

Psychiatria i Psychoterapia 2013; tom 9, numer 4: strony 14-30

wersja pierwotna - elektroniczna

Jerzy A. Sobański, Katarzyna Klasa*, Krzysztof Rutkowski,

Edyta Dembińska, Łukasz Müldner-Nieckowski

PROFIL OBJAWÓW PACJENTÓW, KTÓRZY PRZERWALI PSYCHOTERAPIĘ
KOMPLEKSOWĄ W DZIENNYM ODDZIALE LECZENIA NERWIC.

BADANIE RETROSPEKTYWNE

SYMPTOM PROFILE OF PATIENTS WHO DROPPED OUT OF COMPLEX
PSYCHOTHERAPY AT A DAY HOSPITAL FOR NEUROTIC DISORDERS.

A RETROSPECTIVE ANALYSIS

Katedra Psychoterapii UJ Collegium Medicum

p.o. kierownika: dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski

*Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

kierownik: dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski

Streszczenie

Cel: Wyodrębnienie spośród objawów obecnych przed leczeniem, czynników ryzyka przerywania intensywnej psychoterapii przez pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi leczonych w oddziale dziennym.

Metoda: Materiał: Historie chorób 1398 pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi przyjętych do oddziału dziennego, zawierające dane socjodemograficzne, ankiety życiorysowe i kwestionariusze objawowe. Metody: Porównanie cech populacji przerywającej terapię przed 5-tym tygodniem i pozostających w leczeniu. Porównania między odsetkami dokonano za pomocą dwustronnego testu dla dwóch wskaźników struktury, rozkłady zmiennych porównywano testem U Manna i Whitney'a.

Wyniki: Nie wykazano związków między wiekiem, stanem cywilnym i rodzajem zatrudnienia pacjentów a przerywaniem lub kończeniem terapii. Więcej istotnych związków pomiędzy obrazem objawów, w tym ich obecnością i skrajnym nasileniem, a przerywaniem terapii stwierdzono w grupie kobiet przerywających leczenie.

Wnioski: Wyższe globalne nasilenie objawów nerwicowych wiązało się z większym ryzykiem porzucenia terapii przez kobiety, podobnie jak obecność niektórych szczególnie uciążliwych symptomów. Wykazano różnice w profilu objawów o skrajnym nasileniu przed rozpoczęciem terapii w grupach kobiet i mężczyzn przerywających leczenie. Wskazane jest prowadzenie dalszych badań z uwzględnieniem większej populacji mężczyzn rezygnujących z kontynuowania psychoterapii oraz obrazu objawów w tygodniu poprzedzającym porzucenie leczenia.

Summary

Objectives: To identify from among the symptoms present before treatment risk factors for patients with neurotic disorders treated in a day hospital dropping out of intensive psychotherapy.

Methods: Material: Medical records containing sociodemographic data, life inventories and symptom checklists of 1,398 patients with neurotic disorders admitted to a day hospital. Methods: Comparison of the characteristics of the population dropping out of therapy before the 5th week and that remaining in treatment. The comparison between the

proportions was performed using a two-tailed test for stratum weight, and the distribution of variables was compared using the Mann-Whitney U test.

Results: No correlation was found between age, marital status or type of employment and drop-out from or completion of therapy. More significant relations between the symptom picture, including presence and intensity of certain elements, and psychotherapy drop-out were found in the group of females abandoning treatment.

Conclusions: Higher global intensity of neurotic symptoms was associated with a great risk of therapy dropout, as was the presence of some particularly burdensome symptoms. Differences in the profiles of intense symptoms before treatment were identified in the group of both females and males who dropped out from therapy. Further studies are advised, taking into consideration the greater population of males failing to continue psychotherapy, as well as the picture of symptoms in the week preceding dropout.

Słowa klucze: porzucenia psychoterapii, czynniki ryzyka, oddział dzienny, zaburzenia nerwicowe

Key words: psychotherapy dropouts, risk factors, day hospital, neurotic disorders

Wprowadzenie

Mimo, że przedwczesna rezygnacja z psychoterapii przez pacjentów jest zjawiskiem powszechnym, a jego częstość sięga według niektórych autorów nawet 60% [1-3], (choć nie we wszystkich doniesieniach jest aż tak wysokie np. [4-13]) dotychczasowe badania próbujące określić czynniki je prognozujące nie przyniosły jednoznacznych wyników [np. 14-15]. Stwierdzono m.in., że istnieje związek pomiędzy porzuceniem leczenia a złą jakością relacji terapeutycznej, w tym trudnościami w dzieleniu się terapeutą z innymi uczestnikami grupy terapeutycznej, nieadekwatnymi oczekiwaniami pacjenta wobec leczenia i jego efektów, trudnościami w przyjmowaniu otwartej postawy, młodym wiekiem pacjentów czy czynnikami „zewnętrznymi” wobec samego procesu terapeutycznego, takimi jak kłopoty finansowe czy trudności w związku [np. 1, 16-17].

Podejmowane były także próby określenia powiązań między porzuceniem terapii a rodzajem rozpoznania klinicznego. Badania w tym nurcie również nie są jednoznaczne, część z nich nie potwierdza istnienia związku pomiędzy rodzajem zaburzenia a drop-outem [np. 18-19], inne natomiast wskazują na większą częstość zjawiska drop-outu wśród pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń osobowości, zwłaszcza ze skupienia A lub B, tj. głównie z osobowością borderline, osobowością paranoiczną, dyssocjalną, narcystyczną, histrioniczną [1, 17, 20-26].

Na zjawisko przerywania psychoterapii bardziej narażeni są pacjenci cierpiący na zaburzenia somatyzacyjne i hipochondryczne [17, 27-28] oraz fobie społeczne [14, 25], wskazuje się też na znaczenie obecności współwystępujących objawów depresji [29-31], nadużywania substancji psychoaktywnych [32] oraz zaburzeń jedzenia [33-34], również i tu wyniki badań nie są jednak jednoznaczne [np. 35].

Autorzy wskazują przede wszystkim na znaczenie dla porzucenia terapii takich czynników jak impulsywność pacjentów, wrogość wobec innych osób, zwłaszcza wobec terapeuty, trudności w

relacjach interpersonalnych, niska samoocena [20, 22, 33, 36-40]. Wysokie nasilenie dolegliwości przez niektórych autorów uznawane jest za czynnik sprzyjający pozostaniu w terapii [np. 29, 41] inni zwracają uwagę, że może również być związane z przerywaniem leczenia [31, 34, 42-44], jeszcze inni uważają, że nie ma ono znaczenia predykcyjnego [19].

W niniejszym badaniu podjęto próbę określenia powiązań między porzuceniem intensywnej psychoterapii grupowej w oddziale dziennym a nasileniem i rodzajem objawów pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i współwystępujących zaburzeń osobowości.

Hipotezy

U pacjentów, którzy obarczeni są większym ryzykiem porzucenia terapii występują częściej:

1. wyższe globalne nasilenie dolegliwości (mierzone kwestionariuszem objawowym KO'0'),
2. większa ilość odpowiedzi informujących o maksymalnym nasileniu objawów,
3. objawy bardzo uciążliwe takie jak nasilony lęk, impulsywne działania (acting out – poczucie braku kontroli emocji), poczucie winy, napady paniki, natręctwa o zagrażającej treści, agorafobia, nasilone objawy somatyzacyjne lub konwersyjne, dysfunkcje seksualne.

