

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

Edyta Dembińska, Łukasz Müldner-Nieckowski

## KWALIFIKACJA DO INTENSYWNEJ PSYCHOTERAPII W DZIENNYM ODDZIALE LECZENIA NERWIC

## QUALIFICATION FOR ADMISSION TO INTENSIVE PSYCHOTHERAPY IN A DAY HOSPITAL FOR NEUROTIC DISORDERS

Katedra Psychoterapii UJ CM

p.o. Kierownika Katedry: dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski

\*Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski

### Streszczenie

**Wprowadzenie:** Kwalifikacja do leczenia w dziennym oddziale leczenia nerwic wiąże się z dokonywanym przez doświadczonych terapeutów – psychiatrów i psychologów – doбором pacjentów do intensywnej codziennej psychoterapii grupowej, połączonej z elementami terapii indywidualnej, oraz decyzjami samych pacjentów, podejmowanymi między wizytami w ambulatorium. Kluczowe znaczenie dla przebiegu leczenia mają oczekiwania i motywacja pacjentów. Czynniki te wpływają na ich zaangażowanie w leczenie oraz optymalne wykorzystanie zasobów poradni kwalifikującej i oddziału terapeutycznego.

**Cel:** Opis i analiza procesu kwalifikacji do leczenia intensywną psychoterapią, prowadzoną w dziennym oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych. Określenie wydajności tego procesu na poszczególnych jego etapach.

**Materiał:** Informacje o zgłaszaniu się pacjentów w latach 2004-2005. Analizowana grupa liczyła łącznie 3108 osób, w tym 1679 pacjentów zarejestrowanych w 2004 oraz 1429 zarejestrowanych w 2005 roku.

**Metoda:** Analiza liczby zgłoszeń na poszczególne etapy diagnostyki przed leczeniem w oddziale. Porównanie odsetków pacjentów zarejestrowanych na kolejne wizyty w ambulatorium, zgłaszających się, lub je odwołujących, oraz ostatecznie zakwalifikowanych do oddziału lub skierowanych do innych instytucji opieki zdrowotnej.

**Wyniki:** Wielu pacjentów nie zgłasza się na uzgodnione terminy wizyt diagnostycznych, druga liczna grupa jest kierowana do leczenia w innych instytucjach opieki zdrowotnej. Doboru w największym odsetku dokonuje się na etapie pierwszego, wstępnego badania psychiatrycznego, co powoduje mniejsze zahamowanie procesu kwalifikacji przez bardziej czasochłonne badania psychologiczne – rozbudowany wywiad życiorysowy oraz diagnostykę kwestionariuszową. Stwierdzono również, że skierowania poza analizowaną instytucję dotyczyły głównie zaburzeń nie objętych kontraktem na leczenie w jej obrębie np. organicznych zaburzeń OUN, uzależnień, psychoz schizofrenicznych i zaburzeń afektywnych, natomiast drugą grupę stanowili pacjenci z zaburzeniami wprawdzie odpowiadającymi profilowi dostępnych oddziałów (zaburzeń nerwicowych i osobowości), którzy nie mogli jednak dostosować się do programu leczenia z uwagi na warunki życia, ogólny stan zdrowia, niewystarczającą motywację, zmniejszoną kontrolę impulsów autoagresywnych itd.

**Wnioski:** Kwalifikacja do leczenia w oddziale wiąże się ze znacznego stopnia selekcją pacjentów, dokonywaną w czasie badań wstępnych, zarówno przez personel jak i przez samych pacjentów. Najwięcej skierowań do szpitali i PZP jest konsekwencją badania wstępnego, natomiast do poradni terapeutycznych (np. zaburzeń osobowości) często następuje później. Skierowanie do leczenia poza instytucję niekiedy okazuje się konieczne

nawet po kilku tygodniach od rozpoczęcia badań wstępnych. Rezygnacje pacjentów w postaci nieobecności bez zawiadomienia, odwołania spotkań lub zakomunikowania decyzji podczas badania są częste. Wydajność procesu kwalifikacji – związana ze składem grupy zgłaszających się osób oraz specyficznymi warunkami intensywnego leczenia – nie może ulec łatwemu zwiększeniu z uwagi na specyfikę intensywnej psychoterapii. Przerwanie stosunkowo uciążliwej diagnostyki zmniejsza prawdopodobnie liczbę rezygnujących podczas leczenia w oddziale dziennym.

### Summary

**Introduction:** Qualification for treatment of neurotic disorders in a day hospital is connected with a process of selection carried out by experienced therapists – psychiatrists and psychologists – of patients for intensive, everyday group psychotherapy, combined with elements of individual therapy, as well as with the patients' own decisions, made by them between ambulatory visits. Expectations and motivations of patients are the crucial indicators for the process of treatment. These factors influence the patients' commitment to treatment and the optimal utilization of the resources of ambulatory selecting facility and of the therapeutic day hospital.

**Aim:** Description and analysis of the process of selection for intensive psychotherapy treatment, ongoing in a day hospital for neurotic disorders. Assessment of this process effectiveness on its particular stages.

**Material:** Data regarding attendance of patients in the years 2004-2005. The analyzed group consisted in total of 3108 persons, including 1679 patients registered in 2004 and 1429 registered in 2005.

