

GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Martyna Puchalska

MMPI-2 jako metoda do przewidywania skuteczności Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (TSR) u osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi mieszanymi

MMPI-2 as a method to predict the effectiveness of Solution Focused Therapy (SFBT) in people diagnosed with mixed anxiety–depressive disorder

Praca doktorska
napisana pod kierunkiem
prof. dr hab. Mikołaj Majkiewicz
promotor pomocniczy: dr n. med.
Piotr Pankiewicz

Gdańsk 2023

SPIS TREŚCI

STRESZCZENIE.....	4
SUMMARY.....	5
WSTĘP.....	6
Obraz kliniczny depresji, lęku oraz zaburzeń depresyjno-lękowych.....	8
Czynniki mogące mieć wpływ na wystąpienie zaburzeń depresyjno-lękowych.....	10
Leczenie zaburzeń depresyjno-lękowych ze szczególnym uwzględnieniem oddziaływań psychoterapeutycznych.....	13
Leczenie farmakologiczne.....	13
Leczenie nefarmakologiczne – terapie.....	18
Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach TSR.....	25
BADANIA.....	31
Cele pracy wraz z uzasadnieniem podjęcia badania, hipotezy badawcze.....	31
Cele pracy.....	31
Hipotezy badawcze.....	32
BADANA GRUPA I METODY.....	32
Materiał, kryteria włączania i wykluczenia.....	32
Minnesocki Wielowymiarowy Kwestionariusz Do Badania Osobowości Osób Dorosłych (MMPI-2).....	33
Skala subiektywnej oceny stanu zdrowia psychicznego.....	39
Wywiad socjo-demograficzny.....	39
PROCEDURA BADAWCZA.....	40
Opis osób badanych.....	42
Dane socjo-demograficzne.....	42

Opis zmiennych testu MMPI-2 - wyniki uzyskane w profilach klinicznych i dodatkowych.....	42
Rozkład wyników w skali zadowolenia, przyjmowanie leków, korzystanie z pomocy lekarskiej, czas trwania choroby.....	45
WYNIKI.....	49
Korelacje r-Pearsona.....	49
Wpływ terapii TSR na zadowolenie z życia.....	51
Wpływ terapii TSR na zadowolenie z życia w zależności od uczęszczania do psychiatrii.....	52
Wpływ terapii TSR na zadowolenie z życia w zależności od przyjmowania leków.....	54
Hipochondria, histeria, potencjalne uzależnienie oraz Zespół Stresu Pourazowego Keana jako predyktory sukcesu terapeutycznego (zadowolenia).....	56
Predyktory sukcesu terapeutycznego (zadowolenia) – wszystkie wymiary MMPI-2.....	56
Wpływ terapii TSR na zadowolenie z życia – porównanie grupy badanej i kontrolnej..	58
DYSKUSJA WYNIKÓW.....	60
CHARAKTERYSTYKA GRUP PACJENTÓW Z TSR I PORÓWNAWCZEJ.....	61
SKUTECZNOŚĆ PSYCHOTERAPII W PREZENTOWANYM MATERIALE CHORYCH.....	63
PRAKTYCZNE ZNACZENIE UZYSKANYCH WYNIKÓW.....	65
OGRANICZENIA METODOLOGICZNE I DALSZE KIERUNKI BADAŃ.....	67
WNIOSKI.....	69
BIBLIOGRAFIA.....	71
ANEKS.....	77

STRESZCZENIE

Celem pracy jest ocena skuteczności terapeutycznej Krótkoterminowej Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (TSR) oraz poszukiwanie możliwości przewidywania skuteczności tego rodzaju terapii, przy pomocy kwestionariusza MMPI-2 u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych i lękowych mieszanych. W pierwszym etapie projektu pacjent został zaproszony do wykonania testu MMPI – 2 w celu potwierdzenia diagnozy psychiatrycznej (depresji lękowej). Następnie osoby spełniające kryteria ($N= 49$) poproszono o ocenę swojego stanu zdrowia psychicznego (na skali 0-10), a także zebrano dane socjodemograficzne. Drugi etap badania polegał na przeprowadzeniu 6 sesji terapeutycznych w nurcie TSR, po ukończeniu których ponownie zapytano badanych o stan zdrowia psychicznego. Równolegle do odpowiedzi o stan swojego zdrowia zaproszono osoby bez rozpoznania depresji lękowej ($N = 248$).

Wyniki badania wskazują na to, że zadowolenie ze swojego zdrowia psychicznego (które zostało uznane za wskaźnik sukcesu terapeutycznego) było u badanej grupy znacząco większe po terapii niż przed jej rozpoczęciem. Było także większe w grupie badanej niż w grupie porównawczej, która nie miała rozpoznanej depresji lękowej. Dodatkowo, uczęszczanie do psychiatry i farmakoterapia nie wpływała istotnie na sukces terapeutyczny. Dwie skale z narzędzia MMPI-2 pozwalały na przewidywanie sukcesu terapeutycznego: potencjalne uzależnienie oraz stres pourazowy (pozytywna predykcja, silniejsza w przypadku potencjalnego uzależnienia).

W pracy omówiono wyniki badania w odniesieniu do innych podobnych badań, wskazano zastosowania praktyczne uzyskanych wyników, a także ograniczenia i dalsze kierunki działań.

Słowa kluczowe: TSR, Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach, zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane, skuteczność terapii

SUMMARY

The aim of the study is to assess the therapeutic effectiveness of Short-Term Solution-Focused Therapy (SFBT) and to search for possibilities of predicting the effectiveness of this type of therapy using the MMPI-2 questionnaire in patients diagnosed with mixed depressive and anxiety disorders. In the first stage of the project, the patient was invited to take the MMPI-2 test to confirm the psychiatric diagnosis (anxiety depression). Then, people meeting the criteria ($N = 49$) were asked to rate their mental health (on a scale of 0-10), sociodemographic data were collected, as well. The second stage of the study consisted of conducting 6 SFBT therapeutic sessions, after which the subjects were asked again about their mental health. In parallel, people without a diagnosis of anxiety depression were invited to answer about their health condition ($N = 248$).

The results of the study indicate that satisfaction with one's mental health (which was considered an indicator of therapeutic success) was significantly higher in the study group after therapy than before it began. It was also higher in the study group than in the comparison group that did not have diagnosed anxiety depression. Additionally, attending a psychiatrist and pharmacotherapy did not significantly affect therapeutic success. Two scales from the MMPI-2 allowed for predicting therapeutic success: potential addiction and post-traumatic stress (a positive prediction, stronger in the case of potential addiction).

This dissertation discusses the results of the study in relation to other similar studies, indicates practical applications of the results obtained, as well as limitations and further directions of research.