Cel

Wyodrębnienie leżących w obszarze symptomów czynników ryzyka przerwania intensywnej psychoterapii przez pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, przebywających w oddziale dziennym.

Materiał

Historie chorób 1398 pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi przyjętych do oddziału dziennego, zawierające dane demograficzne, ankiety życiorysowe, kwestionariusze objawowe.

Intensywna psychoterapia było prowadzona w dziennym oddziale leczenia nerwic przez kilkanaście sesji w tygodniu (w tym jedna sesja terapii indywidualnej, pozostałe sesje odbywały się w heterogenicznej pod względem rozpoznań i zmiennych socjodemograficznych grupie otwartej), przez okres około 3 miesięcy. Terapia prowadzona była w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego i elementami podejścia poznawczego i behawioralnego. Terapię prowadziły zespoły 2-3 terapeutów w większości dysponujących certyfikatem psychoterapeuty lub superwizora PTP, podlegających regularnej superwizji grupowej i indywidualnej oraz ciągłemu doskonaleniu i szkoleniu zawodowemu. Farmakoterapia rzadko towarzyszyła leczeniu pacjentów, z założeniem dalszej redukcji jej znaczenia w przebiegu terapii a następnie całkowitej eliminacji.

Metody

Porównywano cechy osób przerywających terapię przed 5-tym tygodniem pobytu (taki zakres czasu wybrano w związku z typowym położeniem tzw. spotkania kontrolnego służącego w opisywanym oddziale dziennym ocenie postępu leczenia, możliwe są oczywiście także inne definicje dropoutu - więcej p. [11]) i pacjentów pozostających w leczeniu – wyselekcjonowanych spośród większej

populacji wszystkich pacjentów leczonych w latach 1987-2002 z uwagi na dostępność potrzebnych danych o kontynuacji lub porzuceniu leczenia oraz rozpoznania typowe dla dziennego oddziału leczenia nerwic. Wybrano dane pacjentów, których rezygnacja z leczenia nastąpiła w okresie terapii w oddziale, przed jej piątym tygodniem (tzw. *early dropouts*), nie uwzględniając osób zakwalifikowanych do leczenia, które go nie podjęły (tzw. *non-engagers*, termin używany np. przez [45]). Wykorzystano materiał z rutynowych badań kwalifikacyjnych – zawarty w historiach chorób i komputerowej bazie danych, w postaci odpowiedzi pacjentów na pytania kwestionariusza objawowego KO'0' [46-48], opisującego występowanie i nasilenie 135 objawów w okresie siedmiu dni przed badaniem, umożliwiającego obliczenie globalnego nasilenia dolegliwości. Wykorzystano także skale kwestionariusza KO '0' [49]. Dane demograficzne pochodziły z ustrukturuwanego komputerowego wywiadu (Ankiety Życiorysowej) [50].

Metody statystyczne

Porównania między odsetkami wartości zmiennych nominalnych dokonano za pomocą dwustronnego testu dla dwóch wskaźników struktury, rozkłady wyników zmiennych interwałowych o rozkładach asymetrycznych porównywano testem U Manna i Whitney'a. Oszacowania współczynników ryzyka porzucenia leczenia jako ilorazów szans (OR) współwystępowania wartości dwóch zmiennych nominalnych dokonano metodą regresji logistycznej. Używano licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL.

Wyniki:

Dobór grupy badanej:

W początkowym etapie doboru pacjentów do grupy badanej spośród wszystkich pacjentów leczonych w latach 1987-2002, ze względu na brak jednoznacznej diagnozy, rozpoznanie zaburzenia psychiatrycznego lub ciężkiego zaburzenia afektywnego, związanego ze stresem lub zaburzenia odżywiania, wykluczono 298 kobiet i 117 mężczyzn. Następnie wyeliminowano przypadki dokumentacji zawierające braki danych (ze względu na następujące w przeciągu lat zmiany systemu archiwizacji elektronicznej) na etapie kwalifikacji do leczenia w oddziale. Celem było wyodrębnienie osób przerywających rozpoczęte leczenie (tzw. *true dropouts*) od osób zakwalifikowanych lecz rezygnujących z rozpoczęcia leczenia (tzw. *non-engagers*) i osób, w których dokumentacji nastąpiły przypadkowe braki danych.

Profil rozpoznań w wyodrębnionej grupie badanej i całej populacji pacjentów leczonych w latach 18987-2002 w oddziale dziennym przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Rozpoznania w grupie badanej i całej populacji pacjentów leczonych w latach 1987-2002

Diagnoza	Kobiety		Mężczyźni	
	Grupa badana	Cała grupa	Grupa badana	Cała grupa
Współwystępujące zaburzenia osobowości i nerwicowe	**275 (28,1%)	**630 (33,8%)	*154 (36,8%)	*255 (29,9%)
Zab. konwersyjne/dysocjacyjne lub pod postacią somatyczną	*312 (31,9%)	*520 (27,9%)	108 (25,8%)	237 (27,8%)
Zaburzenia lękowe	209 (21,4%)	367 (19,7%)	74 (17,7%)	183 (21,5%)
Neurastenia	86 (8,8%)	181 (9,7%)	53 (12,6%)	92 (10,8%)
Dystymia	77 (7,9%)	124 (6,7%)	*19 (4,5%)	*67 (7,9%)
Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne	19 (1,9%)	42 (2,3%)	12 (2,9%)	18 (2,1%)
ogółem	978 (100,0%)	1864 (100,0)	420 (100%)	852 (100,0)

*p<0,05, p<0,005

Jak wynika z tabeli 1, w grupie badanej (1398 osób) przede wszystkim nie znaleźli się pacjenci z rozpoznaniem, które zostały celowo wykluczone z badania (np. psychozy), jak również znalazło się w niej oczywiście istotnie więcej osób z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych a mniej z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych współwystępujących z zaburzeniami osobowości.

Wiek pacjentów z grupy badanej okazał się wysoce zbliżony do wieku całej populacji pacjentów (Tabela 2), zarówno w podgrupach kobiet, jak i mężczyzn.

Tabela 2. Wiek pacjentów w grupie badanej i całej populacji pacjentów leczonych w latach 1987-2002

Wiek	Kobiety		Mężczyźni	
	Grupa badana	Cała populacja	Grupa badana	Cała populacja
18-20	51 (5,2%)	139 (6,4%)	22 (5,2%)	56 (5,8%)
21-25	*152 (15,5%)	*404 (18,7%)	117 (27,9%)	241 (24,9%)
26-30	180 (18,4%)	351 (16,2%)	91 (21,7%)	193 (19,9%)
31-35	189 (19,3%)	373 (17,3%)	64 (15,2%)	156 (16,1%)
36-40	172 (17,6%)	381 (17,6%)	49 (11,7%)	117 (12,1%)
41-45	124 (12,7%)	273 (12,6%)	**33 (7,9%)	**106 (10,9%)
46-50	74 (7,6%)	159 (7,4%)	29 (6,9%)	67 (6,9%)
powyżej 50	36 (3,7%)	82 (3,8%)	15 (3,6%)	33 (3,4%)
Ogółem	978 (100,0%)	2162 (100,0%)	420 (100,0%)	969 (100,0%)