**Method:** Analysis of the number of actually attended visits on particular stages of diagnostics before admission to a day hospital. Comparison of proportions of patients registered for consecutive visits in the ambulatory clinic, attending or cancelling visits, and finally admitted to a day hospital or referred-out to other health care institutions.

**Results:** Many patients do not come for the preset diagnostics visits, the next numerous group is referred for treatment in other health care institutions. Selection, in a largest part, is done at the first stage of initial psychiatric examination, which contributes to smaller inhibition of the selection process by more time-consuming psychological examination – elaborate biographical interview and questionnaires-based diagnostics. It has also been concluded that referrals out of the analyzed institution concerned mostly the disorders not included by the insurance company in the treatment contract for the institution, e.g. organic brain disorders, drug-dependencies, psychotic schizophrenic disorders and affective disorders, while the next group contained patients suffering from disorders fitting the profile of the treatment provided by the institution (neurotic and personality disorders), but not being able to comply to treatment program because of life context, general health conditions, insufficient motivation, decreased control of autoaggressive impulses etc.

**Conclusions:** Admission for treatment in the day hospital is connected with a significant selection of patients, carried out during initial ambulatory visits by both: staff and the patients themselves. The majority of referrals to hospitals and ambulatory psychiatric clinics (PZP) result from initial psychiatric examination, while referrals to psychotherapy clinics (e.g. for personality disorders) often occur later. Referral for treatment outside the institution sometimes turns out to be necessary even after several weeks from the beginning of the ambulatory selection examinations. Resignations of patients in a form of absences without any notification, cancelling visits or informing about the decision during the visit are frequent. Effectiveness of the selection process – connected with patients-candidates' group composition, and with the specific setting of intensive treatment – cannot be easily improved because of the specificity of intensive psychotherapy. Disrupting the relatively burdening diagnostics probably decreases the number of dropouts during treatment in a day hospital.

**Słowa kluczowe:** kwalifikacja do psychoterapii, oddział dzienny, intensywne leczenie psychoterapią, skierowanie do innego leczenia, kryteria wykluczające

**Keywords:** qualification for psychotherapy, day hospital, intensive psychotherapy treatment, referral to other treatment, exclusion criteria

Wyniki badań częściowo przedstawiono podczas Konferencji „Zaburzenia nerwicowe, terapia, badania, dydaktyka. 30-lecie Zakładu, Katedry Psychoterapii” 10-11.06.2006 w Krakowie.

## **Wprowadzenie**

Oczekiwania pacjentów w odniesieniu do trybu leczenia i efektywności różnych typów terapii [np. 1], nabierają szczególnego znaczenia w sytuacji, gdy skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalisty psychiatry do instytucji oferującej psychoterapię przestało być wymagane. Z uwagi na szeroki zakres oferowanej pomocy, obejmującej zarówno psychoterapię, leczenie farmakologiczne, niekiedy także elementy rehabilitacji (np. treningi umiejętności interpersonalnych), a przede wszystkim możliwość leczenia bez utraty kontaktu ze środowiskiem rodzinnym, zawodowym czy towarzyskim i odmienną „społeczną konotację” [2, 3, 4, 5], oddziały dzienne stały się miejscem leczenia preferowanym nie tylko przez specjalistów, ale także przez pacjentów. Konsekwencją jest między innymi większa liczba osób zgłaszających się do leczenia prowadzonego w systemie dziennym (jak podają S. Pużyński i W. Langiewicz, w Polsce już w 2003 r. działało 168 oddziałów dziennych opieki psychiatrycznej, oferujących łącznie 3,8 tys. miejsc [6]), a co za tym idzie – konieczność skutecznego i sprawnego systemu kwalifikacji, zapewniającego optymalizację czasu oczekiwania przez pacjentów na rozpoczęcie leczenia. Wiąże się ona zarówno z możliwością zaplanowania i przeznaczenia na leczenie określonego czasu, jak i wstępne przepracowanie motywacji do leczenia, a także jak najlepsze wstępne przygotowanie pacjenta do terapii [4, 7, 8].

W literaturze wymienia się szereg koniecznych, czy „pożądanych”, cech osób chcących się leczyć psychoterapią, ze szczególnym naciskiem na motywację do zmian, zdolność do uzyskania wglądu, umiejscowienie poczucia kontroli i elastyczny system mechanizmów obronnych [9, 10, 11].

W odniesieniu do leczenia psychoterapią w systemie dziennym, w znacznej mierze mówić można raczej o „selekcji negatywnej” [12], związanej, jak się wydaje, przede wszystkim z brakiem kontroli nad pacjentami po godzinach zajęć terapeutycznych. Powoduje to unikanie przyjmowania do tego trybu leczenia m.in. osób impulsywnych, przejawiających tendencję do samouszkodzeń lub zachowań samobójczych, nadużywających alkoholu, narkotyków etc. [4, 13]. Pobyt w oddziale dziennym wymaga od pacjentów również szczególnej motywacji np. ze względu na znaczny wysiłek związany z leczeniem (skondensowanie zajęć terapeutycznych, wymagana aktywność i regularność uczestniczenia w sesjach, obciążenia finansowe np. wynajęcie mieszkania przez pacjentów zamiejscowych itp.) i jednoczesnym prowadzeniem codziennego życia [2, 4, 13]. Z leczeniem i dążeniem do leczenia w oddziale dziennym wiązać mogą się również specyficzne korzyści wtórne, które często zakłócają proces terapii i znacząco wpływają na jej wynik [4, 14]. Dodatkową zmienną, która musi być uwzględniana

w procesie kwalifikacji, jest oferowany tryb leczenia, a zatem ocena stopnia, w jakim określony pacjent może skorzystać z danej formy terapii.