Key words: SFBT, Solution Focused Therapy, mixed anxiety-depressive disorder, effectiveness of therapy

WSTĘP

Zgodnie ze statystykami publikowanymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), depresja jest główną przyczyną niepełnosprawności, patrząc na wskaźnik lat życia z niepełnosprawnością (YLD). Ponadto zajmuje drugie miejsce w rankingu lat życia skorygowanych niepełnosprawnością (DALY) szczególnie w populacji osób w wieku 15-44 lat. Obecnie szacuje się średni 25% wzrost zdiagnozowanych przypadków depresji i zaburzeń lękowych. Jako jedną z głównych przyczyn takiego wzrostu uznaje się wybuch pandemii COVID-19. Zgodnie z najnowszym raportem GBD za 2020 rok, przed pandemią 193 miliony osób na świecie miało ciężkie zaburzenia depresyjne a 298 milionów zaburzenia lękowe. Już w pierwszym roku pandemii zaobserwowano, że liczba osób cierpiących na zaburzenia depresyjne wzrosła do 246 milionów, a w przypadku zaburzeń depresyjnych do 374 milionów osób. To oznacza, że liczby zdiagnozowanych pacjentów wzrosły odpowiednio o 28% dla zaburzeń depresyjnych i o 26% dla zaburzeń lękowych. Co ciekawe, największe wzrosty zaobserwowano wśród kobiet oraz dzieci i młodzieży. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na depresję cierpią częściej kobiety. Dotyka ona też częściej osoby aktywne zawodowo w wieku 20-40 lat.

Stany depresyjne i lękowe objawiają się różnie. Mogą trwać kilka tygodni lub utrzymywać się nawet latami. Nielezione mogą obniżyć odporność organizmu i przyczynić się do rozwoju innych schorzeń. Jak twierdzi prof. dr hab. n. med. Piotr Gałęcki, kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, depresja nie jest jedynie problemem klinicznym, ale coraz większym problemem społecznym i ekonomicznym (Puls Medycyny, 2023). Szacuje się, że najczęstsze schorzenia psychiczne, którymi są depresja i lęk, kosztują amerykańską gospodarkę 70 miliardów dolarów rocznie, a jedno z badań dotyczących potencjalnego wzrostu wydatków w

roku 2030 wskazuje na możliwość osiągnięcia poziomu 147 miliardów dolarów i to jedynie w 36 badanych krajach (Chisholmi in., 2016).

W raporcie Komisji Lancet ds. Globalnego Zdrowia Psychicznego i Zrównoważonego Rozwoju na temat zdrowia psychicznego stwierdzono, że liczba diagnozowanych zaburzeń psychicznych rośnie w każdym kraju i będzie kosztować globalną gospodarkę 16 bilionów dolarów do 2030 r. Ważną informacją dla pracodawców jest odnotowana liczba absencji chorobowych w dniach roboczych, która już teraz wynosi 12 miliardów utraconych dni z powodu chorób psychicznych (The Carter Center, 2018).

Zaburzenia depresyjne i lękowe rozwijają się już w bardzo wczesnym wieku. Szacuje się, że około 20% dzieci i młodzieży na świecie może mieć problemy ze zdrowiem psychicznym, a co istotne stany te są drugą najczęstszą przyczyną zgonów wśród osób w wieku od 15 do 29 lat (Martinez, Menéndez-Menéndez i Bustillo, 2021). Wiele osób, u których rozwija się depresja nawet o tym nie wie, tłumacząc swoje złe samopoczucie zmiennością nastrojów. Depresja to zespół najczęściej diagnozowany w praktyce psychiatrycznej. Powszechnie uznaje się, że zespół ten nie jest jednostką jednorodną, i że potrzebna jest wnikliwa charakterystyka kliniczna pacjenta w celu opracowania spersonalizowanego planu leczenia (Martinez, Menéndez-Menéndez i Bustillo, 2021). Istotną rolę w leczeniu zaburzeń depresyjnych i lękowych odgrywa tzw. opieka koordynowana. Pozwala ona poprawić wyniki leczenia powszechnych zaburzeń psychicznych dzięki współpracy personelu medycznego podstawowej opieki zdrowotnej ze specjalistami zdrowia psychicznego oraz pacjentami i ich rodzinami. Co oznacza w praktyce, że nacisk powinien zostać położony na skoordynowanie opieki lekarzy rodzinnych, psychologów, psychiatrów pacjentów i ich rodzin. Ponadto zwraca się też uwagę na zagadnienia takie jak *health literacy*, czyli budowanie kompetencji zdrowotnych polegających na wykształceniu u pacjentów umiejętności interpretacji i korzystania z powszechnie dostępnych oraz specjalistycznych informacji dotyczących

zdrowia i choroby. Ważną rolę odgrywa też edukacja pacjentów w zakresie radzenia sobie z zarządzaniem własną chorobą oraz w zakresie prowadzenia zdrowego stylu życia, gdyż depresja jest zaliczana do chorób cywilizacyjnych wywołanych m. in. brakiem dbałości o własne zdrowie.

Obraz kliniczny depresji, lęku oraz zaburzeń depresyjno-lękowych

Zaburzenia lękowe i poważna depresja rozwijają się zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie. Poważna depresja może pojawić się już w okresie dojrzewania oraz wieku dorosłym. Coraz częściej definiuje się oba stany wspólnie jako zaburzenia lękowo depresyjne mieszane (MADD, mixed anxiety-depressive disorder). Choć nie ma dowodów na to, że jedno zaburzenie wywołuje drugie, to wiele badań potwierdza występowanie zaburzeń lękowych przed poważnym stanem depresyjnym (The Anxiety and Depression Association of America, 2023). Jak wskazują wyniki badań Wittchen i in. (2002) zaburzenia lękowe, poza lękiem napadowym, są w dużej mierze stanem pierwotnym.

W przeprowadzonych przez nich badaniach stwierdzono wzrost wskaźnika współwystępowania lęku z depresją, co miało wpływ również na wzrost niepełnosprawności pacjentów. Wyjściowa charakterystyka kliniczna zaburzeń lękowych wskazywała na potencjalne ryzyko rozwoju dużej depresji (Wittchen, Kessler, Pfister i Lieb, 2000). Istnieją też wyraźne dowody na to, że wiele osób cierpi na oba zaburzenia jednocześnie. Jak twierdzą Garber i in., (2016) występowanie jednoczesne obu zaburzeń jest częstsze, niż występowanie każdego z osobna, szczególnie u młodzieży. To, że lęk i depresja są wysoce współistniejące i mają kilka wspólnych procesów etiologicznych potwierdzają również inni badacze. Gorma (1996) uważa, że około 85% pacjentów z depresją doświadcza istotnych objawów lękowych, podczas gdy depresja współwystępująca występuje nawet u 90% pacjentów z zaburzeniami lękowymi. Ponadto zaznacza, że współistnienie tych dwóch chorób zwiększa ryzyko

samobójstwa i podkreśla, że leczenie depresji i lęku oraz profilaktyka mają kluczowe znaczenie dla zdrowia publicznego.

Badanie symptomów pacjentów cierpiących na łagodną depresję ujawnia, że najczęstszym z nich jest bezsenność, a następnie objawy fizyczne, takie jak zmęczenie, ociężałość głowy, ból głowy, ból brzucha, sztywność barku, ból w dole pleców, utrata apetytu, dyskomfortu w jamie brzusznej, zaparcia, zawroty głowy i kołatanie serca – zamiast objawów depresyjnych. Obraz kliniczny depresji u nastolatków jest zupełnie inny u dorosłego, w rzeczywistości charakteryzuje się niejednorodnymi i zmiennymi objawami, czasami ukrytymi przed dolegliwościami somatycznymi, które komplikują wysokie wskaźniki „współzachorowalności” z zaburzeniami lękowymi, nadużywaniem substancji, destrukcyjnymi zaburzeniami zachowania, zaburzeniami osobowości (Nardi, Francesconi, Catena-Dell'osso i Bellantuono, 2013).

