatrując ograniczenia niniejszego badania, uwagę należy zwrócić również na znaczące różnice liczebności w grupie badanej pacjentów z rozpoznaniem konkretnych zaburzeń nerwicowych oraz niewielką liczbę pacjentów z rozpoznaniem specyficznego zaburzenia osobowości (F60.0–F60.7). Najliczniej reprezentowani byli pacjenci z zaburzeniami lękowymi (F40 oraz F41) oraz z innymi i mieszanymi zaburzeniami osobowości.

Mimo wspomnianych ograniczeń wyniki niniejszego badania wskazują, że w toku intensywnej, krótkoterminowej psychoterapii grupowej z elementami terapii indywidualnej u znacznej liczby pacjentów dochodzi do redukcji nasilenia zarówno lęku jako cechy osobowości, jak i lęku jako stanu, co wskazuje na skuteczność zastosowanej formy terapii. Jednocześnie pojawia się istotne pytanie o czynniki wpływające na brak zmian i pogorszenia zachodzące w procesie leczenia oraz o dynamikę nasilenia objawów w toku samej terapii. Pogłębiona analiza tych kwestii nie była możliwa w niniejszym badaniu m.in. ze względu na małą liczebność wyodrębnionych podgrup. Niewątpliwie jednak można stwierdzić, iż rezultaty badania stanowią kolejną przesłankę dla uznania intensywnej psychoterapii grupowej za pożądaną i bezpieczną metodę leczenia zaburzeń nerwicowych i wybranych zaburzeń osobowości.

Wnioski

Na początku psychoterapii nasilenie lęku–cechy u większości pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości jest wysokie. W toku psychoterapii dochodzi do istotnego obniżenia tego nasilenia u ok. 1/3 pacjentów.

Nasilenie lęku–stanu zmierzone na początku terapii w warunkach bezpiecznych jest wysokie u ponad 2/3 pacjentów. Na końcu leczenia u ponad połowy pacjentów nasilenie to mieści się w obszarze wartości niskich i średnich.

Kwestionariusz STAI jest wartym polecenia narzędziem do monitorowania skuteczności procesu psychoterapii. Ponadto stwierdzone w badaniu właściwości

narzędzia wskazują na jego potencjalną użyteczność w diagnostyce przesiewowej zaburzeń nerwicowych i osobowości. Intensywna, krótkoterminowa psychoterapia grupowa prowadzona w nurcie integracyjnym (psychodynamicznym z elementami poznawczo-behawioralnymi) jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia pacjentów, u których jednym z podstawowych objawów jest lęk.

Piśmiennictwo

1. Flack WF, Laird JD. red. *Emotions in psychopathology: theory and research*. New York: Oxford University Press; 1998.
2. Carretta CM, Ridner SH, Dietrich MS. *Hope, hopelessness, and anxiety: a pilot instrument comparison study*. Arch. Psychiatr. Nurs. 2014; 28(4): 230–234.
3. Dąbkowska M. *Wybrane aspekty lęku u ofiar przemocy domowej*. Psychiatria 2008; 5(3): 91–98.
4. Kowalczyk-Sroka B, Marmurowska-Michałowska H. *Poziom lęku i depresji w ocenie pacjentów hospitalizowanych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc*. Psychiatr. Pol. 2005; 34(1): 41–49.
5. Wciórka J. *Miejsce lęku w psychopatologii*. Post. Psychiatr. Neurol. 1994; 3(1): 37–52.
6. Chapman C. *Freud, religion, and anxiety*. Morrisville: Lulu.com; 2007.
7. Paris BJ. *Karen Horney: a psychoanalyst's search for self-understanding*. New Haven: Yale University Press; 1996.
8. Arnold K. *Behind the mirror: reflective listening and its tain in the work of Carl Rogers*. Humanist. Psychol. 2014; 42(4): 354–369.
9. Dollard J, Miller NE. *Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw-Hill; 1950.
10. Czabała C. *Lęk w ujęciu egzystencjalizmu*. Post. Psychiatr. Neurol. 1994; 3: 29–37.
11. McReynolds P. *The concept of anxiety. Background and current issue*. W: Byrne DG, Rosenman RH. red. *Anxiety and the heart*. New York: Hemisphere; 1990. s. 3–20.
12. Epstein S. *Toward a unified theory of anxiety*. Prog. Exp. Pers. Res. 1967; 4: 1–89.
13. Lazarus RS, Averill JR. *Emotion and cognition: with special reference to anxiety*. W: Spielberger CD. red. *Anxiety: current trends in theory and research*. Vol. II. New York: Academic Press; 1972. s.242.
14. Kępiński A. *Lęk*. Kraków: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2002.
15. Mathews A, Mackintosh B. *A cognitive model of selective processing in anxiety*. Cogn. Ther. Res. 1998; 22(6): 539–560.
16. Dotson VM, Szymkowicz SM, Kirton JW, McLaren ME, Green ML, Rohani JY. *Unique and interactive effect of anxiety and depressive symptoms on cognitive and brain function in young and older adults*. J. Depress. Anxiety 2014; Suppl. 1.
17. Rosnick CB, Rawson KS, Butters MA, Lenze EJ. *Association of cortisol with neuropsychological assessment in older adults with generalized anxiety disorder*. Aging Ment. Health 2013; 17(4): 432–440.
18. Ziomkiewicz A, Wichary S, Gomula A, Pawlowski B. *Trait anxiety moderates the association between estradiol and dominance in women*. Physiol. Behav. 2015; 143: 97–103.