Wymienione czynniki sprawiają, że proces kwalifikacji do leczenia oraz oceny możliwości dostosowania programu terapeutycznego do potrzeb określonego pacjenta staje się kluczowym elementem procesu psychoterapii [15].

W opisywanym oddziale praca terapeutyczna prowadzona jest w grupach otwartych, liczących średnio 8-10 osób i odbywa się w dwóch trybach – porannym, przeznaczonym dla pacjentów niepracujących lub przebywających na zwolnieniu lekarskim, obejmującym 15 godzin terapii grupowej tygodniowo, jedną godzinę w tygodniu terapii indywidualnej i godzinne spotkanie społeczności oraz w trybie popołudniowym, przeznaczonym przede wszystkim dla osób łączących terapię z pracą zawodową, obejmującym ok. 10 godzin terapii grupowej tygodniowo, możliwość sesji indywidualnych oraz przez dwa dni w tygodniu zajęcia o charakterze psychoedukacyjnym i relaksacyjnym. W oddziale dziennym pacjenci realizują również różnorodne zadania terapeutyczne, takie jak przygotowywanie komentarzy do spotkań „kontrolnych” lub „końcowych”, przesłuchiwanie nagrań sesji, działalność samorządu etc. co zajmuje im dodatkowe, trudne do określenia ilości czasu [np. 13].

Specyfika terapii grupowej oraz kryteria kwalifikacyjne, na podstawie których pacjent jest do niej kierowany, są szeroko opisywane w literaturze [12, 14, 16]. Z uwagi na konieczność zapewnienia płynnej wymiany pacjentów kończących leczenie oraz nowych uczestników otwartych grup terapeutycznych, tak aby utrzymać względnie stałą liczebność grup, jednym z najbardziej istotnych i oczywistych kryteriów doboru jest deklarowana przez pacjenta możliwość uczestniczenia w leczeniu regularnie i przez dłuższy czas (ok. 10–12 tygodni).

Badanie kwalifikacyjne przebiega według kolejnych faz, podobnie jak w innych oddziałach dziennych [3, 17]. Jego pierwszym etapem jest badanie lekarskie i psychiatryczne, w trakcie którego pacjent przedstawia wstępną skargę [18] oraz przeprowadzone zostaje standardowe badanie psychiatryczne i somatyczne. Po postawieniu wstępnego rozpoznania i uznaniu, że zaburzenie oraz stan pacjenta wymaga i pozwala na leczenie psychoterapią, pacjent umawiany jest na wywiad psychologiczny. Przed tą kolejną wizytą w ambulatorium pacjenci wypełniają zestaw testów psychologicznych: m.in. kwestionariusze objawów nerwicowych ”O” i SIII [19, 20], kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006 [21, 22] oraz kwestionariusz motywacyjny i Ankietę Życiorysową [23]. Część badań (testy neuropsychologiczne) przeprowadzana jest podczas spotkania z psychologiem, a w przypadku przypuszczenia o możliwości uszkodzenia organicznego CUN, pacjent kierowany jest na dodatkowe badania specjalistyczne. Celem wywiadu psychologicznego jest przygotowanie

wstępnej epikryzy, obejmującej rozumienie uwarunkowań psychopatologii i mechanizmów zaburzenia pacjenta oraz ocena funkcjonowania w różnych rolach i grupach społecznych (szkoła, rodzina etc.), jego refleksyjności, motywacji do leczenia, specyficznych uwarunkowań życiowych, a także ocena ryzyka niebezpiecznych zachowań o charakterze mechanizmu obronnego acting-out. Ostatnim etapem procesu kwalifikacji jest spotkanie konsultacyjne (przeważnie z doświadczonym psychoterapeutą-superwizorem, specjalistą psychiatrii bądź psychologiem klinicznym), w trakcie którego weryfikowana jest wstępna diagnoza, motywacja pacjenta, a także następuje doprecyzowanie kontraktu i podjęcie decyzji o trybie leczenia [np. 13].

Po zakończeniu kwalifikacji decyzją pacjenta i konsultującego psychiatry uzgodniony zostaje przybliżony termin przyjęcia do oddziału dziennego, mogący z różnych powodów trwać nawet tygodnie i miesiące [24].

### **Cel**

Celem badania była ilościowa analiza procesu kwalifikacji do leczenia intensywną psychoterapią prowadzoną w dziennym oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych w okresie dwóch lat względnej stabilizacji zreformowanego systemu opieki zdrowotnej. Ponadto zamiarem autorów było określenie wydajności tego procesu w poszczególnych jego etapach – trzech spotkaniach z personelem ambulatorium.

### **Materiał**

Informacje o zgłaszaniu się poszczególnych pacjentów w latach 2004-2005, na kolejne wizyty w ambulatorium konsultacyjnym, należącym do poradni leczenia zaburzeń nerwicowych. Analizowana grupa kandydatów na pacjentów liczyła łącznie 3108 osób, w tym 1679 pacjentów zarejestrowanych w 2004 oraz 1429 zarejestrowanych w 2005 roku.