Badania zespołu naukowców ze Stanford wykazały, że zaburzenia depresyjne mogą być dziedziczne. Wyizolowali oni gen – Chromosom 3p25-26, który występował u członków 800 badanych rodzin cierpiących na depresję. Ich zdaniem u 40% osób, depresja może mieć podłoże genetyczne. W pozostałych przypadkach wpływ na rozwój depresji mogą mieć czynniki środowiskowe oraz społeczne. Dowody innych badaczy sugerują, że ryzyko genetyczne w przypadku zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych tzw. zaburzeń internalizacyjnych w przypadku depresji i lęku może być wspólne. Wśród zaburzeń internalizacyjnych najwyższy poziom wspólnego ryzyka genetycznego wydaje się występować między ciężkim zaburzeniem depresyjnym, a uogólnionym zaburzeniem lękowym. Powszechnymi niegenetycznymi czynnikami ryzyka związanymi z rozwojem lęku i depresji są sytuacje życiowe, ekspozycja na stres, czy jak w przypadku efektu pandemii utrata pracy i związana z tym niestabilność finansowa. Osoby z depresją często doświadczają

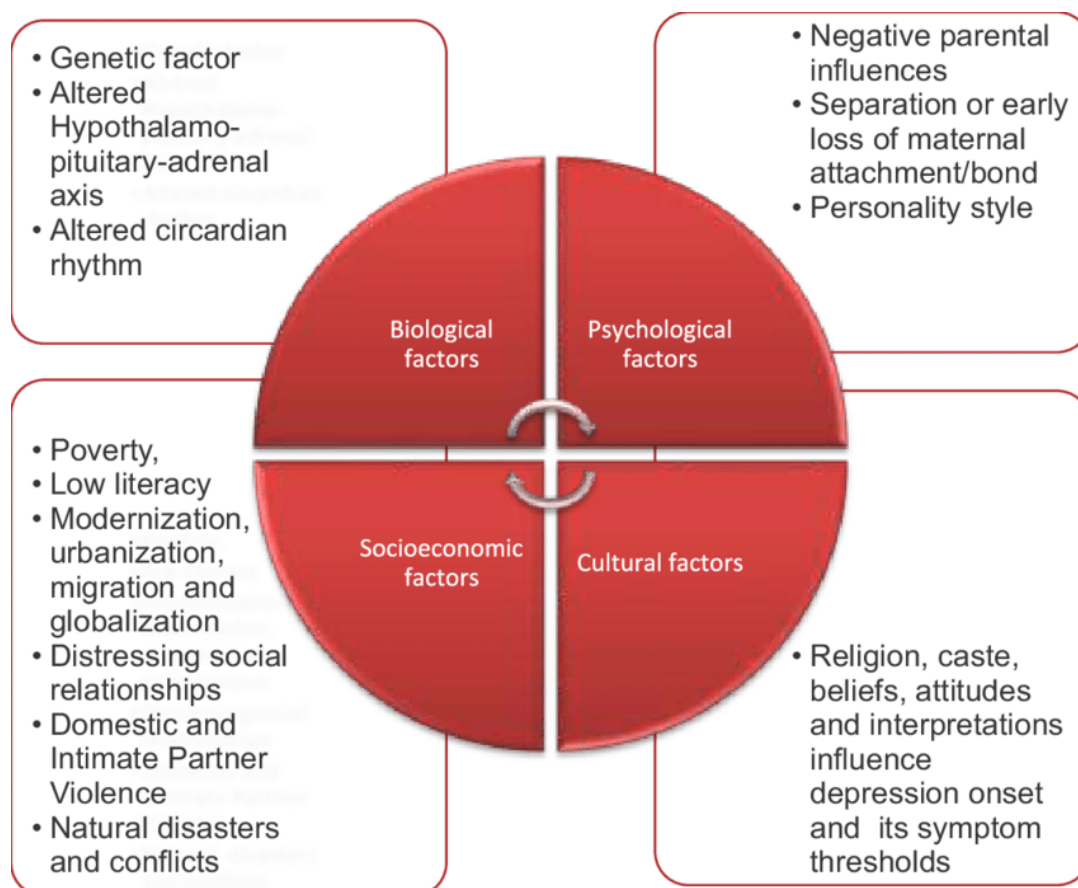
objawów podobnych do zaburzeń lękowych, takich jak nerwowość, drażliwość oraz problemy ze snem i koncentracją. Ale każde zaburzenie ma swoje własne przyczyny i objawy.

Zdaniem Amerykańskiego Narodowego Instytutu Zdrowia (National Institute of Health) aby „zdiagnozować depresję, osoba musi mieć pięć objawów depresji każdego dnia, prawie przez cały dzień, przez co najmniej 2 tygodnie. Jednym z objawów musi być obniżony nastrój lub utrata zainteresowania lub przyjemności z prawie wszystkich czynności. Dzieci i młodzież mogą być natomiast bardziej rozdrażnione niż smutne” (NIH, 2021).

Czynniki mogące mieć wpływ na wystąpienie zaburzeń depresyjno-lękowych

Wśród psychologów i psychiatrów dominuje przekonanie, że na rozwój depresji mają przede wszystkim trzy rodzaje czynników: biologiczne, psychologiczne, społeczno-kulturowe. Niektórzy z nich rozdzielają te ostatnie, dzieląc je na społeczno-ekonomiczne i kulturowe. Poniższa rycina obrazuje podział czynników sprzyjających rozwojowi depresji z podziałem na 4 obszary. Rycina została zaczerpnięta z pracy Amudhana i Gopalkrishna (2016).