19. Kim MJ, Loucks RA, Palmer AL, Brown AC, Solomon KM, Marchante AN. i wsp. *The structural and functional connectivity of the amygdala: from normal emotion to pathological anxiety*. Behav. Brain Res. 2011; 223(2): 403–410.
20. Comte M, Cancel A, Coull JT, Schön D, Reynaud E, Boukezzi S. i wsp. *Effect of trait anxiety on prefrontal control mechanisms during emotional conflict*. Hum. Brain Mapp. 2015; 36(6): 2207–2214.
21. Denkova E, Wong G, Dolcos S, Sung K, Wang L, Coupland N. i wsp. *The impact of anxiety-inducing distraction on cognitive performance: a combined brain imaging and personality investigation*. PLoS One 2010; 5(11): e14150.
22. Donzuso G, Cerasa A, Gioia MC, Caracciolo M, Quattrone A. *The neuroanatomical correlates of anxiety in a healthy population: differences between the State-Trait Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale*. Brain Behav. 2014; 4(4): 504–514.
23. Dmitrzak-Węglarz M, Hauser J. *Mechanizmy epigenetyczne w chorobach psychicznych i zaburzeniach funkcji poznawczych*. Psychiatria 2009; 6 (2): 51–60.
24. Julian LJ. *Measures of anxiety*. Arthritis Care Res. 2011; 63 (S11): 467–472.
25. 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.
26. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
27. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997.
28. Sobański JA. *Krótką refleksja nad badaniami w dziedzinie psychoterapii. Tendencje i perspektywy dalszego rozwoju*. Psychoterapia 1998; 2(105): 13–27.
29. Jorm AF. *Modifiability of trait anxiety and neuroticism: a meta-analysis of the literature*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 1989; 23(1): 21–29.
30. Aleksandrowicz J, Bierzynski K, Martyniak J, Trzecieniecka A, Zgud J. *Skuteczność niektórych form i metod psychoterapii nerwic*. Psychoterapia 1986; 58: 6–16.
31. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Mielimąka M, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(5): 1025–1041.
32. Styła R. *Concept of reliable change in the usage of the KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatry Psychother. 2011; 13(3): 21–24.
33. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 29–48.
34. Cyranka K, Rutkowski K, Mielimąka M, Sobański JA, Smiatek-Mazgaj B, Klasa K i wsp. *Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2*. Psychiatr. Pol. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/38438>.
35. Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene R, Vagg P, Jacobs G. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1983.
36. Sosnowski T, Wrześniewski K, Jaworowska A, Fecenc D. *STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2011.
37. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(4): 421–430.

38. Jacobson NS, Truax P. *Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research*. J. Consult. Clin. Psychol. 1991; 59(1): 12–19.
39. Kösters M, Burlingame GM, Nachtigall C, Strauss B. *A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy*. Group Dyn. 2006; 10(2): 146–163.
40. Berghout CC, Zevalkink J, Katzko MW, de Jong JT. *Changes in symptoms and interpersonal problems during the first 2 years of long-term psychoanalytic psychotherapy and psychoanalysis*. Psychol. Psychother. 2012; 85(2): 203–219.
41. Håland ÅT, Vogel PA, Lie B, Launes G, Pripp AH, Himle JA. *Behavioural group therapy for obsessive–compulsive disorder in Norway. An open community-based trial*. Behav. Res. Ther. 2010; 48(6): 547–554.
42. Rodziński P, Rutkowski K, Murzyn A, Sobański JA, Cyranka K, Dembińska E i wsp. *Zmiany w nasileniu objawów nerwicowych wiążące się z redukcją myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych*. Psychiatr Pol. 2015. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/36294
43. Cyranka K, Rutkowski K, Mielimąka M, Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł i wsp. *Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych krótkoterminową kompleksową psychoterapią psychodynamiczną*. Psychiatr. Pol. 2015. DOI:10.12740/PP/OnlineFirst/40020.
44. Jaeschke R, Siwek M, Grabski B, Dudek D. *Lęk w zaburzeniach psychicznych*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej PTP; 2011.
45. Fisher PL, Durham RC. *Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990*. Psychol. Med. 1999; 29(06): 1425–1434.
46. Robinson OJ, Vytal K, Cornwell BR, Grillon C. *The impact of anxiety upon cognition: perspectives from human threat of shock studies*. Front Hum. Neurosci. 2013; 7: 203.
47. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. *Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia*. BMC Surg. 2014; 14: 67.
48. Rutkowski K. *Anxiety, depression and nightmares in PTSD*. Arch. Psychiatry Psychother. 2001; 3(2): 41–50.
49. Rutkowski K. *Następstwa urazów psychicznych doznanych w dzieciństwie*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe PWN, Wydawnictwo Oddziału Polskiej Akademii Nauk; 2006.
50. 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.
51. Aleksandrowicz JW. *Zmiany częstości występowania objawów nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 2001; 35(3): 351–377.
52. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(6): 667–676.

Adres: Michał Mielimąka
Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 1.09.2015
Zrecenzowano: 3.11.2015
Otrzymano po poprawie: 6.11.2015
Przyjęto do druku: 10.11.2015