*p<0,05, **p<0,01

W grupie kobiet w zakresie charakterystyki demograficznej – opisywanej przez wszystkie zmienne Ankiety Życiorysowej, przy ogólnej liczbie testowanych ponad 700 zmiennych (w grupach liczących 978 i 2169 osób) stwierdzono jedynie 7 istotnych statystycznie różnic (między grupą badaną a całą populacją pacjentek oddziału): mniejszą liczbę kobiet w wieku 21-25 lat (15,5% vs 18,7%, p<0,05), mniej panien (33,5% vs 36,6%, p<0,05), więcej kobiet nie uczących się w chwili badania (78,3% vs 74,5%, p<0,05), mniej studentek (11,0% vs 14,0%, p<0,05), więcej osób, które odbyły pierwszy stosunek w wieku 17-18 lat (23,6% vs 20,4%, p<0,05), więcej kobiet nie mających partnera lub męża (29,0% vs 32,8%, p<0,05), więcej kobiet, które przeszły prawidłową ciążę i urodziły dziecko (50,0% vs 46,1%, p<0,05). Warto zauważyć, że większość pozostałych –

nieistotnych statystycznie – różnic leżała w zakresie 1-3% (zrezygnowano z zamieszczenia wyników porównań wskazujących na nieistotność różnic).

W grupie mężczyzn wykazano tylko jedną istotną statystycznie choć względnie niewielką różnicę w zakresie odsetka sprawozdawanych przez pacjentów (w grupach liczących 420 i 969 osób) chorób lub urazów głowy – 25,0% vs 19,6% ($p < 0,05$). Powyższe wyniki, podobnie jak wyniki zamieszczone w tabelach 1 i 2, potwierdzają adekwatność dokonanego wyboru liczącej 1398 osób grupy badanej spośród 3131 osób leczonych w latach 1987-2002.

Wyniki porównań osób przerywających i kończących leczenie – wybrane zmienne demograficzne:

Wyodrębniona grupa pacjentów przerywających leczenie przed 5 tygodniem terapii liczyła 125 osób, w tym 42 (34%) mężczyzn i 83 (66%) kobiet, natomiast grupa pacjentów, którzy ukończyli leczenie liczyła 1273 osoby, w tym 378 (30%) mężczyzn i 895 (70%) kobiet. Mimo nieco wyższego odsetka mężczyzn w grupie badanej, nie stwierdzono istotnych różnic (także w zakresie wieku).

Stwierdzono dwie istotne statystycznie różnice w odniesieniu do rozpoznań w porównywanych grupach. Jak można było oczekiwać, obecność współwystępujących z zaburzeniami nerwicowymi zaburzeń osobowości była czynnikiem ryzyka porzucenia leczenia (Tabela 3). Dominacja w obrazie zaburzeń lękowych (kody F40.x i F41.x w klasyfikacji ICD-10) była istotnie związana z mniejszą częstością porzuceń terapii. Nie stwierdzono istotnych różnic w odniesieniu do innych rozpoznań z zakresu zaburzeń nerwicowych (tj. zaburzeń konwersyjnych i pod postacią somatyczną, dystymii, neurastenii i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego).

Tabela 3. Rozpoznania w grupie pacjentów przerywających vs kończących leczenie

Rozpoznanie	Przerywający leczenie (n=125)	Kończący leczenie (n=1273)
Zaburzenie konwersyjne/dysocjacyjne lub pod postacią somatyczną	36 (29%)	384 (30%)
Współwystępujące zaburzenia osobowości i nerwicowe	**55 (43%)	**374 (29%)
Zaburzenia lękowe	*15 (12%)	*268 (21%)
Dystymia	6 (5%)	90 (7%)
Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne	1 (1%)	30 (2%)
Neurastenia	12 (10%)	127 (10%)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$

Wyniki zostały skontrolowane dla płci (Tabela 4) i pozostały istotne w grupie kobiet, natomiast w znacznie mniej licznej grupie mężczyzn wykazano jedynie podobną, nieistotną tendencję.

Tabela 4. Rozpoznania w grupie pacjentów przerywających vs kończących leczenie

Rozpoznanie	Kobiety		Mężczyźni	
	Przerywające leczenie	Kończące leczenie	Przerywający leczenie	Kończący leczenie
Zaburzenie konwersyjne/dysocjacyjne lub pod postacią somatyczną	27 (32,5%)	285 (31,8%)	9 (21,4%)	99 (26,2%)
Współwystępujące zaburzenia osobowości i nerwicowe	*35 (42,2%)	*240 (26,8%)	20 (47,6%)	134 (35,4%)
Zaburzenia lękowe	*9 (10,8%)	*200 (22,3%)	6 (14,3%)	68 (18,0%)
Neurastenia	7 (8,4%)	79 (8,8%)	5 (11,9%)	48 (12,7%)
Dystymia	5 (6,0%)	72 (8,0%)	1 (2,4%)	18 (4,8%)
Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne	0	19 (2,1%)	1 (2,4%)	11 (2,9%)
Ogółem	83 (100,0%)	895 (100,0%)	42 (100,0%)	378 (100,0%)

*p<0,05,

Porównywane grupy nie różniły się istotnie statystycznie pod względem wieku (Tabela 5).

Tabela 5. Wiek w grupie pacjentów przerywających vs kończących leczenie

Wiek (lata)	Kobiety		Mężczyźni	
	Przerywające leczenie	Kończące leczenie	Przerywający leczenie	Kończące leczenie
18-20	5 (6,0%)	46 (5,1%)	1 (2,4%)	21 (5,6%)
21-25	13 (15,7%)	139 (15,5%)	10 (23,8%)	107 (28,3%)
26-30	11 (13,3%)	169 (18,9%)	6 (14,3%)	85 (22,5%)
31-35	18 (21,7%)	171 (19,1%)	9 (21,4%)	55 (14,6%)
36-40	17 (20,5%)	155 (17,3%)	7 (16,7%)	42 (11,1%)
41-45	9 (10,8%)	115 (12,8%)	3 (7,1%)	30 (7,9%)
46-50	6 (7,2%)	68 (7,6%)	3 (7,1%)	26 (6,9%)
ponad 50	4 (4,8%)	32 (3,6%)	3 (7,1%)	12 (3,2%)
Ogółem	83 (100,0%)	895 (100,0%)	42 (100,0%)	378 (100,0%)

Wszystkie różnice statystycznie nieistotne (p>0,05)

Nie wykazano związków między wiekiem pacjentów, ich stanem cywilnym i rodzajem zatrudnienia a przerywaniem lub kończeniem leczenia.

Wyniki porównań osób przerywających i kończących leczenie – obraz symptomów

W kolejnym etapie badań analizowano globalne nasilenie objawów (współczynnik OWK) oraz wartości poszczególnych skal kwestionariusza objawowego KO'0' [46-49] (Tabela 6).