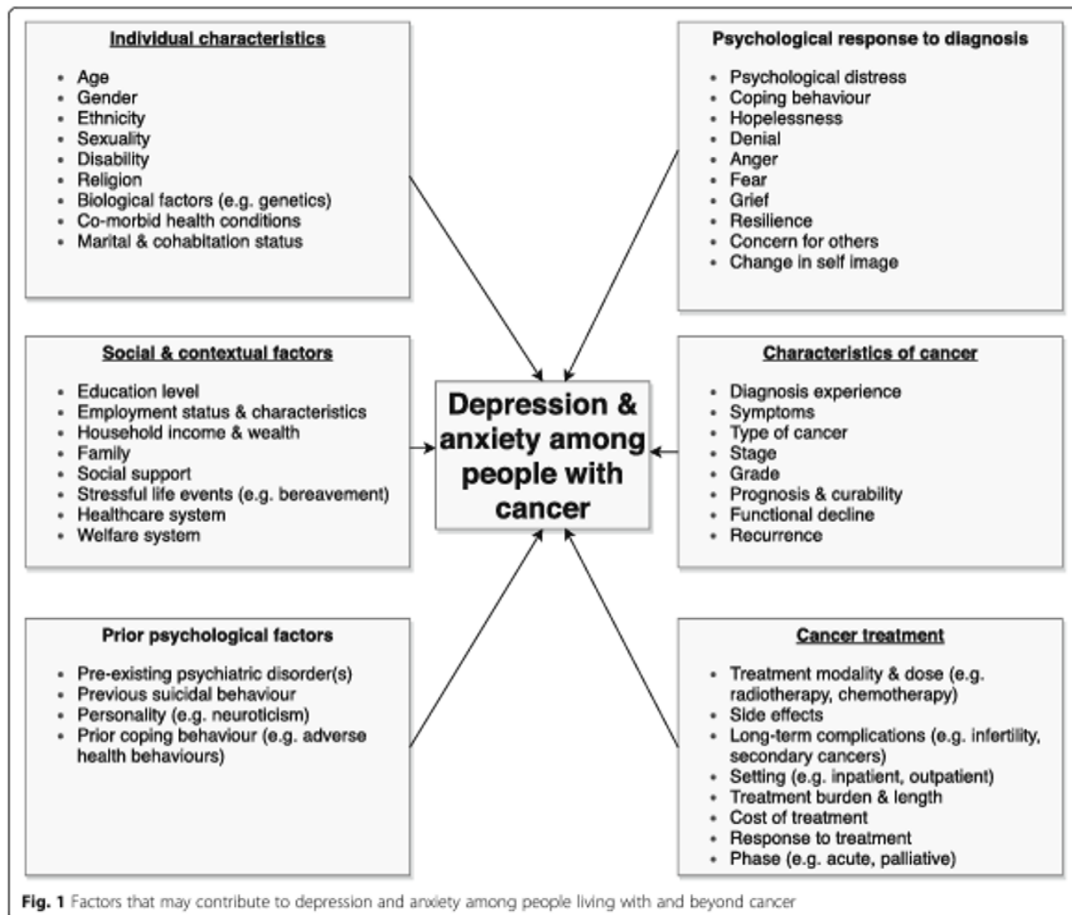
Rycina 1. Czynniki determinujące rozwój depresji.



Czynniki wpływające na rozwój depresji u osób chorych są bardziej złożone, ale nie są jeszcze wystarczająco zgłębione i wymagają dalszych badań. Jak twierdzą Niedzwiedz i in., (2019) na rozwój depresji osób chorych ma wpływ sama choroba i proces leczenia. Poza tym, podobnie jak w zdrowej populacji, również czynniki demograficzne, takie jak wiek i płeć, oraz czynniki społeczno-ekonomiczne, takie jak status zatrudnienia, wykształcenie czy pomoc społeczna. Rozwój depresji i lęku wśród osób z chorobą nowotworową prawdopodobnie zależy również od czynników finansowych związanych z kosztami leczenia i czynników psychologicznych. Wpływ na rozwój depresji mogą mieć też czynniki osobowościowe.

Wspomniane powyżej czynniki obrazuje rycina 2 (zaczepnięta z pracy Niedzwiedz i in., 2019).

Rycina 2. Czynniki determinujące rozwój depresji u osoby chorej na przykładzie nowotworu.

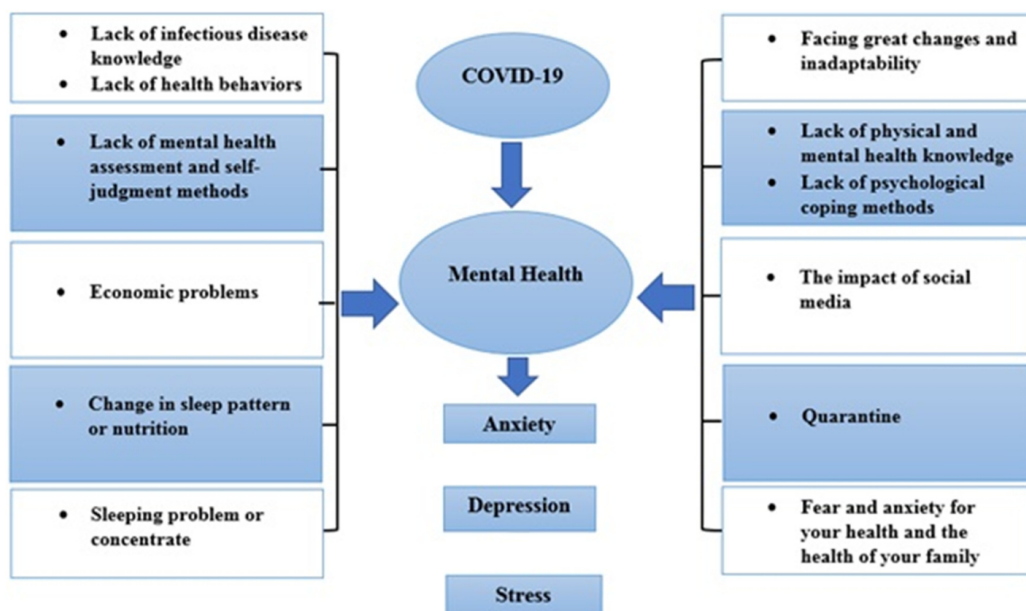


W artykule przeglądowym (Talarowska i Gałęcki, 2017) podkreślają szczególne znaczenie dla rozwój depresji czynników biologicznych, emocjonalnych i kulturowych zarówno z okresu dzieciństwa dojrzewania jak i okresu prenatalnego.

W ostatnim czasie zaobserwowano też szerokie konsekwencje psychologiczne pandemii. Salari i in., (2020) przeprowadzili metaanalizę wpływu COVID-19 na rozprzestrzenianie się stresu, lęku i depresji. W rezultacie w 5 badaniach o łącznej liczebności

próby 9074 rozpowszechnienie stresu wynosiło 29,6%, w 17 badaniach o liczebności próby 63 439 częstość występowania lęku wynosiła 31,9%, a w 14 badaniach na próbie 44 531 depresja wyniosła 33,7% . Depresja wywołana pandemią może niekorzystnie wpływać na stan zdrowia w wyniku przygnębienia, lęku, bezsenności, utraty witalności i braku zainteresowania życiem. Wpływ pandemii przedstawia poniższa rycina 3, zaczerpnięta z pracy Salari i in. (2020).

Rycina 3. Wpływ pandemii na zdrowie psychiczne.



Leczenie zaburzeń depresyjno-lękowych ze szczególnym uwzględnieniem oddziaływań psychoterapeutycznych

Leczenie farmakologiczne

Przed wyborem właściwej terapii należy przeprowadzić wnikliwą ocenę obu zaburzeń. Oceny takiej dokonuje się na podstawie ustrukturyzowanego wywiadu klinicznego. Przy diagnozie należy również sprawdzić stopień nasilenia depresji pod kątem samobójstw,

objawów psychotycznych i ew. upośledzenia. Jak wskazują praktycy leczenie obu stanów należy zacząć od pierwotnego zaburzenia. Z reguły ciężką depresję należy leczyć przed wystąpieniem zaburzeń lękowych, stosując leki przeciwdepresyjne lub leczenie skojarzone, czyli włączające psychoterapię.

Problem leczenia zaburzeń depresyjnych i lękowych jest złożony i zależy od wielu czynników. W krajach o niskich i średnich dochodach, leczenie obu zaburzeń jest trudne ze względu na ograniczony dostęp do usług w zakresie zdrowia psychicznego oraz do leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego. Niezależnie od kraju, problemem pozostaje fakt, iż większość osób, która odczuwa objawy depresji lub zaburzeń lękowych nie zgłasza się do lekarza w obawie przed reakcją otoczenia. Jest to istotna bariera dla poprawy ogólnoswiatowych wskaźników zaburzeń psychicznych.

