

Jerzy A. Sobański

DYNAMIKA GLOBALNEGO NASILENIA OBJAWÓW ZABURZEŃ NERWICOWYCH PODCZAS INTENSYWNEJ PSYCHOTERAPII NA ODDZIALE DZIENNYM

GLOBAL NEUROTIC SYMPTOMS INDEX DYNAMICS DURING INTENSIVE PSYCHOTHERAPY IN A DAY HOSPITAL SETTING

Katedra Psychoterapii Collegium Medicum UJ
Kierownik: prof. dr hab. med. Jerzy W. Aleksandrowicz

symptom dynamics
neurotic disorders
psychotherapy research

Autor podejmuje analizę, występujących w trakcie psychoterapii, zmian nasilenia dolegliwości u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi oraz związku tych zmian z wynikami leczenia. Jak wynika z przeprowadzonego badania na niekorzystny przebieg terapii może wskazywać brak zmian znacznego nasilenia objawów nerwicowych (plateau), podczas gdy występowanie wahań tego nasilenia może być prognostycznie korzystne.

Summary

Aim: Analysis of the dynamics of the global neurotic symptom level during intensive integrative psychotherapy in a day-hospital setting, and its relation to therapy outcome.

Method: 4345 symptom check-lists "0", filled in by 319 patients treated in day-hospital in the years 1990–1998 were analysed. The studied group consisted in 235 women and 84 men with somatization disorders, generalized anxiety disorder, dissociative disorders and a combination of those mentioned above.

Results: In groups of patients with different therapy outcome, different types of global symptom level sequential changes were observed. Some phenomena like weeks of invariant symptom level ("a plateau") occurred with a different frequency related to the final therapy outcome. During treatment, the global symptom level fall below 200 pts in women and 165 in men often preceded global symptom exacerbations and occurred even in therapies with non-beneficial final results.

Conclusion: Some traits of global neurotic symptom level dynamics may be understood as additional markers of beneficial or non-beneficial therapy processes. Sequences of symptom decrease, as well as sequences of short increase were connected with better therapy results. Weekly filled in symptom check-lists may be useful for monitoring of the psychotherapy process, but a decrease of the global symptom level (OWK) to values typical for healthy population does permit one to consider a patient as a "cured" one. Even a decrease of OWK below 100/82 pts is not always connected to a further maintaining of a global symptom level in the healthy subject domain.

Wprowadzenie

Zmiany globalnego nasilenia objawów są zmienną często monitorowaną podczas terapii, a ich przebieg w trakcie leczenia zyskał w ostatniej dekadzie wiele uwagi badaczy psychoterapii. Szczególnym zainteresowaniem cieszy się znaczenie uzyskanych informacji o przeciętnych i indywidualnych przebiegach zmian nasilenia dolegliwości w kontekście związku zaobserwowanych zjawisk z końcowymi wynikami leczenia, a w konsekwencji możliwości ich predykcji jeszcze podczas leczenia. Szerszy przegląd piśmiennictwa zawiera odrębna praca [1].

Cel pracy

Celem badań była analiza dynamiki globalnego nasilenia objawów w przebiegu leczenia zaburzeń nerwicowych oraz określenie związku tej dynamiki z końcowym wynikiem terapii.

Material

Material badawczy stanowił zbiór 4345 kwestionariuszy objawowych, wypełnionych przez 319 pacjentów leczonych na oddziałach dziennych Wojewódzkiego Ośrodka Leczenia Nerwic w Krakowie, w latach 1990–1998. W grupie badanej znajdowało się 235 kobiet i 84 mężczyzn, w tym: 103 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń występujących pod postacią somatyczną, w większości zaburzeń somatyzacyjnych (F45.0), 82 pacjentów z rozpoznaniem głównie zaburzeń lękowych uogólnionych (F41.1), 63 pacjentów z rozpoznaniem głównie dysocjacyjnych zaburzeń ruchu (F44.4) i czucia (F44.6), 71 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń łączących elementy powyższych. U wszystkich wybranych pacjentów wartość kwestionariusza objawowego „O”, wypełnionego podczas badań wstępnych, wynosiła ponad 165 punktów dla mężczyzn i ponad 200 punktów dla kobiet. Dysponowano pełną dokumentacją globalnego nasilenia objawów w kolejnych tygodniach (co najmniej przez 9 tygodni). Wiek pacjentów wynosił 18–56 lat (średnia = 35,8 roku, mediana = 36, odchylenie standardowe = 8,16).

Przedmiotem analizy były dane zawarte w kwestionariuszach objawowych „O”, wypełnianych przez pacjentów przed leczeniem (w toku badań wstępnych), w dniu rozpoczęcia leczenia, a następnie w odstępach tygodniowych (co poniedziałek) oraz w dniu zakończenia terapii na oddziale. Kwestionariusze wypełnione w toku badań wstępnych i w ostatnim dniu terapii służyły do oceny efektów leczenia, pozostałe przedstawiały przebieg zmian globalnego nasilenia objawów podczas intensywnej psychoterapii kompleksowej, opartej na założeniach podejścia integracyjnego, prowadzonej na oddziale dziennym.