Tabela 6. Globalne nasilenie objawów oraz wartości skal kwestionariusza objawowego w grupach pacjentów przerywających vs kończących leczenie

Nasilenie objawów OWK i skale KO'0'	kobiety		mężczyźni	
	przerywające leczenie	kończące leczenie	przerywający leczenie	kończący leczenie
Początkowe OWK (ambulatorium)	*454,7±148,3 428,0 (338,0; 602,0)	*418,5±129,0 403,0 (317,0; 508,0)	384,8±134,7 350,5 (307,0; 475,0)	388,9±130,2 370,5 (289,0; 476,0)
1.Zab. fobiczne	5,9±1,8 6,0 (4,0; 7,0)	5,7±1,8 6,0 (4,0; 7,0)	5,7±1,6 6,0 (4,0; 6,0)	5,8±1,8 6,0 (5,0; 7,0)
2.Inne zab. lękowe	5,8±1,6 6,0 (5,0; 7,0)	5,6±1,8 6,0 (4,0; 7,0)	6,0±1,7 6,0 (5,0; 7,0)	6,0±1,7 6,0 (5,0; 7,0)
3.Zab.obsesyjno-kompulsyjne	**6,1±1,7 6,0 (5,0; 7,0)	**5,5±1,9 5,0 (4,0; 7,0)	5,8±1,5 6,0 (5,0; 7,0)	5,9±1,7 6,0 (5,0; 7,0)
4.Konwersje i dysocjacje	5,7±1,8 6,0 (4,0; 7,0)	5,5±2,0 6,0 (4,0; 7,0)	5,5±1,8 5,5 (4,0; 7,0)	5,8±1,8 6,0 (5,0; 7,0)
5.Zab.autonomiczne (u.krążenia)	5,5±1,5 6,0 (5,0; 7,0)	5,3±1,9 5,0 (4,0; 7,0)	5,7±1,9 6,0 (4,0; 7,0)	5,7±1,8 6,0 (4,0; 7,0)
6.Zab.somatyzacyjne	5,8±2,0 6,0 (4,0; 7,0)	5,5±1,9 6,0 (4,0; 7,0)	5,6±1,8 6,0 (4,0; 7,0)	5,9±1,8 6,0 (5,0; 7,0)
7.Zaburzenia hipochondryczne	5,7±1,8 6,0 (4,0; 7,0)	5,6±1,8 6,0 (4,0; 7,0)	5,6±1,5 5,0 (5,0; 7,0)	5,8±1,8 6,0 (4,0; 7,0)
8.Neurastenia	**6,2±2,0 6,0 (5,0; 8,0)	**5,4±1,9 5,0 (4,0; 7,0)	5,8±2,0 5,5 (4,0; 7,0)	6,0±1,9 6,0 (5,0; 7,0)
9.Depersonalizacje i derealizacje	*6,2±1,9 6,0 (5,0; 8,0)	*5,6±1,8 6,0 (4,0; 7,0)	5,7±2,1 5,5 (4,0; 7,0)	5,9±1,9 6,0 (5,0; 7,0)
10.Unikanie i zależność	*6,2±2,1 6,0 (5,0; 8,0)	*5,7±1,8 6,0 (4,0; 7,0)	6,0±2,2 6,0 (4,0; 7,0)	6,1±1,8 6,0 (5,0; 7,0)
11.Impulsywność i histrioniczność	*6,0±2,0 6,0 (5,0; 8,0)	*5,6±1,9 6,0 (4,0; 7,0)	5,8±1,9 6,0 (4,0; 7,0)	5,6±1,9 6,0 (4,0; 7,0)
12.Nieorganiczne zaburzenia snu	x 5,7±1,8 6,0 (4,0; 7,0)	x 5,3±1,9 5,0 (4,0; 7,0)	*6,5±2,2 7,0 (5,0; 8,0)	*5,6±1,7 5,0 (4,0; 7,0)
13.Dysfunkcje seksualne	5,8±2,1 6,0 (4,0; 7,0)	5,5±1,9 6,0 (4,0; 7,0)	5,9±2,2 6,0 (4,0; 8,0)	5,7±2,0 6,0 (4,0; 7,0)
14.Dystymia	*6,2±1,8 6,0 (5,0; 8,0)	*5,8±1,6 6,0 (5,0; 7,0)	6,3±1,8 6,0 (5,0; 7,0)	6,2±1,8 6,0 (5,0; 7,0)

*p<0,05, **p<0,005, x p<0,1 (test U Manna i Whitney'a)

Jak wynika z tabeli 6, większe globalne nasilenie objawów (OWK) wiązało się z ryzykiem przerwania leczenia przez pacjentki-kobiety, lecz nie przez mężczyzn-pacjentów. Jak się wydaje, na to zjawisko głównie złożyła się istotnie ($p<0,05$) wyższa wartość kilku skal: zawierających objawy natręctw, neurastenii, depersonalizacji-derealizacji, unikania/zależności, impulsywności/histrioniczności oraz dystymii w podgrupie kobiet przerywających leczenie. W grupie mężczyzn z przerywaniem leczenia wiązała się jedynie skala nieorganicznych zaburzeń snu (przy czym wśród kobiet zaobserwowany został dla tej skali jedynie trend – różnica na pograniczu istotności statystycznej ($p<0,1$)).

Tabela 7. Różnice w zakresie objawów u osób przerywających leczenie i pozostających w terapii

Zmienna	kobiety			mężczyźni			cała grupa
	przerywające leczenie	kończące leczenie	OR i PU dla kobiet	przerywający leczenie	kończący leczenie	OR i PU dla mężczyzn	OR i PU dla całej grupy
stałe utrzymujące się uczucie lęku	76 (91,57%)	799 (89,27%)	ns	34 (80,95%)	314 (83,07%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	**49 (59,04%)	**372 (41,56%)	**2,03 (1,28; 3,20)	12 (28,57%)	100 (26,46%)	ns	*1,62 (1,12; 2,34)
ataki paniki	**59 (71,08%)	**502 (56,09%)	**1,92 (1,18; 3,15)	22 (52,38%)	184 (48,68%)	ns	*1,58 (1,07; 2,31)
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	*28 (33,73%)	*185 (20,67%)	*1,95 (1,20; 3,17)	8 (19,05%)	46 (12,17%)	ns	**1,82 (1,21; 2,76)
lęki w otwartej przestrzeni	*33 (39,76%)	*255 (28,49%)	*1,83 (1,16; 2,90)	6 (14,29%)	88 (23,28%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	6 (7,23%)	76 (8,49%)	ns	1 (2,38%)	20 (5,29%)	ns	ns
natrętne myśli o agresywnej treści	32 (38,55%)	309 (34,53%)	ns	17 (40,48%)	145 (38,36%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	*15 (18,07%)	*91 (10,17%)	*1,95 (1,07; 3,55)	4 (9,52%)	30 (7,94%)	ns	*1,71 (1,01; 2,88)
bluźniercze lub nieprzystwoite myśli i wyobrażenia	*32 (38,55%)	*242 (27,04%)	*1,68 (1,06; 2,68)	15 (35,71%)	182 (48,15%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	*12 (14,46%)	*62 (6,93%)	*2,27 (1,17; 4,41)	2 (4,76%)	27 (7,14%)	ns	ns
chęć odebrania sobie życia	34 (40,96%)	332 (37,09%)	ns	22 (52,38%)	151 (39,95%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	*14 (16,87%)	*78 (8,72%)	*2,13 (1,14; 3,95)	4 (9,52%)	24 (6,35%)	ns	*1,93 (1,13; 3,31)
brak kontroli ekspresji emocji	*61 (73,49%)	*559 (62,46%)	ns	25 (59,52%)	210 (55,56%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	24 (28,92%)	186 (20,78%)	ns	4 (9,52%)	40 (10,58%)	ns	ns
rozbijanie przedmiotów w zdenerwowaniu	*29 (34,94%)	*207 (23,13%)	1,77 (1,10; 2,86)	13 (30,95%)	94 (24,87%)	ns	*1,61 (1,09; 2,39)
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	7 (8,43%)	43 (4,80%)	ns	2 (4,76%)	13 (3,44%)	ns	ns
„nerwowość”, napięcie ruchowe	64 (77,11%)	751 (83,91%)	ns	35 (83,33%)	320 (84,66%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	*32 (38,55%)	*241 (26,93%)	*1,70 (1,07; 2,72)	6 (14,29%)	71 (18,78%)	ns	ns
natłok myśli	65 (78,31%)	731 (81,68%)	ns	36 (85,71%)	302 (79,89%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	*41 (49,40%)	*336 (37,54%)	*1,62 (1,03; 2,55)	18 (42,86%)	113 (29,89%)	ns	*1,64 (1,13; 2,37)

*p<0,05, **p<0,005, OR – ilorazy szans, PU – przedziały ufności dla ilorazów szans

Wyniki porównań przeprowadzonych dla poszczególnych objawów, z uwzględnieniem występowania na etapie kwalifikacji ich skrajnego nasilenia, zamieszczono w tabelach 7-9.