### **Metoda**

Analiza ilości zgłoszeń na poszczególne etapy diagnostyki przed leczeniem w oddziale przez porównanie odsetków pacjentów, zarejestrowanych na kolejne wizyty w ambulatorium, zgłaszających się, lub je odwołujących, oraz ostatecznie zakwalifikowanych do oddziału lub przesłanych do innych instytucji opieki zdrowotnej.

### **Wyniki**

Poniższa tabela 1 zawiera liczebności i odsetki pacjentów zarejestrowanych na kolejne wizyty w ambulatorium, zgłaszających się na nie lub je odwołujących – w tym niekiedy dwu, a nawet trzykrotnie.

Utraty zaplanowanych terminów miały miejsce przeważnie z powodu nie zgłoszenia się umówionych pacjentów – większość z ogólnej liczby nie wykorzystanych terminów wizyt, w

tym odsetek wizyt odwołanych był znacznie mniejszy – wynosił kilkanaście procent, a bardzo znacznych (uniemożliwiających wykonanie badania) spóźnień – tylko kilka procent.

Procesy diagnostyczne niektórych (nielicznych) pacjentów nie uległy zakończeniu w analizowanych rocznikach z powodu ich wyjazdu, domniemanej rezygnacji, lub z niewiadomych przyczyn.

Tabela 1. Odsetki pacjentów zgłaszających się oraz kwalifikowanych w kolejnych etapach diagnostyki w latach 2004-2005

Etap diagnostyki	Wstępne badanie psychiatryczne			Wywiad psychologiczny			Konsultacja podsumowująca		
	ustalono terminów	zgłosiło się	dalej zakwalifikowano	ustalono terminów	zgłosiło się	dalej zakwalifikowano	ustalono terminów	zgłosiło się	zakwalifikowano
liczebność	3176	2281	1179	1192	1019	955	1049	854	479
% terminów badań wstępnych	100%	72%	37%	38%	32%	30%	33%	27%	15%
% zgłoszeń do psychiatry		100%	52%	52%	45%	42%	46%	37%	21%
% zakwalifikowanych przez lekarza			100%	101%	86%	81%	89%	72%	41%
% terminów wywiadów psychol.				100%	85%	80%	88%	72%	40%
% zgłoszeń do psychologa					100%	94%	<b>103%</b>	84%	47%
% zakwalifikowanych przez psychologa						100%	<b>91%</b>	89%	50%
% terminów konsultacji							100%	81%	46%
% zgłoszeń na konsultację								100%	56%

niekiedy ustalano pacjentom więcej terminów konsultacji – co zaznaczono wytłuszczeniem

Jak można wywnioskować z tabeli 1, znaczny odsetek pacjentów (25-30%) nie zgłaszał się na uzgodnione terminy wstępnych badań kwalifikujących, wykonywanych przez lekarza. W efekcie wstępnych badań psychiatrycznych do dalszych etapów diagnostyki skierowanych została tylko około połowa pacjentów. Podobnie liczna grupa pacjentów ustalała terminy zgłoszenia do psychologa (podejmując wypełnianie kwestionariuszy diagnostycznych), a niekiedy terminów tych ustalono więcej (1-2 dodatkowe), jednak ponad 15% nie zgłosiło się do psychologa w umówionym terminie. Spośród zgłaszających się na badanie psychologiczne do konsultacji podsumowującej skierowano prawie wszystkich pacjentów (93%). Podobnie jak w przypadku badania psychologicznego termin konsultacji ustalany był dla niektórych pacjentów (tabela 2) nawet dwu i trzykrotnie, jednak zgłosiło się na nią tylko 87-99%

zakwalifikowanych, z czego do leczenia w oddziale dziennym skierowano 54-58% (co stanowiło tylko 20-25% pacjentów wstępnie badanych przez psychiatrę i 15-18% pierwotnie ustalonych terminów badań wstępnych).

Tabela 2. Odsetki kwalifikacji i skierowań pacjentów do innych instytucji w latach 2004-2005

	Miejsce skierowania	Wstępne badanie psychiatryczne	Wywiad psychologiczny	Konsultacja podsumowująca		Razem	
Analizowana instytucja	<b>ODDZIAŁ DZIENNY:</b> grupy poranne	0,1%	0	32,9%	1,6% do późniejszej decyzji	13,9%	0,7% do późniejszej decyzji
	<b>ODDZIAŁ DZIENNY:</b> grupy popołudniowe	0	0	30,5%		12,8%	
	Terapia ambulatoryjna	0	0	7,6%		3,2%	
	Farmakoterapia	0,9%	0	1,0%		0,9%	
Inne instytucje	Szpital psychiatryczny	4,6%	7,1%	0,7%		3,0%	
	PZP	65,9%	64,3%	8,7%		41,9%	
	Poradnie uzależnień	4,6%	0	0,5%		2,9%	
	Poradnia leczenia zab. osobowości	9,6%	14,3%	2,9%		6,8%	
	Inne poradnie	14,4%	14,3%	13,6%		14,0%	
Łącznie		1003 (100,0%)	14 (100,0%)	735 (100,0%)		1752 (100,0%)	

Ponadto nielicznych pacjentów skierowano do neurologa, seksuologa, do domu (uznano za zdrowych), a pewna liczba pacjentów pozostawała w kontakcie, jednak nie dokonano ich ostatecznej kwalifikacji (np. rozpoczęto badania, które przerwano z uwagi na wyjazd pacjenta etc.).