Metody

Ocena wyników leczenia ograniczona została do zmiany objawowej, wynikającej z porównania wartości OWK przed leczeniem i po leczeniu. Pominięto zarówno aspekty zmian osobowości, jak i ocen korzyści z leczenia dokonywanych przez pacjenta oraz przez terapeutę. W celu wyostrzenia kryteriów, w niniejszej pracy kategoryzowano zmianę objawową odmiennie niż w praktyce klinicznej [2], przyjmując: jako „poprawę objawową” — wynik w przedziale 0,1 do 1 (czyli „znaczna poprawa”), jako „brak zmian objawowych” — wynik w przedziale -0,1 do 0,1 (obejmuje obok „braku zmian” także „niewielką

poprawę” i „niewielkie pogorszenie”), a jako „pogorszenie objawowe” wynik w przedziale -1 do $-0,1$ („znaczne pogorszenie”). Za „wyleczenie objawowe” uznano poprawę kończącą się wynikiem wynoszącym dla kobiet 100 punktów, a dla mężczyzn 82 punkty, według dwukrotnie ostrzejszych kryteriów klinicznych wynikających z określenia „punktu odcięcia” [3, 4]. Przyjmując te kryteria, z 319 pacjentów, których kwestionariusze były przedmiotem analizy, utworzono trzy grupy: A — poprawa z wyleczeniem objawowym (129 chorych — 40,4%), B — poprawa bez wyleczenia objawowego (100 chorych — 31,3%), i C — „brak zmian objawowych” (87 chorych — 27,3%). Grupa pacjentów, którzy zakończyli leczenie z „brakiem zmian objawowych”, składała się z chorych, których wyniki wg kryteriów klinicznych wskazywały na nieznaczne poprawy ($n=59$), brak zmian ($n=23$) lub nieznaczne pogorszenia ($n=5$). Dwóch pacjentów, u których z powodu niewielkiego nasilenia objawów nieznaczne zmiany OWK już wystarczyły do uzyskania końcowego wyniku kwalifikowanego jako „wyleczenie objawowe”, wyłączono z dalszych analiz. Pominięto także jedyny przypadek „znaczne” pogorszenia.

W badaniach pilotowych oceniano dynamikę globalnego nasilenia dolegliwości u każdego pacjenta z osobna, a następnie dokonano jej porównań wg podobieństw i różnic.

W wyniku tych badań zaproponowano zaprezentowane w tabeli 1 kategorie zmian

Tabela 1

Kategorie zmian obserwowanych w przebiegu terapii

Kategoria	Definicja dla zmian OWK
wzrost	wzrost o ponad 5% poprzedniej OWK
spadek	spadek o ponad 5% poprzedniej OWK
zwiększenie wzrost—spadek	wzrost, a następnie spadek OWK
zwiększenie spadku—wzrost	spadek, a następnie wzrost OWK
plateau	zmiana mniejsza niż 5% poprzedniej OWK
plateau „pożądane wysokość”	ów. OWK powyżej 200/165 pkt
2 (3, 4) kolejne wzrosty	2 (3, 4) kolejnych 2 (3, 4) wzrostów
2 (3, 4) kolejne spadki	2 (3, 4) kolejnych 2 (3, 4) spadków
2 (3, 4) kolejne plateau	2 (3, 4) kolejnych 2 (3, 4) plateau
obniżenie globalnego nasilenia objawów do wartości typowych dla osób zdrowych, a następnie zwiększenie do wartości typowych dla osób chorych	OWK poniżej 200 pkt dla kobiet i 165 pkt dla mężczyzn, a następnie ponad 200/165 pkt
obniżenie globalnego nasilenia objawów do wartości dwukrotnie niższych niż typowe dla osób zdrowych, a następnie zwiększenie do wartości typowych dla osób chorych	OWK poniżej 100 pkt dla kobiet i 82 pkt dla mężczyzn, a następnie ponad 200/165 pkt

OWK.

Dla każdego pacjenta obliczono częstość wymienionych w tabeli 1 zmian globalnego nasilenia zaburzeń (uzyskując parametry niezależne od czasu leczenia). Następnie rozłożyły ww. zmian OWK w każdej z trzech grup A, B i C, obliczone dla każdego pacjenta

(z powodu wyraźnej ich asymetrii opisane za pomocą median i kwartyli), zostały poddane analizie porównawczej (wyniki przedstawiono w tabeli 2). Porównania trzech rozkładów przeprowadzono za pomocą testu Kruskala—Wallisa, następnie, w przypadku ogólnej różnicy, pary rozkładów porównywano za pomocą testu mediany. Istotności różnicy między odsetkami pacjentów, u których stwierdzono określone cechy dynamiki objawów, badano za pomocą dwustronnego testu dla frakcji (wyniki przedstawiono w tabeli 3).