Zdaniem García-Gutiérrez i in. (2020) obecne możliwości leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego charakteryzują się niską skutecznością, szczególnie w przypadkach zaburzeń o średnim i wysokim nasileniu. Ograniczona wiedza na temat mechanizmów neurobiologicznych leżących u podstaw chorób neuropsychiatrycznych sprawia, że leczenie farmakologiczne jest niespecyficzne, dlatego te same grupy leków są stosowane w różnych zaburzeniach psychicznych.

Jak podaje Małyszczak (2013) leczenie mieszanych zaburzeń lękowo-depresyjnych może odbywać się poprzez zastosowanie zarówno farmakoterapii w skojarzeniu z terapią poznawczo-behawioralną, psychodynamiczną, terapią Gestalt oraz ćwiczeniami fizycznymi, relaksacyjnymi i terapią zajęciową. Potwierdzają to też wyniki innych badań, gdzie sugeruje się włączenie terapii nefarmakologicznej polegającej na prowadzeniu terapii poznawczo-behawioralnej czy np. jogi.

Leczenie lęku współwystępującego z depresją wymaga dostosowania podejścia farmakologicznego do obu stanów i jest bardziej złożone niż leczenie samego lęku lub tylko

depresji. Powszechnymi metodami leczenia depresji i lęku są leki przeciwdepresyjne i przeciwlękowe. W przypadku nieskomplikowanych stanów lękowych aby uzyskać szybką kontrolę objawów Coplan, Aaronson, Panthangi i Kim (2015) sugerują, że najlepszym rozwiązaniem może być stosowanie benzodiazepiny, ale wyłącznie w przypadku osób, które nie są poddane leczeniu z zastosowaniem środków psychotropowych.

W przypadku pacjentów, których przebieg zaburzeń lękowych jest powikłany np. nadużywaniem substancji psychoaktywnych, autorzy zalecają stosowanie w przypadku lęku współistniejącego atypowy lek przeciwpsychotyczny - kwetiapinę. Inni badacze uważają, że leczenie zaburzenia pierwotnego ma szansę na złagodzenie zaburzenia współistniejącego. Jeśli podstawowym zaburzeniem jest zaburzenie lękowe, depresja współwystępująca na ogół wiąże się z wcześniejszym zastosowaniem antydepresantu, w związku z tym może on złagodzić też jej objawy. Zastosowanie powyższych leków potwierdzają też inni naukowcy. Uważają oni również, że benzodiazepina może okazać się skuteczna w początkowej fazie leczenia farmakologicznego zaburzeń depresyjnych. Potwierdzają też, że leki przeciwdepresyjne, zwłaszcza selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI, z ang. *selective serotonin reuptake inhibitor*), są najczęściej stosowanym leczeniem pierwszego wyboru w przypadku zaburzeń lękowych. Zauważają również, że korzystne efekty przynosi jednoczesne podawanie obu rodzajów leków. Machmutow i in. (2019) uważają, że zaburzenia depresyjne nawet po udanym leczeniu często nawracają. Jedynie długotrwałe leczenie farmakologiczne w połączeniu z terapiami psychologicznymi może zredukować ryzyko nawrotów.

Duży problem stanowi leczenie osób starszych. Badania nad depresją w populacjach starszych wykazały, że choroby współistniejące mogą wpływać na odpowiedź na farmakoterapię. Jak twierdzą Taylor i Doraiswamy (2004) niestety nie istnieją mocne dowody potwierdzające skuteczność powszechnie stosowanych leków przeciwdepresyjnych w tej

populacji. Badacze zauważyli, że choć antydepresanty mogą skutecznie leczyć depresję u osób starszych, to trzeba leczyć ośmiu pacjentów, aby jeden pacjent osiągnął nawet w 50% zredukowane objawy depresji. Wniosek autorów jest jeden: Leki przeciwdepresyjne są bardziej skuteczne niż placebo, ale niestety znaczna liczba seniorów na nie, nie zareaguje.

Ostatnia literatura dotycząca jednoczesnego leczenia zarówno depresji, jak i lęku pokazuje, że nowoczesne leki przeciwdepresyjne, takie jak sertralina, paroksetyna, fluoksetyna, wenlafaksyna, nefazodon i bupropion, wykazały skuteczność w łagodzeniu zarówno objawów depresyjnych, jak i lękowych w porównaniu z placebo. Ciekawe są obserwacje badaczy, którzy postanowili sprawdzić, czy CBD może być skuteczne w leczeniu zaburzeń depresyjnych i lękowych oraz innych zaburzeń psychicznych. Jak wykazały ich badania, CBD może być alternatywą dla terapii farmakologicznej i daje nadzieje na skuteczne leczenie lęku, depresji, schizofrenii i innych zaburzeń powiązanych. Badacze potwierdzili, że podawanie CBD może zredukować zachowania lękowe, depresyjne i stres, ale należy mieć na uwadze, że głównymi czynnikami warunkującymi działanie CBD mogą być wiek, płeć, zastosowana dawka i sposób podania. García-Gutiérrez i in., (2020) sugerują, że CBD mogłoby być skuteczne jako monoterapia lub jako leczenie wspomagające. Na przestrzeni kilku ostatnich lat wielu naukowców badało potencjalną użyteczność terapeutyczną CBD w różnych chorobach. Wykazano skuteczność przeciwdrobnoustrojową, immunosupresyjną, przeciwwymiotną, przeciwresorpcyjną, spazmolityczną, przeciwnowotworową, przeciwwłóknieniową, przeciwzapalną i przeciwdrgawkową. Badania te spowodowały, że CBD zostało zatwierdzone do leczenia spastyczności w stwardnieniu rozsianym, napadów padaczkowych jak również chorób neurodegeneracyjnych oraz zaburzeń psychicznych.

Poniższa Tabela 1 prezentuje wytyczne dotyczące doboru metody leczenia zawarte w opracowaniu dedykowanym lekarzom rodzinnym opublikowanym w lutym 2019 w ramach projektu „Podnoszenie kwalifikacji lekarzy poprzez przeprowadzenie ogólnopolskich

standaryzowanych szkoleń w zakresie postępowania diagnostycznego, terapii oraz profilaktyki” współfinansowanego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego WND-POWR.05.04.00-000088/16 (Samochowicz i in., 2019).

Tabela 1. Wytyczne dla lekarzy rodzinnych dotyczące diagnostyki i leczenia depresji.