Tabela 8. Profile objawów pacjentów przerywających leczenie i pozostających w terapii oraz wartości ilorazów szans w podgrupach mężczyzn i kobiet oraz w całej grupie badanej

Zmienna	kobiety			mężczyźni			cała grupa
	przerywające leczenie n=83	kończące leczenie n=895	OR i PU dla kobiet	przerywający leczenie n=42	kończący leczenie n=378	OR i PU dla mężczyzn	OR i PU dla całej grupy
przymus liczenia latarni, samochodów itp.	**34 (40,96%)	**222 (24,80%)	**2,10 (1,32; 3,34)	9 (21,43%)	106 (28,04%)	ns	*1,50 (1,02; 2,22)
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	**13 (15,66%)	**58 (6,48%)	**2,68 (1,40; 5,13)	2 (4,76%)	20 (5,29%)	ns	*2,09 (1,16; 3,76)
nieoczekiwane, burzliwe przeżycie zachwycenia	42 (50,60%)	365 (40,78%)	ns	14 (33,33%)	137 (36,24%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	*14 (16,87%)	*77 (8,60%)	*2,16 (1,16; 4,01)	3 (7,14%)	17 (4,50%)	ns	*1,97 (1,14; 3,43)
trudności w zasypianiu	*67 (80,72%)	*611 (68,27%)	*1,94 (1,10; 3,40)	33 (78,57%)	259 (68,52%)	ns	*1,85 (1,17; 2,91)
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	29 (34,94%)	226 (25,25%)	ns	**18 (42,86%)	**81 (21,43%)	**2,75 (1,42; 5,32)	**1,90 (1,29; 2,78)
częste budzenie się	56 (67,47%)	590 (65,92%)	ns	30 (71,43%)	229 (60,58%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	16 (19,28%)	192 (21,45%)	ns	**13 (30,95%)	**53 (14,02%)	*2,75 (1,34; 5,63)	ns
bezsenna noc	58 (69,88%)	553 (61,79%)	ns	32 (76,19%)	230 (60,85%)	ns	*1,61 (1,07; 2,42)
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	24 (28,92%)	197 (22,01%)	ns	**14 (33,33%)	**50 (13,23%)	**3,28 (1,61; 6,67)	**1,81 (1,21; 2,72)
hipersomnia	*65 (78,31%)	*579 (64,69%)	*1,95 (1,14; 3,35)	24 (57,14%)	258 (68,25%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	22 (26,51%)	204 (22,79%)	ns	6 (14,29%)	65 (17,20%)	ns	ns
uczucie łatwego ulegania wpływom innych ludzi	59 (71,08%)	573 (64,02%)	ns	25 (59,52%)	242 (64,02%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	*23 (27,71%)	*160 (17,88%)	*1,76 (1,06; 2,93)	4 (9,52%)	62 (16,40%)	ns	ns
uczucie braku zainteresowania otoczenia	55 (66,27%)	588 (65,70%)	ns	25 (59,52%)	253 (66,93%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	*21 (25,30%)	*143 (15,98%)	*1,78 (1,05; 3,02)	7 (16,67%)	53 (14,02%)	ns	*1,59 (1,01; 2,48)
pochwica lub ejakulatio praecox lub brak wzwodu	26 (31,33%)	243 (27,15%)	ns	19 (45,24%)	146 (38,62%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	7 (8,43%)	78 (8,72%)	ns	*10 (23,81%)	*44 (11,64%)	*2,37 (1,09; 5,17)	ns
przykre uczucia zw. z uprawianiem samogwałtu	***18 (21,69%)	***83 (9,27%)	**2,67 (1,51; 4,72)	*5 (11,90%)	*111 (29,37%)	*0,40 (0,16; 0,97)	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	*6 (7,23%)	*20 (2,23%)	*3,41 (1,33; 8,75)	1 (2,38%)	28 (7,41%)	ns	ns
obniżenie potencji płciowej	37 (44,58%)	420 (46,93%)	ns	20 (47,62%)	175 (46,30%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	17 (20,48%)	139 (15,53%)	ns	*8 (19,05%)	30 (7,94%)	*2,73 (1,16; 6,44)	*1,63 (1,02; 2,61)

*p<0,05, **p<0,005, ***p<0,0005, OR – ilorazy szans, PU – przedziały ufności dla ilorazów szans

Tabela 9. Profile objawów pacjentów przerywających leczenie i pozostających w terapii

Zmienna	kobiety			mężczyźni			cała grupa
	przerywające leczenie n=83	kończące leczenie n=895	OR i PU dla kobiet	przerywający leczenie n=42	kończący leczenie n=378	OR i PU dla mężczyzn	OR i PU dla całej grupy
skurcz przy wykonywaniu czynności (np. pisaniu)	*50 (60,24%)	*415 (46,37%)	*1,70 (1,07; 2,69)	19 (45,24%)	174 (46,03%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	11 (13,25%)	91 (10,17%)	ns	3 (7,14%)	34 (8,99%)	ns	ns
okresowa utrata czucia bólu lub dotyku	29 (34,94%)	254 (28,38%)	ns	8 (19,05%)	92 (24,34%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	*11 (13,25%)	*52 (5,81%)	*2,48 (1,24; 4,96)	0 (0,00%)	13 (3,44%)	ns	ns
bóle w okolicy serca	*64 (77,11%)	*593 (66,26%)	*1,71 (1,01; 2,90)	25 (59,52%)	235 (62,17%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	***26 (31,33%)	***138 (15,42%)	**2,50 (1,52; 4,12)	7 (16,67%)	43 (11,38%)	ns	**2,16 (1,41; 3,32)
zastabnięcia	*35 (42,17%)	*276 (30,84%)	*1,61 (1,02; 2,55)	6 (14,29%)	92 (24,34%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	**13 (15,66%)	**60 (6,70%)	**2,58 (1,35; 4,94)	1 (2,38%)	19 (5,03%)	ns	*1,91 (1,04; 3,48)
gromadzenie się nadmiaru śliny w ustach	**36 (43,37%)	**255 (28,49%)	*1,92 (1,22; 3,04)	16 (38,10%)	121 (32,01%)	ns	*1,69 (1,16; 2,47)
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	8 (9,64%)	52 (5,81%)	ns	2 (4,76%)	17 (4,50%)	ns	ns
bezwiedne oddawanie moczu np. w czasie snu	***12 (14,46%)	***43 (4,80%)	**3,27 (1,65; 6,48)	2 (4,76%)	17 (4,50%)	ns	**2,51 (1,36; 4,63)
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	*1 (1,20%)	*8 (0,89%)	ns	1 (2,38%)	3 (0,79%)	ns	ns
u kobiet zaburzenia miesiączkowania	**37 (44,58%)	**265 (29,61%)	*1,88 (1,19; 2,97)	---	---	---	---
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	**16 (19,28%)	**82 (9,16%)	**2,37 (1,31; 4,28)	---	---	---	---
pieczenie w przełyku, zgaga	41 (49,40%)	371 (41,45%)	ns	15 (35,71%)	184 (48,68%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	*15 (18,07%)	*93 (10,39%)	*1,90 (1,04; 3,46)	4 (9,52%)	33 (8,73%)	ns	ns
skurcz zmuszający do stałego skręcania głowy	***24 (28,92%)	***128 (14,30%)	**2,42 (1,45; 4,02)	12 (28,57%)	69 (18,25%)	ns	**2,20 (1,45; 3,33)
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	6 (7,23%)	32 (3,58%)	ns	2 (4,76%)	10 (2,65%)	ns	ns
nudności, mdłości	49 (59,04%)	457 (51,06%)	ns	16 (38,10%)	175 (46,30%)	ns	ns
w tym w skrajnym nasileniu (odp. 'c'):	*16 (19,28%)	*100 (11,17%)	*1,90 (1,06; 3,41)	4 (9,52%)	32 (8,47%)	ns	ns