Badanie wstępne (tabela 3) doprowadza do kwalifikacji do dalszej diagnostyki, prowadzonej pod kątem możliwości leczenia w oddziale aż 65-69% pacjentów z wstępnym rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem (kody ICD-10 F4x). Znaczny odsetek tej grupy osób nie dociera do badania konsultacyjnego. Bierze w nim ostatecznie udział tylko 60-66% pacjentów z tym rozpoznaniem.

Tabela 3. Decyzje podjęte po wstępnym badaniu a diagnoza w kategoriach ICD-10

Decyzja o skierowaniu podjęta po badaniu wstępnym:

Decyzja o skierowaniu podjęta po badaniu wstępnym: Rozpoznanie:	Dalsze badania w ambulatorium	Inne szpitale psychiatryczne	Poradnie Zdrowia Psychicznego	Poradnia leczenia zaburzeń osobowości	Poradnie Uzależnień	Inne poradnie	Razem
Liczebność	1174	45	656	95	46	155	2171
Razem	54,1%	2,1%	30,2%	4,4%	2,1%	7,1%	100,0%
F0x ORGANICZNE	2,5%	0,0%	92,5%	0,0%	1,3%	3,8%	100,0%
F1x UZALEŻNIENIA	3,6%	0,0%	17,9%	0,0%	75,0%	3,6%	100,0%
F2x SCHIZOFRENIA	2,0%	18,0%	76,0%	0,0%	0,0%	4,0%	100,0%
F3x AFEKTYWNE	21,9%	9,6%	41,1%	1,4%	0,0%	26,0%	100,0%
F34.1 dystymia	61,9%	1,0%	23,7%	2,1%	0,0%	11,3%	100,0%
<b>F4x Łącznie:</b>	<b>67,4%</b>	<b>0,5%</b>	<b>26,0%</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,7%</b>	<b>4,7%</b>	<b>100,0%</b>
F40.x fobie	78,1%	0,7%	17,9%	0,0%	0,7%	2,6%	100,0%
F41.x inne zab. lękowe	76,0%	0,0%	20,5%	1,0%	0,6%	1,9%	100,0%
F42 OCD	72,2%	1,3%	21,5%	1,3%	0,0%	3,8%	100,0%
F43 reakcje/zab. adapt.	42,3%	1,2%	44,3%	0,8%	1,6%	9,9%	100,0%
F44 konw.-dysocj.	74,3%	0,0%	17,1%	0,0%	0,0%	8,6%	100,0%
F45 pod post. somat.	72,3%	0,4%	23,1%	0,4%	0,4%	3,3%	100,0%
F48 inne zab. nerw.	73,9%	0,0%	13,0%	4,3%	0,0%	8,7%	100,0%
<b>F50.x zab. odżywiania się</b>	<b>61,2%</b>	<b>9,5%</b>	<b>16,4%</b>	<b>5,2%</b>	<b>0,9%</b>	<b>6,9%</b>	<b>100,0%</b>
F51 zab. snu	45,5%	0,0%	45,5%	0,0%	0,0%	9,1%	100,0%
F52 dysf. seks.	50,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	25,0%	100,0%
<b>F60.x specyf. zab. osob.</b>	<b>47,7%</b>	<b>1,1%</b>	<b>22,5%</b>	<b>16,6%</b>	<b>2,5%</b>	<b>9,5%</b>	<b>100,0%</b>
F60.3 os. chwiejna em.	31,4%	1,5%	24,1%	27,0%	2,2%	13,9%	100,0%
<b>inne diagnozy</b>	<b>28,2%</b>	<b>5,1%</b>	<b>54,7%</b>	<b>0,9%</b>	<b>0,9%</b>	<b>10,3%</b>	<b>100,0%</b>



Z tabeli 4 wynika, że w podczas konsultacji podsumowującej tylko 1/3 pacjentów z wstępnym rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem (kody ICD-10 F4x) została zakwalifikowana do leczenia w oddziale dziennym.

Tabela 4. Decyzje po konsultacji a diagnoza ICD-10 (2004-2005)