V.2. Jakimi kryteriami należy się kierować, wybierając metodę leczenia?
<p>V.2.1. Jako leczenie pierwszego wyboru niepowikłanego epizodu depresji łagodnej do umiarkowanej zalecamy jedną z wymienionych metod (w zależności od dostępności, preferencji pacjenta, profilu bezpieczeństwa, historii odpowiedzi na poprzednie leczenie, historii rodzinnej pacjenta, współistniejących chorób somatycznych, równocześnie przyjmowanych leków, kosztu terapii i kompetencji osoby leczącej) farmakoterapii i/lub psychoterapii opartych na danych naukowych.</p> <p>Dane naukowe nie wskazują na przewagę jednej z metod leczenia nad drugą w przypadku depresji o łagodnym nasileniu.</p>
<p>V.2.2. Szczegółowe warunki dotyczące spełnienia wymogu profesjonalizmu w psychoterapii pozostawiamy do decyzji stosownych organów administracyjnych/profesjonalnych.</p>
<p>V.2.3. Chorzy, u których depresję rozpoznano po raz pierwszy, powinni przejść ocenę medyczną w celu stwierdzenia/ wykluczenia podstawowych chorób współistniejących, takich jak nadciśnienie tętnicze, otyłość, cukrzyca, bezdech senny, zaburzenia funkcji tarczycy, nerek i wątroby.</p>

V.2.4. W czasie leczenia należy zidentyfikować i monitorować zachowania związane z chorobą i czynniki ryzyka związane ze stylem życia oraz wdrożyć interwencje na skierowaniach, modyfikację i zapobieganie współchorobowości somatycznej.

V.2.5. Badanie wpływu leczenia na ogólny stan zdrowia powinno być zindywidualizowane, prowadzone w sposób rutynowy i obejmować monitorowanie masy ciała, stężenia lipidów, glikemii, ciśnienia tętniczego, funkcji tarczycy, nerek i wątroby, liczby leukocytów, a u kobiet także regularność miesiączkowania.

V.2.6. Należy zachować ostrożność przy przepisywaniu i podawaniu leków osobom w wieku podeszłym, skrupulatnie monitorować i dokumentować stosowanie leków oraz efekty ich działania. Należy zwracać szczególną uwagę na polipragmazję oraz leki zwiększające ryzyko działań niepożądanych i chorób u osób w wieku podeszłym.

We wspomnianych wytycznych zwraca się uwagę na fakt, iż dobierając metodę leczenia należy kierować się też preferencjami pacjenta oraz kwestią dostępności poszczególnych metod terapii. Niestety w Polsce istnieje ograniczona możliwość skorzystania z wielu terapii w ramach NFZ.

Leczenie nefarmakologiczne - terapie

Jak pokazują statystyki u około 20% wszystkich pacjentów depresja przyjmuje charakter przewlekły, który może trwać nawet dłużej niż 2 lata. Stan ten wpływa nie tylko na życie pacjenta, ale wiąże się z dużymi kosztami obciążającymi system opieki zdrowotnej jak również znacznymi kosztami wynikającymi z absencji chorobowej. Z uwagi na to, że jak

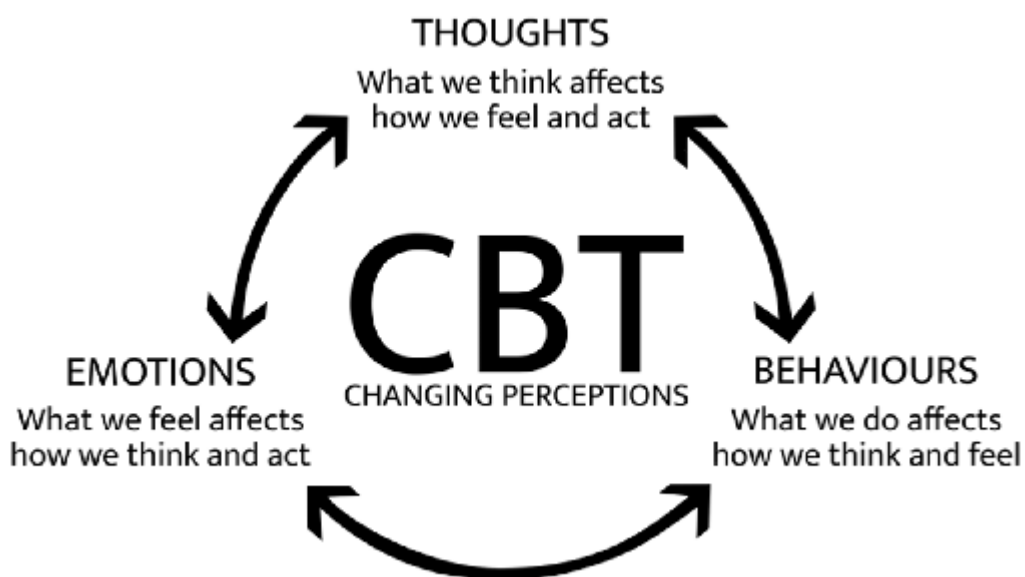
wspomniano wcześniej, duża liczba pacjentów nie reaguje na leczenie, poszukuje się nowych metod terapii nefarmakologicznej, która wspomogłaby proces opieki nad pacjentem z depresją i zaburzeniami lękowymi.

Jedną z powszechnie stosowanych metod jest terapia poznawczo-behawioralna (CBT, Cognitive – Behavioral Therapy). Jej dynamiczny rozwój spowodował, że kładzie ona obecnie nacisk na takie kwestie, jak uważność, emocje, akceptacja, relacje, wartości, cele i metapoznanie. CBT obejmuje m.in. terapię akceptacji i zaangażowania (Acceptance and Comittment Therapy – ACT), dialektyczną terapię behawioralną (DBT), terapię poznawczą opartą na uważność (Mindfulness Cognitive Based Therapy – MBCT), funkcjonalną psychoterapię analityczną, terapię metapoznawczą i kilka innych (Hayes i Hofmann, 2017).

Skupia się ona przede wszystkim na rozwiązaniu bieżących problemów pacjenta. Jej skuteczność najlepiej udokumentowano m.in. w leczeniu zaburzeń lękowych i depresji, ale również w zaburzeniach odżywiania czy np. uzależnień od substancji psychoaktywnych. Okazuje się ona być wysoce skuteczna w przypadku lekkich zaburzeń bez konieczności stosowania terapii farmakologicznej. W przypadkach cięższych zaburzeń stosowana jest jako leczenie uzupełniające. Potwierdzają to również opublikowane w lutym 2019 roku wytyczne dla lekarzy rodzinnych dotyczące diagnostyki i leczenia osób dorosłych (Samochowicz i in., 2019). Odnajdujemy tam zapis, że „psychoterapia i farmakoterapia są równie skuteczne w leczeniu depresji o nasileniu lekkim i umiarkowanym, natomiast farmakoterapia wykazuje przewagę nad psychoterapią w leczeniu depresji o nasileniu ciężkim”.

W tym samym opracowaniu autorzy podkreślają, że rekomendowaną metodą psychoterapeutyczną w leczeniu depresji jest psychoterapia poznawczo-behawioralna. Proces terapii prezentuje rycina 4 (Rastogi, Keshtkar i Miah, 2018).

Rycina 4. Terapia CBT.



Terapia CBT prowadzona jest coraz częściej również w formule zdalnej. Autorzy przeglądu literatury na temat tzw. iCBT, zidentyfikowali 255 badań, z czego wybrali 7, które potwierdzały skuteczność prowadzenia terapii przez Internet. W opisywanych przez nich badaniach potwierdzono porównywalną skuteczność zdalnej terapii z wizytami osobistymi.