*p<0,05, **p<0,005, ***p<0,0005, OR – ilorazy szans, PU – przedziały ufności dla ilorazów szans

Jak wynika z tabel 7-9 objawy istotnie częściej występujące (obecne, niezależnie od nasilenia) przed leczeniem u kobiet, które porzuciły terapię to: ataki paniki (tu podobnie dla maksymalnego nasilenia), lęki agorafobiczne, bluzniercze lub nieprzyzwoite myśli (podobnie dla maksymalnego nasilenia), dyskomfort dotyczący masturbacji (także dla maksymalnego nasilenia), poczucie braku kontroli ekspresji emocji, rozbijanie przedmiotów w zdenerwowaniu, natrętne liczenie (także dla maksymalnego nasilenia), trudności w zasypianiu a także senność, skurcz przy wykonywaniu czynności, bóle serca (także dla maksymalnego nasilenia), zastabnięcia (także dla maksymalnego

nasilenia), gromadzenie się nadmiaru śliny w ustach, bezwiedne oddawanie moczu (także dla maksymalnego nasilenia) i zaburzenia miesiączkowania (także dla maksymalnego nasilenia) oraz kręcz szyi.

Skrajne nasilenia niektórych objawów (stale utrzymujący się lęk, agresywnej treści myśli natrętne, myśli samobójcze, „nerwowość”, natłok myśli, nieoczekiwane burzliwe uczucie zachwycenia, poczucie łatwego ulegania innym, poczucie braku zainteresowania otoczenia, konwersyjna utrata czucia, „zgaga”, mdłości) istotnie częściej stwierdzono u kobiet przerywających leczenie, pomimo iż nie potwierdzono tego powiązania dla występowania danego objawu.

W grupie mężczyzn objawy powiązane z przerywaniem leczenia udało się zidentyfikować w znacznie mniejszej liczbie, przy czym nie stwierdzono takiego związku z ich występowaniem a jedynie z maksymalnym nasileniem. Objawy te to: trudności w zasypianiu, częste budzenie się oraz bezsenność.

Przeprowadzone w całej grupie oraz odrębnie dla kobiet i mężczyzn logistyczne jednozmiennowe analizy regresji potwierdziły wnioski wynikające z istotności różnic odsetków (zawartych w tabelach 7-9) a ich wyniki znajdują się również w tych tabelach w postaci współczynników ryzyka (ilorazów szans, OR) porzucenia terapii zależnie od występowania danego objawu lub jego obecności w maksymalnym nasileniu. Współczynniki obliczone dla całej grupy – z uwagi na znacznie większą liczebność pacjentek – wskazują oczywiście na powiązania podobne do stwierdzonych w grupie kobiet.

Interesującym wyjątkiem jest odmienne powiązanie obecności dyskomfortu dotyczącego masturbacji z mniejszym ryzykiem porzucenia terapii w grupie mężczyzn.

Omówienie wyników i dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań są częściowo zgodne z piśmiennictwem. Interesujące, iż w zakresie globalnego nasilenia objawów, traktowanego jako czynnik zwiększający ryzyko porzucenia leczenia [np. 31, 34, 42-44] potwierdzono taki związek jedynie w grupie kobiet, w której jednocześnie stwierdzono obecność znacząco większej liczby objawów występujących przed rozpoczęciem leczenia (oraz ich skrajnego nasilenia). Oczywiście prawidłowość taka wiąże się także z samym sposobem obliczania współczynnika OWK [47].

Nie jest jednak jasne dlaczego większość omawianych powiązań wykazano dla kobiet, natomiast u mężczyzn znaczenie miały prawie wyłącznie zaburzenia snu, kojarzące się klinicznie nie tylko z zaburzeniami nastroju, których większość przypadków (poza pacjentami cierpiącymi na dystymię) starano się wykluczyć z badania, lecz także z intensywnym przebiegiem procesów zmierzających do uświadamiania sobie zagrażających treści nieświadomianych konfliktów wewnątrzpsychicznych itp. Pewne znaczenie może mieć tu proces „autoselekcji” pacjentów do leczenia psychoterapią, w tym jak się wydaje szczególnie intensywnymi jej formami w oddziale dziennym [51], powodujący

około trzykrotnie większy udział kobiet w terapii i zapewne odpowiedzialny za odmienne cechy subpopulacji mężczyzn (także przerywających leczenie). Obserwacja ta jest jednak zgodna z literaturą wskazującą na zwiększające ryzyko drop-out'u znaczenie współwystępujących z zaburzeniami lękowymi objawów depresji [np. 30-31].

W badanej grupie nie potwierdziło się przywoływane w literaturze powiązanie objawów hipochondrycznych z ryzykiem porzucenia leczenia, a jedynie nieliczne objawy somatyzacyjne (i konwersyjne) okazały się czynnikami ryzyka wyłącznie w grupie kobiet. Podobnie, tylko w grupie pacjentek wykazano związek objawów agorafobii (utrudniających docieranie na terapię, systematyczne uczestniczenie w sesjach) z przerywaniem leczenia. Nie potwierdzono również większego ryzyka porzucenia leczenia przez osoby z rozpoznaniem fobii społecznej czy sprawozdające objawy z tego zakresu, co może szczególnie zaskakiwać w odniesieniu do leczenia intensywną psychoterapią grupową w oddziale dziennym.