Wyniki badań

Już w trakcie badań pilotowych, obejmujących m.in. analizy jakościowe wszystkich indywidualnych przebiegów leczenia, okazało się, że tylko u dwóch pacjentów przebiegi zmian były monotoniczne (jednostajne), pozostałe różniły się znacznie pomiędzy grupami o różnych wynikach terapii, a także wewnątrz tych grup. Złożoność dynamiki globalnego nasilenia objawów ilustrują rozpowszechnienia poszczególnych kategorii zmian OWK

Tabela 2
Rozpowszechnienie zmian globalnego nasilenia dolegliwości w grupach A, B i C

Czynniki	Grupa A (n=129)	Grupa B (n=100)	Grupa C (n=87)	Test Kruskalis- Wallisa	Testy mediany
plateau (wzrosty)	☉☉0,11 (0,06–0,16)	☉0,21 (0,1–0,3)	☉0,22 (0,1–0,33)	p=0,0001	☉☉<0,0001 ☉☉<0,0005
plateau po %; onych wysoko (CIUK powyżej 200/165 pkt)	☉☉0,07 (0–0,11)	☉0,2 (0,09–0,3)	☉0,2 (0,09–0,33)	p=0,0001	☉<0,0001 ☉<0,0005
2 kolejnych plateau po %; onych wysoko	☉☉0 (0–0)	☉0 (0–0,06)	☉0 (0–0,06)	p=0,0001	☉☉<0,0001
wzrostów (2 cznie)	☉☉0,27 (0,18–0,33)	☉0,23 (0,18–0,33)	☉☉0,33 (0,25–0,4)	p=0,0001	☉<0,0005 ☉<0,0001
spadków (2 cznie)	☉☉0,6 (0,55–0,67)	☉☉0,52 (0,46–0,62)	☉☉0,44 (0,33–0,5)	p=0,0001	☉<0,0001 ☉☉<0,0005
sekwencji wzrost-sпадek	0,16 (0,12–0,25)	0,16 (0,09–0,21)	0,16 (0,10–0,25)	ns	ns
sekwencji spadek-wzrost	0,17 (0,09–0,22)	0,15 (0,10–0,20)	0,17 (0,10–0,24)	ns	ns
wzrostania podczas terapii obniżenia CIUK poniżej 100– 200/165 pkt	☉☉0,25 (0,15–0,39)	☉☉0,06 (0–0,13)	☉☉0 (0–0,08)	p=0,0001	☉☉<0,0001 ☉<0,005
wzrostania podczas terapii obniżenia CIUK poniżej 100/165 pkt	☉☉0,1 (0–0,23)	☉0 (0–0)	☉0 (0–0)	p=0,0001	☉☉<0,0001

Obok median, w nawiasach, umieszczono wartości dolnego i górnego kwartyla.

Tabela 3
Rozpowszechnienie zmian globalnego nasilenia dolegliwości w grupach A, B i C

Liczba okresów o danej liczbie objawów, u których stwierdzono określone kategorie dynamiki zmian OWK	Grupa A (n=129)	Grupa B (n=100)	Grupa C (n=67)	Test dla wskaźników struktury (odsetki)
2 kolejnych plateau po 5 objawów	13 (10%) ^(a)	44 (44%) ^(a)	33 (38%) ^(a)	^(a) $\chi^2=0,0001$
3 kolejnych plateau po 5 objawów	4 (3%) ^(a)	4 (4%) ^(a)	2 (14%) ^(a)	^(a) $\chi^2=0,005$ ^(a) $\chi^2=0,05$
4 kolejnych plateau po 5 objawów	1 (0,5%) ^(a)	3 (3%)	4 (5%) ^(a)	^(a) $\chi^2=0,05$
5 kolejnych plateau po 5 objawów	0 ^(a)	1 (1%)	3 (3%) ^(a)	^(a) $\chi^2=0,05$
6 kolejnych plateau po 5 objawów	0	0	1 (1%)	ns
2 kolejnych wzrostów	46 (37%) ^(a)	35 (35%) ^(a)	46 (55%) ^(a)	^(a) $\chi^2=0,01$
3 kolejnych wzrostów	7 (5%) ^(a)	5 (5%)	11 (13%) ^(a)	^(a) $\chi^2=0,05$
obniżenie do wartości typowych dla osób zdrowych, a następnie zwiększenie ponad 200/165 pkt	46 (37%) ^(a)	22 (22%) ^(a)	20 (23%) ^(a)	^(a) $\chi^2=0,05$
1 raz	20 (16%)	13 (13%)	11 (13%)	ns
2 razy	10 (8%) ^(a)	2 (2%) ^(a)	2 (2%)	^(a) $\chi^2=0,05$
3 razy	7 (5%)	4 (4%)	2 (2%)	ns
4 razy	3 (2%)	0	0	ns
5 razy	5 (4%)	1 (1%)	1 (1%)	ns
ponad 5 razy	3 (2%)	2 (2%)	4 (5%)	ns
obniżenie do wartości dwukrotnie niższych niż typowe dla osób zdrowych, a następnie zwiększenie ponad 200/165 pkt	6 (5%)	1 (1%)	1 (1%)	ns

przedstawione w tabelach 2 i 3.