Decyzja o skierowaniu podjęta po badaniu konsultacyjnym:	Oddział Dzienny Leczenia Nerwic	Grupowa terapia ambulatoryjna	Terapia indywidualna	Szpitalne psychiatryczne	Poradnie Zdrowia Psychicznego	Poradnia leczenia zaburzeń osobowości	Poradnie Uzależnień	Inne poradnie	Razem
Rozpoznanie:									
Liczebność	472	16	40	5	63	21	4	106	727
Razem	64,9%	2,2%	5,5%	0,7%	8,7%	2,9%	0,6%	14,6%	100%
F2x SCHIZOFRENIA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100%
F3x AFEKTYWNE	83,3%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
F34.1 dystymia	74,4%	0,0%	7,7%	0,0%	5,1%	0,0%	0,0%	12,8%	100%
<b>F4x Łącznie:</b>	<b>70,5%</b>	<b>1,5%</b>	<b>3,5%</b>	<b>0,2%</b>	<b>7,4%</b>	<b>2,0%</b>	<b>0,4%</b>	<b>14,7%</b>	<b>100%</b>
<b>F40.x fobie</b>	<b>73,0%</b>	<b>1,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>5,6%</b>	<b>3,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>16,9%</b>	<b>100%</b>
<b>F41.x inne zab. lękowe</b>	<b>71,8%</b>	<b>1,4%</b>	<b>3,5%</b>	<b>0,0%</b>	<b>4,9%</b>	<b>2,8%</b>	<b>2,1%</b>	<b>13,4%</b>	<b>100%</b>
F42 OCD	71,9%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	15,6%	100%
F43 reakcje/zab. adapt.	68,4%	0,0%	10,5%	0,0%	5,3%	1,8%	0,0%	14,0%	100%
F44 konw.-dysocj.	78,9%	0,0%	0,0%	5,3%	5,3%	0,0%	0,0%	10,5%	100%
F45 pod post. somat.	67,6%	2,8%	3,7%	0,0%	9,3%	1,9%	0,0%	14,8%	100%
F48 inne zab. nerw.	40,0%	10,0%	10,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	20,0%	100%
<b>F50.x zab. odżywiania</b>	<b>52,2%</b>	<b>2,2%</b>	<b>8,7%</b>	<b>2,2%</b>	<b>8,7%</b>	<b>2,2%</b>	<b>0,0%</b>	<b>23,9%</b>	<b>100%</b>
F51 zab. snu	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
F52 dysf. seks.	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
<b>F60.x specyf. zab. osob.</b>	<b>57,6%</b>	<b>6,1%</b>	<b>7,6%</b>	<b>1,5%</b>	<b>8,3%</b>	<b>8,3%</b>	<b>0,8%</b>	<b>9,8%</b>	<b>100%</b>
F60.3 os. chwiejna em.	36,4%	0,0%	18,2%	4,5%	4,5%	18,2%	0,0%	18,2%	100%
<b>inne diagnozy</b>	<b>26,9%</b>	<b>0,0%</b>	<b>15,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>23,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>7,7%</b>	<b>26,9%</b>	<b>100%</b>

Najlichniesza grupa pacjentów odsyłanych po badaniu wstępnym skierowana została przez lekarzy do Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP) (ok. 30% badanych), natomiast lekarze konsultujący odesłali chorych głównie do innych poradni (ok. 15% konsultowanych), ale często także do PZP (ok. 10% konsultowanych). Z licznej grupy ponad 250 pacjentów, mających rozpoznane zaburzeń adaptacyjnych (F43), bardzo wielu (ok. 45%) zostało odesłanych do PZP.

Względnie niewielu pacjentów odesłano do oddziału i poradni leczenia zaburzeń osobowości (4-5% badanych wstępnie i 2-3% konsultowanych, razem 6-8% ogólnej liczby skierowań poza analizowaną instytucję).

## **Dyskusja**

Etap badań diagnostycznych i zawierany w ich trakcie kontrakt - przedstawienie proponowanego trybu leczenia i zasad pracy oddziału - pełni znaczącą rolę w doborze pacjentów zgłaszających się do leczenia. Wieloetapowość pozwala, obok dokładnej diagnostyki psychopatologicznej, także na weryfikację (niekiedy przepracowanie) motywacji do leczenia i zmian, oraz gotowości do podjęcia wysiłku, który pacjent skłonny jest włożyć w leczenie, przy czym niezbędne jest uwzględnienie faktycznych możliwości pacjenta (chorego) w tym zakresie.

W początkowych latach działalności analizowanej instytucji odsetek osób nie podejmujących leczenia - również po badaniu konsultacyjnym - wynosił ok. 25% [4]. Przeglądy piśmiennictwa opisują jeszcze wyższe odsetki późniejszych porzuceń leczenia (nawet do 50% rozpoczynających je pacjentów). W późniejszych analizach oceniano, że badania kwalifikujące pozwalają na zapewnienie ilości porzuceń leczenia na poziomie ok. 10% [13].

Zwiększenie liczby osób zgłaszających się do leczenia sprawia również, że szczególnego znaczenia nabiera zjawisko nie zgłaszania się pacjentów na umówione wizyty. Oczywistym jest, że nie zgłoszenie się na wizytę wpływa na proces leczenia danej osoby, a także zakłóca optymalne wykorzystanie czasu pracy instytucji i osób leczących, generując koszty związane z nie wykorzystaniem i zmniejszeniem ilości czasu dla innych chorych. Zaskakujące są jednak dane o skali tego zjawiska. Podaje się, że w zależności od typu wizyty odsetek pacjentów, którzy nie pojawiają się na umówionym spotkaniu, wynosi od 12% do 60% [25] a według innych autorów od 16 do aż 67% [26], przy czym zjawisko to w szczególnym stopniu dotyczy pierwszych spotkań terapeutycznych czy wizyt wstępnych, zwłaszcza na oddziałach dziennych, gdzie znacząca część czasu pracy przeznaczana jest właśnie na wstępne wywiady

[25, 26]. Sparr i wsp. zwracają uwagę, że opuszczenie pierwszej wizyty znacznie zwiększa prawdopodobieństwo nie pojawienia się na kolejnej i podkreślają znaczenie wstępnego wzmacniania motywacji pacjentów do leczenia [25]. Mimo, iż dotychczasowe analizy przyczyn niedotrzymywania umówionego terminu wizyty, uwzględniające takie cechy pacjentów jak status socjoekonomiczny, płeć, wiek, długość czasu oczekiwania na termin wizyty, stan cywilny czy odległość miejsca zamieszkania, nie przyniosły jednoznacznych rezultatów [25], uważa się, że potencjalnymi zmiennymi „predykcyjnymi” nie zgłoszenia się na wizytę są między innymi odległość jej terminu od momentu umówienia, podobne zdarzenia w przeszłości i odległość miejsca zamieszkania od instytucji, w której pacjent poszukuje leczenia. Ważną zmienną w przewidywaniu dotrzymywania przez pacjenta umówionego terminu wizyty wydaje się również jego związek emocjonalny i znaczenie relacji z osobą bądź instytucją kierującą do leczenia [26].