Znaczenie objawu "przykrych uczuć" związanych z uprawianiem masturbacji ("samogwałtu" jak to ujmuje zmienna kwestionariusza KO'0') i obniżenia potencji płciowej jako predyktorów drop-out'u można rozumieć, szczególnie w analizowanym okresie mniejszej niż obecnie otwartości społecznej na problematykę seksualną (lata 1987-2002), jako związane z realną lub oczekiwaną (np. w mechanizmie projekcji) niechęcią i wstydem wobec grupy, własnymi trudnościami pacjentów w podejmowaniu tej tematyki lub przekonania, że terapia grupowa nie jest adekwatnym do tego miejscem [52-55]. Nie wyjaśniono jednak przyczyn odmiennych powiązań w grupie kobiet i mężczyzn. Podobnie zjawiska mogły zachodzić w kontekście bluźnierczych, agresywnych lub nieprzyzwoitych treści natręctw lub nasilonych czynności natrętnych, często postrzeganych przez pacjentów jako „dziwacznych” lub „wstydlivych”.

Uzyskane wyniki potwierdziły większe ryzyko przerwania leczenia w oddziale dziennym przez pacjentki z rozpoznaniem współwystępujących z zaburzeniami nerwicowymi zaburzeń osobowości, jak również powiązanie z objawami powiązanych z cechami osobowości takimi jak impulsywność, zależność czy histrioniczność.

Uzyskane rezultaty potwierdziły częściowo – w odniesieniu do podgrupy kobiet - hipotezy badawcze dotyczące znaczenia dla zjawiska przerwania terapii wyższego nasilenia objawów (zazwyczaj wiążących się z ich większą liczbą) i większej ilości objawów ocenianych jako nasilone (odpowiedź "c" w skali typu Likerta) – co, jak wskazuje praktyka kliniczna, często powoduje konieczność przeznaczenia większej ilości czasu pracy w grupie terapeutycznej, z czym z kolei mogą wiązać się napięcia między pacjentami, jak również wolniejsze – demotywuujące, uzyskiwanie poprawy objawowej. Z drugiej strony, często to właśnie pacjenci z wysokim początkowym nasileniem objawów uzyskują ulgę objawową już na początku leczenia, np. na drodze działania niespecyficznych czynników leczących [np. 17, 25, 56].

Ograniczenie badania stanowi brak informacji jak mogłyby wpłynąć na uzyskane wyniki przemiany kulturowe zachodzące na przeciągu wielu lat (1987-2002) z których pozyskano materiał wykorzystany w niniejszej pracy a także brak informacji o osobach, które leczenia nie podjęły (non-engagers). Uzyskane wyniki mogą być również zależne od stosowanego narzędzia badawczego (polskojęzycznego kwestionariusza objawowego KO'0').

Prawdopodobnie dodatkowych informacji dostarczyć mogłaby analiza profilu objawów pacjentów (zarówno kobiet, jak i mężczyzn) w tygodniu poprzedzającym decyzję o przedwczesnym przerwaniu leczenia, mogąca stanowić także odrębne źródło danych wskazujących na rosnące ryzyko drop-outu. Badanie takie jest planowane w przyszłości, podobnie jak badania prospektywne.

Podsumowanie i wnioski:

1. W odniesieniu do kobiet wykazano, że obarczenie większym ryzykiem porzucenia terapii jest związane z wyższym globalnym nasileniem dolegliwości, czego nie udało się udowodnić dla mężczyzn.
2. Obecność niektórych szczególnie uciążliwych objawów takich jak na przykład napady paniki, lęki w otwartej przestrzeni, myśli natrętne o zagrażającej treści, kompulsyjne liczenie, zasłabnięcia, wiązała się z przerywaniem leczenia przez kobiety, jednakże nie potwierdzono takich powiązań dla mężczyzn.
3. Wykazano różnice dotyczące profilu skrajnego nasilenia objawów przed terapią w grupie kobiet i w grupie mężczyzn przerywających leczenie. Dla kobiet były to objawy: stale utrzymującego się uczucia lęku, przymusu liczenia, bólów w okolicy serca, zasłabnięć oraz zaburzeń miesiączkowania, natomiast dla mężczyzn: trzech objawów z zakresu zaburzeń snu (trudności w zasypianiu, częste budzenie się i „bezsenna noc”) oraz dwóch objawów z zakresu zaburzeń seksualnych (zaburzeń erekcji lub ejakulacji przedwczesnej oraz zaburzeń potencji).
4. Uwzględnienie uzyskanych danych pozwoli na objęcie pacjentów obciążonych objawami – czynnikami ryzyka – szczególną opieką [więcej np. 10-11], w tym, większą uwagą w sytuacji ich maksymalnego nasilenia.
5. Obciążenie współwystępującymi zaburzeniami osobowości i zaburzeniami z kręgu afektywnego jest prawdopodobnie jednym z najwyraźniejszych czynników ryzyka, szczególnie gdy wiąże się z unikaniem-zależnością oraz impulsywnością-histrionicznością.
6. Przeprowadzenie dalszych badań z uwzględnieniem zwiększonej populacji mężczyzn przerywających i kontynuujących leczenie, a także uwzględnienie profilu objawów w tygodniu poprzedzającym drop-out może umożliwić ujawnienie większej liczby powiązań.

Badanie nie było sponsorowane, część wyników badań pochodziła z programów K/ZDS/000422 oraz 501/NKL/270/L.

Piśmiennictwo:

1. Thormählen B, Weinryb RM, Norén K, Vinnars B, Bågedahl-Strindlund M. Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychother. Res.* 2003; 13, 4: 493-509.
2. Schaeffer JA, Kaiser EM. A structured approach to processing clients' unilateral termination decisions. *Am J Psychother.* 2013; 67(2): 165-83.
3. Sly R, Morgan JF, Mountford VA, Lacey JH. Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: the roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. *Eat Behav.* 2013; 14(2): 119-23. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.01.007.
4. Melville KM, Casey LM, Kavanagh DJ. Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *Br J Clin Psychol.* 2010; 49(Pt 4): 455-71. doi: 10.1348/014466509X472138.
5. Issakidis C, Andrews G. Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2004; 109(6): 426-33.
6. Arnow BA, Blasey C, Manber R, Constantino MJ, Markowitz JC, Klein DN. i wsp. Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *J Affect Disord.* 2007; 97(1-3): 197-202.
7. Kroger C, Harbeck S, Armbrust M, Kliem S. Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research And Ther.* 2013; 51(8): 411-416. DOI:10.1016/j.brat.2013.04.008.
8. Harte CB, Hamilton LD, Meston CM. Predictors of Attrition from an Expressive Writing Intervention for Sexual Abuse Survivors. *J Child Sex Abuse.* 2013; 22(7): 842-857 DOI:10.1080/10538712.2013.830670.
9. Imel ZE, Laska K, Jakupcak M, Simpson TL. Meta-Analysis of Dropout in Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *J Cons Clin Psychol.* 2013; 81(3): 394-404. DOI:10.1037/a0031474.
10. Gajowy M, Mikułowicz D, Sala P, Simon W. Przedwczesne przerywanie psychoterapii grupowej - specyfika zjawiska i sugestie jego ograniczania. *Psychoterapia.* 2010; 2(153): 33-48.
11. Gajowy M, Marchewka D, Sala P, Simon W. Analiza przyczyn przerywania psychoterapii grupowej (drop-out) w aspekcie czynników dotyczących pacjenta. *Psychoterapia.* 2004; 2(129): 47-55.
12. Sala P, Marchewka D, Simon W. Porzucanie leczenia (drop-out) w trakcie psychoterapii zaburzeń odżywiania. *Psychoterapia.* 1(120) 33-40.
13. de Barbaro B, Zielińska E, Grabowski G, Budzyna-Dawidowski P. Drop-out w terapii rodzin. *Badania własne. Psychoterapia.* 2003; 4(127): 21-33.
14. Eskildsen A, Hougaard E, Rosenberg NK. Pre-treatment patient variables as predictors of drop-out and treatment outcome in cognitive behavioural therapy for social phobia: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry.* 2010; 64, 2: 94-105.
15. Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, McCallum M, Rosie JS. i wsp. Prediction of dropping out in time-limited, interpretive: Individual psychotherapy. *Psychotherapy.* 1999; 36, 2: 114-122.
16. Pekarik G. Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment. *J Clin Psychol.* 1992; 48, 3: 379-387.,
17. Yalom ID, Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy.* New York: Basic Books; 2005.
18. Arehart-Treichel J. A Study Seeks Answers To Treatment Dropout. *Psychiatric News.* 2002; 37, 12: 28. The study, "Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the