Omówienie wyników

Brak zmian łącznego nasilenia dolegliwości, a szczególnie sekwencje kilku kolejnych braków zmiany dolegliwości (plateau) o znacznym nasileniu są najrzadsze w grupie A (różnice istotne statystycznie, tabele 2 i 3). U pacjentów z grupy C do wzrostu łącznego nasilenia dolegliwości dochodziło istotnie częściej niż w grupach A i B (tabela 2). Wzrosty nasilenia dolegliwości zdarzały się przynajmniej raz u prawie wszystkich pacjentów w każdej grupie wyników (różnice nieistotne statystycznie), natomiast sekwencje kilkutygodniowych wzrostów OWK w czasie całej terapii (najczęstsze u pacjentów z grupy C, tabela 3), występowały przynajmniej raz u 30–50% pacjentów w każdej z grup.

Spadki globalnego nasilenia dolegliwości występują najczęściej u pacjentów z grupy

o najbardziej korzystnych wynikach leczenia (A), następnie rzadziej w grupie B, a najrzadziej w grupie C (spadki są w ogóle zmianami częstymi).

W grupie A (popraw z wyleczeniem objawowym) znacznie rzadziej stwierdzano nie przekraczające 5% różnice OWK między dwoma kolejnymi pomiarami (plateau) niż w grupach B i C. Szczególnie dotyczyło to dwutygodniowych plateau globalnego nasilenia objawów. Podobną cechę, ale mniej zaznaczoną, stwierdzono w grupie B. Natomiast w grupie C najrzadsze są spadki OWK (najczęściej w grupie A, rzadziej w grupie B).

Wyniki badań sugerują zatem możliwość uznania kombinacji obecności kilkutygodniowych plateau i kilkutygodniowych wzrostów przy nieobecności licznych spadków wartości OWK (rzadkich w grupie A, częstszych w grupach B, a szczególnie C) za cechę prognostycznie niekorzystną dla końcowych wyników terapii. Nie oznaczają one jednak możliwości wskazania typowego, udanego lub nieudanego, przebiegu leczenia. Obserwacje nie potwierdzają także opisywanego często w piśmiennictwie [1] monotonicznego charakteru zmian.

Częstości występowania sekwencji nasilenia, a następnie zmniejszenia się dolegliwości, a także sekwencji zmniejszenia się, a następnie nasilenia dolegliwości, są podobne u pacjentów należących do grup A, B i C (brak jest istotnych różnic między rozkładami, tabela 2).

Uzyskiwanie w toku terapii obniżenia OWK do poziomu poniżej 200/165 pkt zdarza się w terapiach pacjentów z grupy A bardzo często — przeciętnie trwa przez 25% czasu ich leczenia, znacznie rzadsze jest w grupach B i C (choć również jest u tych pacjentów spotykane, tabele 2 i 3). Często jednak, bo aż u 90 spośród 316 leczonych, w tym nawet kilkakrotnie podczas terapii, we wszystkich trzech grupach zdarza się ponowny znaczny wzrost dolegliwości — OWK powyżej 200/165 pkt (tabela 3). Podobne zjawisko choć wielokrotnie rzadsze (8 z 316 pacjentów) stwierdzono dla uzyskiwania poziomu OWK poniżej 100/82 pkt (były to wartości 99, 89, 85, 79, 77, 61, 60 pkt, a nawet 24 pkt), co zdarzyło się nawet w jednej terapii o wyniku końcowym odpowiadającym brakowi istotnej zmiany (tabela 3).

Dyskusja

Jak wynika z przedstawionych danych, tylko częste pomiary objawów i oceny indywidualnych zmian ich globalnego nasilenia mogą służyć do monitorowania procesu psychoterapii. Mogą być użyteczne poprzez określanie, kiedy następuje największa poprawa, czy też określanie, które zjawiska zaobserwowane podczas trwania leczenia („wyniki pośrednie” jak określił je Kiessler) mogłyby być „zapowiedzią” końcowych efektów leczenia [1, 5, 6, 7].

W niniejszej pracy, w poszukiwaniu związku dynamiki objawów zaburzeń nerwicowych z wynikami leczenia używano metod podobnych do znanych m.in. z badań zespołu K. I. Howarda [np. 8, 9, 10] — polegających na opisach uwzględniających indywidualną specyfikę zmian podczas terapii pojedynczych pacjentów [podobnie np. 11]. Rozwiązania te zastosowano w celu uniknięcia przekłamań, wynikłych z sumowania krzywych i agregowania danych [8, 12, 13, 14], jakie pojawiają się w analizie średnich zmian obliczanych dla całych grup pacjentów.