Analizy piśmiennictwa wskazują, że najczęstszymi przyczynami nie zgłaszania się pacjentów na umówioną wizytę są: zapomnienie o terminie, nieporozumienie co do daty, błąd w przekazie informacji, zaspanie lub złe samopoczucie. W związku z tym uważa się, że na dotrzymywanie terminów spotkań wpływają korzystnie takie działania jak telefony czy e-maile z przypomnieniem o wizycie, choć zdaniem niektórych autorów związane z nimi koszty (także czasowe) - biorąc pod uwagę wysoki odsetek pacjentów samodzielnie umawiających się na kolejny termin - przemawiać mogą za niecelowością traktowania ich jako rutynowego postępowania administracyjnego. Za ważne działania zapobiegające opuszczaniu wizyt przez pacjentów uważa się również skracanie czasu oczekiwania na wizytę, zniżki oraz przekazywanie większej ilości informacji na temat leczenia przy ustalaniu terminu pierwszej wizyty [25].

Pewna liczba konsultowanych pacjentów nie jest kwalifikowana do rozpoczęcia leczenia psychoterapią. Przyczynami mogą być między innymi: charakter zaburzenia (w tym uzależnienie), rezygnacja z leczenia w czasie kwalifikacji, wskazanie do innej formy terapii, czy też czynniki organizacyjne ze strony instytucji leczącej (np. niewystarczająca ilość czasu terapeutów), poważne problemy socjalne lub finansowe pacjenta, a także czynniki związane z motywacją osoby zgłaszającej się (np. uznanie jej za „weterana” terapii) [10, 15].

Wydajność opieki zdrowotnej pozostaje obecnie troską menedżerów, jednak zapewnienie odpowiedniej liczby pacjentów jest ważne dla prawidłowego funkcjonowania grup terapeutycznych. Nadmierne wydłużanie kolejki oczekujących powoduje „wykruszanie się” z niej pacjentów prawidłowo wyselekcjonowanych do leczenia.

Odsetek pacjentów kierowanych do szpitali psychiatrycznych wydaje się relatywnie niski wobec obowiązującego systemu samo-kierowania się pacjentów do ambulatorium naszej instytucji (od czasu zniesienia skierowań od rejonowych lekarzy specjalistów psychiatrii).

Natomiast wysoki odsetek osób skierowanych do Poradni Zdrowia Psychicznego i do innego rodzaju poradni najczęściej wskazuje, według doświadczenia klinicznego autorów niniejszej pracy, na trudności w dopasowaniu warunków leczenia do okoliczności życiowych pacjenta.

Ważnym aspektem funkcjonowania Ambulatorium jest wczesne kierowanie pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych do odpowiednich instytucji.

Z analizy pojedynczych przypadków wynika, że pewien odsetek chorych zgłaszających się w poszukiwaniu psychoterapii, choruje na zaburzenia nie leczone w analizowanej instytucji – psychozy schizofreniczne, głębokie zaburzenia nastroju, zaburzenia psychoorganiczne, zaburzenia osobowości ze skłonnością do niebezpiecznych zachowań. Ich terapia w dziennym oddziale leczenia nerwic nie byłaby oczywiście możliwa.

Również pewna podgrupa pacjentów cierpiących na zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem, zaburzenia zachowania, zaburzenia odżywiania się i zaburzenia osobowości leczone w naszej instytucji, nie jest chętna lub wystarczająco zmotywowana do podjęcia intensywnej psychoterapii w oddziale dziennym, zajmującej przynajmniej 10-17 godzin tygodniowo, trwającej zazwyczaj ponad 10 tygodni. Niektórzy pacjenci domagają się trudniej dostępnej psychoterapii indywidualnej, odmawiają udziału w terapiach grupowych w instytucji akademickiej, odbywających się przy udziale stażystów i studentów, inni domagają się dostosowania godzin leczenia do ich systemu pracy zmianowej etc.

Kwalifikacja do terapii sama w sobie będąca procesem uciążliwym, wymagającym m.in. wypełnienia kwestionariuszy zawierających kilkaset pytań, stawiająca wymagania punktualnego uczestnictwa i współpracy z badającymi, jest także ważnym elementem procesu doboru pacjentów pod względem motywacji i możliwości współpracy w danych warunkach leczenia.

### **Wnioski:**

1. Potwierdzeniu uległo oparte na doświadczeniu klinicznym przypuszczenie, że kwalifikacja do leczenia w oddziale wiąże się ze znacznego stopnia selekcją pacjentów, zarówno dobozem świadomie dokonywanym w czasie badań przez terapeutów jak i przez samych pacjentów.

2. Najwięcej skierowań poza analizowaną instytucję do szpitali i PZP dokonuje się w wyniku badania wstępnego, natomiast skierowania do innych poradni psychoterapeutycznych (np. leczenia zaburzeń osobowości) często następują na dalszych etapach diagnostyki.