- United States and Ontario," <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/159/5/845>. *Am J Psychiatry* 2002; 159, 5: 845,
19. Keijsers GPJ, Kampman M, Hoogduin CAL. Dropout prediction in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Behavior Therapy*. 2001; 32, 4: 739-749.
 20. Smith TE, Koenigsberg HW, Yeomans FE i in. Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy. *Journal of psychotherapy practice and research*, 1995; 4: 205-213.
 21. Hummelen B, Wilberg T, Karterud S. Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.* 2007; 57, 1: 67-91.
 22. Yeomans FE, Gutfreund J, Selzer MA, Clarkin JF, Hull JW. i wsp. Factors Related to Drop-outs by Borderline Patients. *Treatment Contract and Therapeutic Alliance. J. Psychother. Pract. Res.* 1994; 3: 16-24.
 23. Chiesa M, Drahorad C, Longo S. Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. Quantitative and qualitative study. *Br. J. Psychiatry.* 2000; 177: 107-111.
 24. Hilsenroth MJ, Holdwick DJ, Castlebury FD, Blais MA. The effects of DSM-IV cluster B personality disorder symptoms on the termination and continuation of psychotherapy. *Psychotherapy.* 1998; 35, 2: 163-176.
 25. Kratochvil S. Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic. PWN, 1986.
 26. Junkert-Tress B, Tress W, Hildenbrand G, Hildenbrand B, Windgassen F. i wsp. Premature termination - A multifactorial phenomenon. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie.* 2000; 50, 9-10: 351-365.
 27. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Romeyko A. Porzucenie leczenia (drop-out) – próba analizy. *Psychoterapia* 1981; 38: 49-58.,
 28. Macnair RR, Corazzini JG. Client factors influencing group-therapy dropout. *Psychotherapy.* 1994; 31, 2: 352-362
 29. Issakidis C, Andrews G. Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2004; 109, 6: 426-433.
 30. Brown C, Schulberg HC, Madonia MJ, Shear MK, Houck PR. Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry.* 1996; 153: 1293-1300.
 31. Ong JC, Kuo TF, Manber R. Who is at risk for dropout from group cognitive-behavior therapy for insomnia? *Journal of Psychosomatic Research.* 2008; 64, 4: 419-425.
 32. Kofoed L, Kania J, Walsh T, Atkinson RM. Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. *Am. J. Psychiatry.* 1986; 143: 867-872.
 33. Bados A, Balaguer G, Saldana C. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology.* 2007; 63, 6: 585-592.,
 34. Sala P, Gajowy M, Marchewka D i in. Czynniki motywacyjne w psychoterapii zaburzeń odżywiania się. *Psychiatria Polska* 2005; 39, 4: 731-740.
 35. Meresman JF, Horowitz LM, Bein E. Treatment assignment, dropout, and outcome of depressed patients who somaticize. *Psychther Res* 1995; 5, 3: 245-257.
 36. Lothstein LM. The group psychotherapy dropout phenomenon revisited. *Am. J. Psychiatry.* 1978; 135: 1492-1495.
 37. Hillis G, Alexander DA, Eagles JM. Premature termination of psychiatric contact. *Int J Soc Psychiatry.* 1993; 39, 2: 100-107.
 38. Berghofer G, Schmidl F, Rudas S, Steiner E, Schmitz M. Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2002; 37, 6: 276-282.
 39. MacNair-Semands RR. Predicting attendance and expectations for group therapy. *Group Dynamics-Theory Research and Practice.* 2002; 6, 3: 219-228.

40. Davis S, Hooke GR, Page AC. Identifying and targeting predictors of drop-out from group cognitive behaviour therapy. *Australian Journal of Psychology*. 2006; 58, 1: 48-56.
41. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. Treatment compliance among patients with personality disorders receiving group psychotherapy: What are the roles of interpersonal distress and cohesion? *Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes*. 2006, 69, 3: 249-261.
42. Derisley J, Reynolds S. The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *Br. J. Clin. Psychol.* 2000; 39, Pt 4: 371-382.
43. Bowden CL, Schoenfeld LS, Adams RL. A correlation between dropout status and improvement in a psychiatric clinic. *Hosp. Comm. Psychiatry*. 1980; 31: 192-195.
44. Minnix JA, Reitzel LR, Repper KA, Burns AB, Williams F. i wsp. Total number of MMPI-2 clinical scale elevations predicts premature termination after controlling for intake symptom severity and personality disorder diagnosis. *Personality and Individual Differences*. 2005; 38, 8: 1745-1755.
45. Huang T, Hill C, Gelso C. Psychotherapy engagers versus non-engagers: Differences in alliance, therapist verbal response modes, and client attachment. *Psychotherapy Research*. 2013; 23(5): 568-577.
DOI:10.1080/10503307.2013.807378
46. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Filipiak J, Kowalczyk E, Martyniak J. i wsp. Kwestionariusze objawowe „S” i „O” – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych. *Psychoter*. 1981; 37: 11–27.
47. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i w badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28, 6: 667–676.
48. Zawadzki B. Kwestionariusze osobowości. Strategie i procedura konstruowania. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2006
49. Rewer A. Skale kwestionariusza objawowego „O”. *Psychiatr. Pol.* 2000; 34, 6: 931–943.
50. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Kołbik I, Kowalczyk E, Martyniak J, i wsp. Minimum informacji o pacjentach nerwicowych i ich leczeniu. *Psychoter*. 1981; 37: 3–10.
51. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic. *Psychiatria i Psychoterapia* 2011, Tom 7, Nr 4: s.20-34
http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/?a=articles_show&id=1224
52. Jodko A, Głowacz J, Kokoszka A. Zgłaszanie zaburzeń funkcji seksualnych jako objawu podczas terapii zaburzeń lękowych. *Seksuol. Pol.* 2008; 6, 1: 26–32.
53. Lew-Starowicz Z, Krajka K, Darewicz B, Ciesielska B, Robacha A. i wsp. Zdrowie seksualne – trudny problem dla lekarzy. *Seksuol. Pol.* 2004; 2, 2: 33–38.
54. Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E. Objawy i problemy związane z seksualnością pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych. *Psych. Pol.* 2012, 46, 1: 21–34
55. Feldhaus-Dahir M. Female sexual dysfunction: barriers to treatment. *Urol. Nurs.* 2009; 29, 2: 81–8.
56. Sobański JA. Zmiany objawów zaburzeń nerwicowych podczas intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym i ich związek z wynikami leczenia. *Przegląd piśmiennictwa. Psychoter*. 2004; 3, 130: 81-90.