Chociaż teoretycznie istnieje możliwość domniemania końcowego wyniku na podstawie

podobieństwa kolejnych kwestionariuszy (np. globalnego nasilenia objawów) do analogicznych, dotyczących innych terapii, których wyniki są już znane (względy praktyczne przemawiają za analizowaniem informacji, dostępnych już w pierwszej fazie leczenia) nie wydaje się jednak słuszne przypuszczenie, że np. 5 pomiarów cotygodniowych [5, 6] pozwoli przewidzieć efekt końcowy leczenia, tak jakby był on już zdeterminowany. Ponadto, z piśmiennictwa wynika, że u ok. 25% pacjentów proponowane metody nie pozwalają przewidzieć wyników terapii [np. 15]. Wydaje się też oczywiste, że chociaż możliwość predykcji rośnie z długością obserwowanego odcinka terapii, to jej wynik końcowy nie jest przesądzony aż do ostatniego dnia leczenia. Potwierdzają to także wyniki własnych analiz, w których dopiero w drugiej połowie terapii stwierdzano wyraźnie więcej istotnych statystycznie różnic dynamiki objawów między grupami o określonych wynikach leczenia zarówno w zakresie pojedynczych objawów [16], jak i — co wiadomo z badań pilotowych — globalnego nasilenia dolegliwości.

Podobne wnioski nasuwa także przedstawiona obserwacja przebiegu zmian globalnego nasilenia dolegliwości podczas terapii. Uzyskiwanie w czasie leczenia obniżenia OWK do wartości typowych dla osób nie chorujących na zaburzenia nerwicowe (poniżej 200/165 pkt) nie było w pełni związane z uzyskaniem wyleczenia w końcowym wyniku — globalne nasilenie dolegliwości ulegało ponownemu zwiększeniu u wielu pacjentów. Także, chociaż rzadziej niż dla poprzednio opisanej sytuacji, uzyskanie obniżenia OWK poniżej 100/82 pkt nie zawsze wiązało się z utrzymywaniem się niskiego poziomu dolegliwości czy też z uzyskaniem „wyleczenia” w wyniku końcowym. Ta obserwacja każe postawić pytanie, czy jakkolwiek niski poziom dolegliwości jest podstawą do uznania leczenia za udane i zakończenia psychoterapii monitorowanej za pomocą kwestionariuszy objawowych, jeżeli kryterium używane do „identyfikacji przypadku” w badaniach epidemiologicznych (200/165 pkt) nie wydaje się wiarygodne, a nawet drugie, ostrzejsze kryterium (100/82 pkt) także nie daje możliwości „predykcji” utrzymania dobrego efektu terapii.

Nie wiadomo, czy podobne zjawiska występują w całej populacji leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych — dynamika wahań dolegliwości może zależeć od warunków i rodzaju terapii, jej założeń teoretycznych, intensywności oraz informacji i oczekiwań związanych np. z zapowiedzianym okresem ich trwania. Także ograniczenie badania do populacji chorych na wybrane zaburzenia nerwicowe nie daje pewności co do możliwości uogólniania uzyskanych wyników.

Wyniki badania dynamiki zmian objawowych zależą również od częstości dokonywania pomiarów. Zbyt długie odstępy między pomiarami nie pozwalają na śledzenie zmian objawowych, z drugiej strony — zbyt częste pomiary mogą powodować ich nierzetelność, wynikającą np. z „efektu uczenia się” lub z mechanicznego wypełniania kwestionariuszy, spowodowanego zmęczeniem i zniechęceniem nadmiernie częstym wykonywaniem zadania itp. [17]. Przyjęcie zasady pomiaru cotygodniowego — jak się wydaje — jest rozwiązaniem optymalnym, pozwalającym uniknąć takich błędów. Na brak efektu uczenia się wskazuje m.in. zaobserwowana także w niniejszym badaniu duża różnorodność zmian globalnego nasilenia dolegliwości.

Ograniczeniem możliwości wnioskowania o wpływie zmian ogólnego nasilenia objawów na efekt leczenia jest także specyfika konstrukcji kwestionariuszy objawowych, które

z konieczności pomijają wiele symptomów. Wyniki różnych kwestionariuszy objawowych wypełnionych w tym samym czasie przez jednego pacjenta mogą się bardzo od siebie różnić ze względu na różne zestawy zmiennych [18, 19]. Ponadto, informacje oparte na samych wahaniach OWK mogą ukrywać niektóre aspekty dynamiki poszczególnych objawów ze względu na przeciwne kierunki lub różne rozmieszczenie w czasie zmian nasilenia tych dolegliwości. Być może dlatego — wbrew początkowym przypuszczeniom sekwencje „wzrost, a następnie spadek” oraz sekwencje „spadek, a następnie wzrost” globalnego nasilenia dolegliwości nie mają związku z efektami terapii. Sposób zastosowania kwestionariusza (instrukcja sprawozdawania zmian z 7 ubiegłych dni) nie pozwala jednak uchwycić dolegliwości parodniowych, kilkugodzinnych lub chwilowych wahań nasilenia dolegliwości — zbyt krótkich, by wpłynęły na globalną ocenę całego tygodnia.