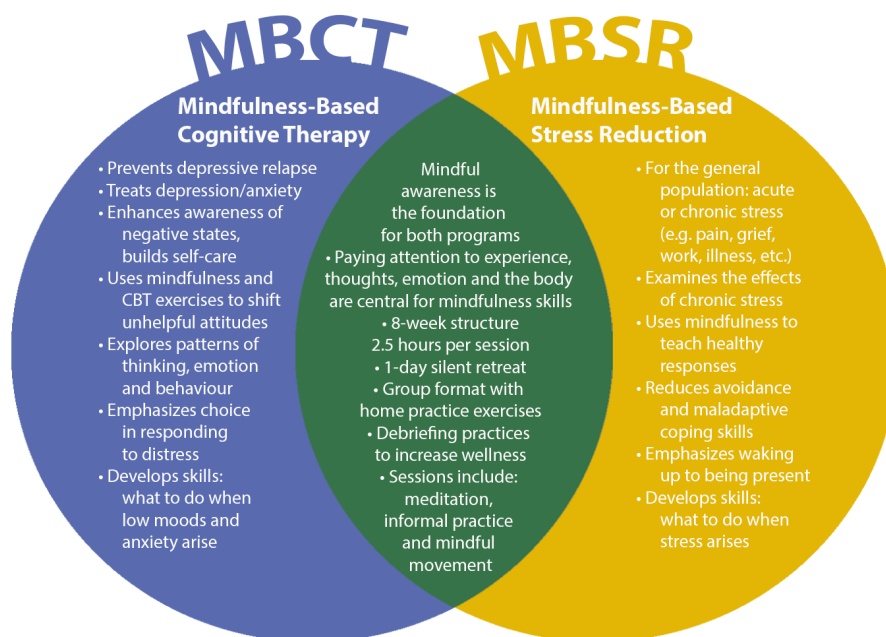
W jednym z nich stwierdzono, że taki sposób prowadzenia sesji terapeutycznych jest bardziej skuteczny u osób z lekką lub umiarkowaną postacią depresji (Konieczny i Rachubińska, 2021) CBT zakłada, że ludzie tworzą pewne wzorce reakcji, powtarzając przez całe swoje życie zakodowane zachowania, które mogą być przyczyną późniejszych zaburzeń. W związku z tym skupia się na uświadamianiu pacjentom tych wzorców, a następnie ich eliminacji poprzez pracę nad ustalonymi wspólnie z terapeutą celami.

W związku z pandemią, szeroko rozpowszechnioną metodą stała się telepsychiatria. Według danych Telepsychiatry – Global Market Outlook (2019-2027) rynek telepsychiatrii odpowiadał za 5,82 mld USD w 2019 r. i wzrośnie aż do 30,34 mld USD w 2027 r. Pod

względem wieku najszybciej rośnie segment dorosłych, którzy korzystają z tego typu usługi. Jak można przeczytać w raportach dotyczących rynku usług psychiatrycznych i psychologicznych realizowanych zdalnie, ta forma terapii została dobrze przyjęta zarówno przez pacjentów jak i lekarzy i psychologów. Istnieje niewiele badań dotyczących efektów telepsychiatrii w porównaniu do konsultacji osobistych, jednak w tych przeprowadzonych stwierdza się, że telepsychiatria zwiększa dostępność opieki, daje pozytywne wyniki i uzyskuje porównywalne wskaźniki satysfakcji co terapia prowadzona osobiście.

Jak zasygnalizowano wcześniej, jedną z metod stanowiących zbiór terapii poznawczo-behawioralnych CBT jest terapia poznawcza oparta na uważności (mindfulness-based cognitive therapy – MBCT). Do najczęstszych terapii opartych na uważności należy ponadto redukcja stresu oparta na uważności (MBSR). Obie terapie łączą wschodnie praktyki uważności ze stosowaną w krajach zachodnich terapią poznawczo-behawioralną (Centre for Mindfulness studies, 2023). Poniżej zilustrowano te terapie.

Rycina 5. Terapia MB.

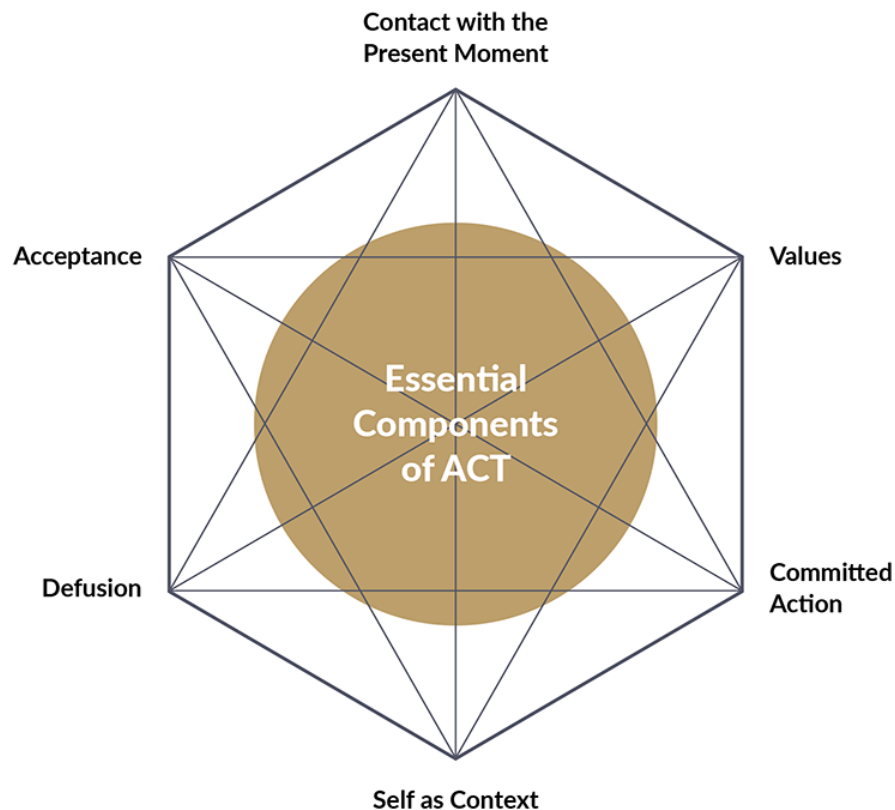


MBCT uznaje się za skuteczną metodę zapobiegania nawrotom stanów depresyjnych. Co prawda zaznacza się, że przynosi dobre efekty w przypadku leczenia osób z nawracającymi epizodami depresji i cierpiącymi na depresję w danym momencie. Nie istnieją jednak twarde dowody na to, że MBCT jest sprawdzona w przypadku pacjentów z przewlekłą depresją oporną na leczenie (Cladder, 2018). Zgodnie z opisem terapii podanym przez Polskie Towarzystwo Mindfulness, terapia MBCT została zatwierdzona przez Brytyjski Narodowy Instytut Badań Klinicznych (National Institute for Clinical Excellence – NICE) jako metoda, która pozwala zapobiegać remisji depresji. Towarzystwo przytacza również wyniki badań Uniwersytetu Oksfordzkiego z 2013 roku, które potwierdzają, że MBCT potrafi zredukować objawy depresji o 57%, objawy lękowe o 58% i stres o 40% (Polskie Towarzystwo Mindfulness, 2023).