3. Niekiedy skierowanie pacjenta do leczenia w warunkach innych niż te, które może zapewnić opisywana instytucja, okazuje się konieczne nawet po kilku tygodniach badań wstępnych.

4. Rezygnacje pacjentów na poszczególnych etapach diagnostyki zarówno w postaci nieobecności bez zawiadomienia, jak i odwołania spotkań lub zakomunikowania takiej decyzji badającym, są częste.

5. Wydajność procesu kwalifikacji do leczenia jest związana ze składem grupy pacjentów zgłaszających się do leczenia i nie może ulec prostemu zwiększeniu, z uwagi na specyfikę procesu intensywnej kompleksowej psychoterapii. Nie zgłaszanie się na kolejne etapy stosunkowo uciążliwej diagnostyki prawdopodobnie zmniejsza odsetki pacjentów porzucających leczenie w oddziale i chroni grupy psychoterapeutyczne przed większym odsetkiem porzuceń leczenia.

Badanie nie było sponsorowane.

### **Adres do korespondencji:**

Katedra Psychoterapii UJ CM, ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków.

### **Piśmiennictwo**

1. Meresman JF, Horowitz LM, Bein E. Treatment assignment, dropout, and outcome of depressed patients who somatize. *Psychotherapy Res.* 1995; 5, 3: 245-257.
2. Kubiak J, Zięba A. Oddział dzienny w strukturze instytucji psychiatrycznych. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28, 4: 431-442.
3. Muskat K, Dymecka-Kühn A, Krzyżanowska J, Wciórka J. Oddział dzienny w kompleksowym leczeniu pacjentów psychotycznych – założenia, zasady pracy, doświadczenia. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28, 4: 385-394.
4. Aleksandrowicz JW, Kołbik I, Romeyko-Hurko A. Oddział dzienny jako forma intensywnej, kompleksowej terapii nerwic. *Psychoterapia*, 1979; 30: 39-45.
5. Kamiński R, Letkiewicz M, Lisiecka A. Motywacja do poddania się terapii na oddziale dziennym – analiza przypadku. *Psychoterapia* 2001; 3,118:30-34.
6. Pużyński S, Langiewicz W. Aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce (2004r.). *Psych. Pol.* 2005; 39, 4: 617-627.

7. Aleksandrowicz JW., Zgud J, Martyniak J, Staniszk K. Badania motywacji do leczenia pacjentów chorujących na nerwicę i zaburzenia osobowości. *Psychoterapia*, 1982; XLII: 27-36.
8. Simon W, Marchewka D, Sala P. Motywacja a psychoterapia. *Psychoterapia* 2002; 4, 123: 5-22.
9. Crown S. Psychoterapia ambulatoryjna w lecznictwie ogólnym i specjalistycznym psychiatrycznym. *Psychoterapia*. 1983; 45-46, 9-13.
10. Scheidt CE, Burger T, Strukely S i in. Treatment selection in private practice psychodynamic psychotherapy: a naturalistic prospective longitudinal study. *Psychoter. Res.* 2003; 13, 3: 293-305.
11. Thormählen B, Weinryb RM, Norén K i in. Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychotherapy Res.* 2003; 13, 4: 493-509.
12. Yalom ID, Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books; 2005;
13. Mazgaj D, Stolarska D. Model terapii nerwic na oddziale dziennym. *Psychiatria Polska* 1994; 28, 4: 421-430.
14. Kratochvil S. *Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic*. PWN, 1986.
15. Milner J, O'Bryne P. How do counselors make client assessments? *Coun. Psychother. Res.* 2003; 3, 2: 139-145.
16. Bernard HS, MacKenzie KR. *Podstawy terapii grupowej*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2001;
17. Kratochvil S. *Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic*. PWN, 1986.
18. Malewski J, Tworska A. Przygotowanie pacjentów nerwicowych do psychoterapii grupowej. W: Wardaszko-Łyskowska H. red. *Terapia grupowa w psychiatrii, psychoterapia grupowa, społeczność lecząca*. Warszawa: PZWL; 1973.
19. Stolarska D. Diagnostyczne cechy języka pierwszej wypowiedzi pacjentów nerwicowych – na podstawie analizy przypadku. *Psychoterapia* 1999; 1; 108: 23-35.
20. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28: 667–676.
21. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Kwestionariusz objawowy S-III. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45, 4: 515-526.
22. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006. *Biblioteka Psychiatrii Polskiej*: Kraków; 2006.
23. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. KON-2006. Kwestionariusz osobowości nerwicowej. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41, 6: 759-778.
24. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Kołbik I, Kowalczyk E, Martyniak J, Miczyńska A., Meus J, Miś L, Niwicki J, Paluchowski J, Pytko A, Trzcieniecka A, Wojnar M, Romejko A, Romanik O, Zgud J. Minimum informacji o pacjentach nerwicowych i ich leczeniu. *Psychoterapia*. 1981; 37: 3-10.

24. Sobański JA, Klasa K. Zmiany nasilenia objawów w okresie oczekiwania na leczenie. *Psychoterapia*. 2005; 132, 1: 67-79.
25. Sparr LF, Moffitt MC, Ward MF. Missed psychiatric appointments: who returns and who stays away. *Am. J. Psychiatry*, 1993; 150: 801-805;
26. Hampton-Robb S, Quallas RC, Compton WC. Predicting first-session attendance: the influence of referral source and client income. *Psychother. Res.* 2003; 13, 2: 223-233.