W grupie pacjentów kończących terapię z wyleczeniem objawowym (grupa A) znaczne globalne nasilenie dolegliwości pozostawało przez kilka tygodni niezmienione rzadziej niż w pozostałych grupach. Przebiegi zmian globalnego nasilenia dolegliwości łączyły się zarówno z częstszymi niż w pozostałych grupach pacjentów spadkami OWK, jak i wcale nierzadkimi — a nawet nieco częstszymi niż wśród pacjentów, którzy uzyskali tylko poprawę bez wyleczenia — jego wzrostami, być może związanymi np. z poruszeniem w grupie, w obecności pacjenta, problemów analogicznych do jego własnych, z rezygnacją z unikania eksploracji zagrażających obszarów przeżywania, uzyskaniem wglądu, próbami dokonywania zmian w funkcjonowaniu (przepracowania) etc. [1]. Ustępowanie dolegliwości u pacjentów z tej grupy może oznaczać, że napotkali oni, w czasie pobytu na oddziale dziennym, sprzyjające warunki leczenia (adekwatne do zaburzeń i zastosowane w odpowiednim czasie interwencje, powodujące wgląd i przepracowanie, zmiany schematów poznawczych i zmiany zachowania). Nie można także wykluczyć, że wielotygodniowe, stopniowe obniżenia globalnego nasilenia dolegliwości bez jego wzrostów, opisywane m.in. przez M. Lamberta [np. 5], wskazują tylko na uzyskiwanie satysfakcji z przebywania w środowisku terapeutycznym, zaspokajającym neurotyczne potrzeby danego pacjenta.

Być może dostrzeżone zjawiska mają związek ze specyfiką funkcjonowania terapeutów o analogicznym wykształceniu, preferujących eklektyczne, ale ukierunkowane w przeważającym stopniu psychodynamicznie, rozumienie zaburzeń i zasad terapii. Jedną z tych zasad jest stymulowanie pacjenta do uzyskania wglądu w trudne, budzące napięcie, a dotychczas nieuświadomione przeżycia. Zbliżanie się do ich odsłonięcia zazwyczaj bowiem nasila objawy, a uzyskanie wglądu i przepracowanie powoduje w końcu ich ustąpienie. Nie można też wykluczyć, że posługiwanie się techniką udzielania pacjentom informacji zwrotnych, dotyczących nasilenia objawów (dysponują oni wykresami obrazującymi cotygodniowe zmiany OWK), wpływa na kierunki zmian, dostrzeżone w badaniu, np. poprzez uświadomienie chwilowości pogorszeń u innych pacjentów, mobilizuje do konfrontacji z sytuacjami i zachowaniami prowokującymi symptomy.

W grupie B — pacjentów, którzy ukończyli leczenie jedynie z poprawą (bez wyleczenia), stwierdzono najmniej wzrostów globalnego nasilenia dolegliwości łącznie oraz w ciągach po 2 i 3 kolejne tygodnie. W wielu aspektach dynamiki OWK grupa ta wydaje się mieć charakter „pośredni” pomiędzy A i C — pod względem liczby plateau i liczby obniżeń do poziomu 100—200/82—165 pkt, oraz rodzaju zmian na zakończenie terapii — w tym ostatnim aspekcie wydaje się bliższa grupie C. Pacjenci, którzy ukończyli lecze-

nie jedynie z poprawą (grupa B), byli osobami o większym nasileniu dolegliwości przed terapią. Potwierdza to przekonanie, że im większe nasilenie zaburzeń, tym trudniej o sukces terapeutyczny [np. 20]. Nie ma to bezpośredniego związku ze stopniem poprawy, wyrażanej różnicą między początkową a końcową wartością pomiaru nasilenia dolegliwości. Jak wiadomo, łatwiej o „większą poprawę” u osób rozpoczynających leczenie z większym nasileniem dolegliwości dlatego, że „mają z czego się leczyć” [21]. Wynika z tego przeświadczenie (a nawet próby przewidywania wyniku na podstawie początkowej ciężkości zaburzeń w kwestionariuszach objawowych SCL-90R lub OQ-45), że pacjenci o znacznie nasilonych dolegliwościach uzyskują lepsze efekty leczenia [8, 22–28]. Przeświadczenie to nie znalazło potwierdzenia w wynikach niniejszej pracy. Wielu pacjentów z tej grupy (B) uzyskało — choć z opóźnieniem — efekty leczenia zbliżone do grupy wyleczonych (A), być może zatem ich leczenie powinno po prostu trwać dłużej. Należy jednak zaznaczyć, że niektórzy z tych pacjentów pozostawali w leczeniu dłużej niż 9 tygodni, a mimo to nie uzyskali „wyleczenia” wg przyjętych w tej pracy kryteriów.

W grupie „braku zmian” (grupa C) istotnie częściej niż w pozostałych grupach (A i B) stwierdzono występowanie kilku kolejnych wysoko położonych plateau (stałe nasilenie dolegliwości na wysokim poziomie) — co wydaje się wskazywać na impas w leczeniu. Pomimo niedużych różnic OWK w pomiarach dokonywanych na początku i w ostatnim dniu leczenia, w przebiegu takich terapii stwierdzano jednak dość liczne, niewielkie wzrosty, a nawet spadki globalnego nasilenia dolegliwości — niekiedy nawet do poziomu typowego dla osób nieleczonych.

Na podstawie uzyskanych w niniejszej pracy wyników nie sposób więc zgodzić się z M. Lambertem [np. 5, 6], że tylko i wyłącznie spadki nasilenia objawów (obserwowane w toku leczenia) są typowe dla udanych terapii. Bardziej trafny wydaje się postulat uznania mniejszej częstości okresów „zastoju” za zapowiedź uzyskania dobrych końcowych wyników terapii. Najprawdopodobniej okresy braku zmian (plateau) globalnego nasilenia dolegliwości są również zapowiedzią niekorzystnych wyników leczenia, szczególnie gdy dotyczą wysokich OWK. Należy się zgodzić z opinią, że zaobserwowanie braków zmian powinno być sygnałem o konieczności superwizji danej terapii [14, 20, 29–33].

Wyniki wskazują na to, że droga do uzyskania poprawy, przynajmniej w obserwowanych terapiach, przebiega najczęściej poprzez zaostrzenia przeplatające się z poprawami objawowymi i krótkimi okresami zastoju (plateau). Dlatego wydaje się, że żadne cechy dynamiki objawów zaburzeń nerwicowych nie mogą być bezwzględną przesłanką dla uznania kontynuacji leczenia za bezcelową. Należy tu powtórzyć oparte na badaniach wielu pojedynczych przypadków ostrzeżenie Z. Martinovicha [34] przed pochopnym zaklasyfikowaniem przebiegu terapii jako rokującego jej niekorzystne zakończenie. Także uzyskanie bardzo znacznej redukcji globalnego nasilenia dolegliwości nie może być jedyną podstawą do zakończenia leczenia pacjenta.

Poprawa objawowa wprawdzie jest niewątpliwie zmianą najbardziej oczekiwaną przez pacjentów i dlatego ważną dla leczących [1], a w terapii większości zaburzeń jest wyrazem ustępowania choroby, skutecznego przeciwdziałania mechanizmom i przyczynom jej powstawania, jednak zaburzenia nerwicowe różnią się tu od prawie wszystkich innych chorób (np. zakaźnych lub nowotworowych), w których objawy, widoczne zakłócenia czynności narządów i układów, sygnalizują, że w organizmie toczą się jakieś procesy [3].

Prawdopodobnie właśnie dlatego w zaburzeniach nerwicowych labilność nasilenia objawów jest tak duża, że inaczej niż w przebiegu leczenia innych schorzeń nawet całkowite ustąpienie dolegliwości lub ich zmniejszenie się do poziomu typowego dla osób „zdrowych” (nieleczonych) może nie zawsze oznaczać wyleczenie, a ich ponowne pojawienie się (także pojawienie się zupełnie innych symptomów) nie może być jednoznacznie uznane za wyraz nowego, kolejnego zachorowania [3].

Wnioski

1. Zmiany globalnego nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych wyrażone wahaniami OWK w kolejnych tygodniach terapii są najbardziej burzliwe u pacjentów kończących terapię z wyleczeniem objawowym, najmniej — u kończących leczenie bez poprawy.
2. W grupie pacjentów o najlepszych wynikach leczenia najrzadsze są okresy zastoju — plateau globalnego nasilenia dolegliwości.
3. Obniżanie się podczas terapii globalnego nasilenia dolegliwości poniżej 200 pkt dla kobiet lub 165 pkt dla mężczyzn (a nawet poniżej 100/82 pkt) nie daje pewności, że w kolejnych tygodniach leczenia objawy nie ulegną ponownemu, znacznemu nasileniu. Z tego powodu decyzja o zakończeniu leczenia nie powinna być podejmowana wyłącznie na podstawie o obniżenia OWK do zakresu typowego dla populacji nieleczonej, a nawet do wartości dwukrotnie niższych.
4. Dynamika objawów zaburzeń nerwicowych podczas leczenia jest jednym z wielu zjawisk łączących się z końcowym efektem terapii. Nie jest zatem możliwe ściśle przewidywanie ostatecznego rezultatu leczenia wyłącznie na podstawie obserwacji tej dynamiki.

Badanie nie było sponsorowane.

Piśmiennictwo

1. Sobański JA. Zmiany objawów zaburzeń nerwicowych podczas intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym i ich związek z wynikami leczenia. Przegląd piśmiennictwa. *Psychoter.* 2004, 3: 81–90.
2. Aleksandrowicz JW, Pawelec B, Sikora D. Model oceny efektów terapii nerwic – wskaźniki i kryteria zmian. *Psychoter.* 1989; 1, 68: 53–62.
3. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej. Biblioteka Psychiatrii Polskiej; Kraków; 2004.
4. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnostyce i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. *Psychiatr. Pol.* 1994; 6: 667–676.
5. Lambert MJ. Patterns of patient improvement: implications for treatment planning and responsible social policy. *Abstracts of Seventeenth World Congress of Psychotherapy*; Warszawa; 1998.
6. Lambert MJ, Whipple JL, Smart DW i in. The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychother. Res.* 2000; 11, 1: 49–68.
7. Livesley JW, McKenzie KR. The temporal course of symptom improvement. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995; 183, 4: 249–250.
8. Krause MS, Howard KI, Lutz W. Exploring individual change. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1998; 66, 5: 838–845.
9. Lutz W, Lowry J, Kopta M i in. Prediction of dose-effect relations based on patient characteristics. *Snowbird: Society for Psychotherapy Research*; 1998.
10. Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD. Evaluating the phase model of change during short-term psychodynamic psychotherapy. *Psychother. Res.* 2001; 11, 1: 29–47.

11. Hull JW, Clarkin JF, Alexopoulos GS. Time series analysis of intervention effects. Fluoxetine therapy as a case illustration. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1993; 181: 48–53.
12. Howard KI, Orlinsky DE, Lueger RL. The design of clinically relevant outcome research: Some considerations and an example. W: Avline M, Shapiro D, red. *Research foundations for psychotherapy services*. Sussex: John Wiley; 1995, 3–47.
13. Martinovich Z. Evaluating a phase model of psychotherapy outcome: An application of hierarchical linear modeling. Doctoral dissertation. Chicago: Northwestern University; 1998.
14. Sperry L, Brill PL, Howard KI i in. Treatment outcomes in psychotherapy and psychiatric interventions. W: *Mental health practice under managed care*, Vol. 6, New York: Brunner-Mazel; 1996, 75–109
15. Leon SC, Kopta SM, Howard KI i in. Predicting patients' responses to psychotherapy. Are some more predictable than others? Gileo: Society for Psychotherapy Research; 1997.
16. Sobański JA. Różnice szybkości ustępowania objawów zaburzeń nerwicowych podczas intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym i ich związek z wynikami leczenia. Wyniki badań. *Psychoterapia 2004* [w druku].
17. McLeod J. An administratively created reality: some problems with the use of self-report questionnaire measures of adjustment in psychotherapy outcome research. Braga: Society for Psychotherapy Research; 1999.
18. Howard KI, Kopta SM, Krause M i in. The dose-response relationship in psychotherapy. *Am. Psychol.* 1986; 41: 159–164.
19. Howard KI, Moras K, Brill PL i in. The evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, patient progress. *Am. Psychol.* 1996; 51: 1059–1064.
20. Lutz W, Martinovich Z, Howard K. Patient profiling: An application of random coefficient regression models to depicting the response of a patient to outpatient psychotherapy. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1999; 67, 4: 1–7.
21. Butcher JN, Koss MP. Badania nad psychoterapią krótkoterminową i kryzysową. W: Garfield SL, Bergin AE, red. *Psychoterapia i zmiana zachowania. Analiza empiryczna*. Warszawa: IPiN; 1990.
22. Davies-Osterkamp S, Strauss BM, Schmitz N. Interpersonal problems as predictors of symptom related treatment outcome in longterm psychotherapy. *Psychother. Res.* 1996; 6: 164–176.
23. Dazard A, Gerin P, Seulin C. i in. Day-treatment evaluation: therapeutic outcome after a treatment in a psychiatric day-treatment center: another look at the „outcome equivalence paradox”. *Psychother. Res.* 1997; 7: 57–69.
24. Kamiński R. Wpływ psychoterapii grupowej na zmianę nasilenia objawów i na cechy osobowości pacjentów z zespołami lękowymi. Rozprawa doktorska. Szczecin: PAM; 1999.
25. Kopta SM, Lueger RJ, Saunders SM i in. Individual psychotherapy outcome and process research: Challenges leading to greater turmoil or a positive transition? *Ann. Rev. Psychol.* 1999; 50: 441–469.
26. Pawlik J. *Psychoterapia analityczna. Formy grupowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1993.
27. Schauenburg H, Strack M. Die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung, von statistisch und klinischsignifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 1998; 48, 7: 257–264.
28. Siegel SM, Rootes MD, Traub A. Symptom change and prognosis in clinic psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 1977; 34: 321–329.
29. Howard KI, Brill PL, Lueger RJ i in. *Integral outpatient tracking assessment*. Philadelphia: Compass Information Services Inc.; 1995.
30. Howard KI, O'Mahoney MT. How much outpatient psychotherapy is enough? *Behav. Healthcare Tomorrow* 1996; 44–50.
31. Kopta SM, Howard KI, Lowry JL i in. Patterns of symptomatic recovery in time-unlimited psychotherapy. *J. Clin. Cons. Psychol.* 1994; 62: 1009–1016.
32. Lutz W, Grawe K. *Adaptive treatment response models in individual-, couple-, group- or mixed treatment settings*. Chicago: Society for Psychotherapy Research; 2000.
33. Finch AE, Lambert MJ. *Developing decision rules for monitoring outcome and informing clinical practice*. Braga: Society for Psychotherapy Research; 1999.
34. Martinovich Z. *Identifying optimal and sub-optimal intervention patterns*. Braga: Society for Psychotherapy Research; 1999.