Terapia ACT (Acceptance and Commitment Therapy) to kolejna metoda terapii, która stosowana jest w zaburzeniach lękowych. Pacjenci, którzy cierpią na zaburzenia lękowe często uciekają przed sytuacjami, które kojarzą się im z negatywnymi odczuciami. W konsekwencji ich zachowanie staje się rutyną i w efekcie pogłębia lęk. Terapia ACT pozwala uświadomić pacjentowi przed czym ucieka i w jaki sposób może pracować nad innymi reakcjami. Podstawowe elementy terapii ACT przedstawia rycina 6 (Schultz, 2021). Terapia Akceptacji i Zaangażowania (ACT) jest jedną z trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnych CBT opartych na uważności. Zgromadziła dużą bazę dowodów naukowych wykazujących skuteczność. ACT jest korzystna w przypadku wielu problemów zdrowotnych, w tym radzenia sobie z przewlekłym bólem, uzależnieniami, lękiem, depresją, zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi i psychozą. Osiąga się to poprzez edukowanie o

sześciu podstawowych procesach i wspieranie rozwoju nowych umiejętności psychologicznych, w tym uważności, defuzji poznawczej i akceptacji. ACT zobrazowano na poniższej rycinie.

Rycina 6. Procesów Terapii ACT.



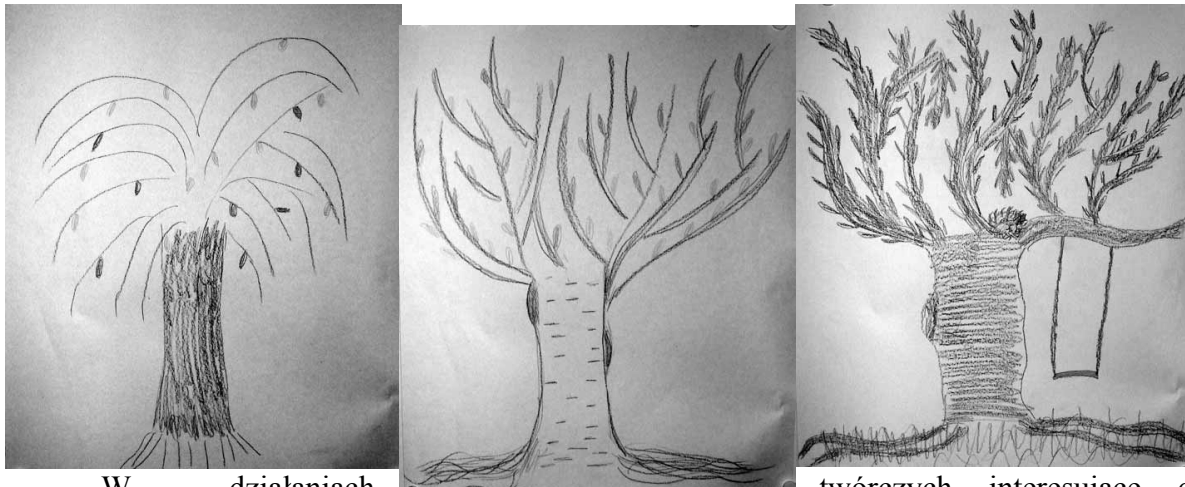
W artykule zamieszczonym na portalu positivepsychology.com, Schultz (2021) prezentuje 6 procesów terapii, którymi są: obecna chwila (bycie tu i teraz), akceptacja, defuzja, ja jako osoba, zaangażowanie oraz wartości. Przy każdym procesie stosuje odpowiednie ćwiczenia w celu wzmocnienia konkretnych umiejętności pacjenta wzmocnienia odpowiednich umiejętności, np. akceptowania wszelkich złych doświadczeń, gotowości ich przeżycia, dystansowania czy „odcinania się” od własnych myśli. W artykule wyjaśniającym zasady działania terapii Ackerman (2017) podsumowuje, że ACT „rozwija elastyczność

psychologiczną i jest formą terapii behawioralnej, która łączy umiejętności uważności z praktyką samoakceptacji”.

Ciekawą metodą terapii, testowaną klinicznie do czerwca 2022, jest metoda opracowana w Szwecji i występująca pod nazwą Tree Theme Method® (TTM). Jest to forma terapii zajęciowej, która kładzie nacisk na poprawę umiejętności radzenia sobie z codziennymi sytuacjami, zwiększenie satysfakcji z życia prywatnego i zawodowego (Gunnarsson, Wagman, Hedin, Håkansson (2018)). Metoda ta opracowana z myślą o osobach z depresją i/lub zaburzeniami lękowymi. Opiera się na arteterapii i storytellingu (opowiadaniu historii) tj. opowiadaniu historii o życiu zawodowym i codziennych czynnościach. Opowiadając swoje historie pacjent ma za zadanie wyjaśnienie dlaczego działa w określony sposób w określonej sytuacji i kontekście. Badania przeprowadzono w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej i ogólnych ambulatoryjnych oddziałach psychiatrycznej opieki zdrowotnej w trzech powiatach w Szwecji. W badaniu wzięli udział zarówno mężczyźni jak i kobiety cierpiący na depresję lub ze zdiagnozowanymi zaburzeniami lękowymi, którzy nie mogli sami sobie poradzić w życiu codziennym. Z badania wyłączono osoby, które miały zdiagnozowane zaburzenia somatyczne, psychozy oraz trudności ze zrozumieniem i wypełnieniem kwestionariuszy samooceny. Terapia TTM jest terapią krótkotrwałą i obejmuje pięć sesji i regularną terapię zajęciową. Ma na celu zwiększenie umiejętności radzenia sobie z codziennym życiem i zwiększenie satysfakcji z życia codziennego.

W terapii TTM pacjent opowiada lub tworzy historię życia codziennego rysując jednocześnie mapy drzew, które obrazują określone okresy jego życia, czyli opiera się na działaniach twórczych. Przykładowe mapy drzew przedstawiające drzewo przeszłości, obecne i drzewo przyszłości pokazuje rycina 7 (Gunnarsson, Wagman, Hedin, Håkansson, 2018).

Rycina 7. Tree Theme Method®.



W działaniach twórczych interesujące dla terapeuty i pacjenta są koncepcje robienia, bycia i stawania się. Jak tłumaczy autorka publikacji, „Kiedy klient uczestniczy w twórczych działaniach, takich jak malowanie obrazu (robienie) i późniejszej refleksji (bycie), rozmowa werbalna między nim a terapeutą zajęciowym może promować rozwój obrazu siebie klienta (stawanie się) i jak ona lub odnosi się do środowiska” (Gunnarsson, Wagman, Hedin, Håkansson, 2018. W terapii tej istotne jest jak podkreśla autorka, wypracowanie takiej postawy, w której pacjent umacnia się w przekonaniu, że jest w stanie sam kreować własnym życiem.

Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach TSR

Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach (ang. SFBT) jest formą psychoterapii, która skupia się na rozwiązywaniu problemów oraz odkrywaniu potencjału i mocnych stron pacjenta. Nie koncentruje się na przeszłości i poszukiwaniu przyczyn zaburzeń. Zazwyczaj obejmuje od trzech do pięciu sesji. Powstała w latach 70-tych w Stanach Zjednoczonych, a jej twórcami byli Steve de Shazer i Insoo Kim Berg. W języku polskim nazywana jest Terapią Skoncentrowaną na Rozwiązaniach (TSR). Udowodniono jej skuteczność w przypadku osób cierpiących na depresję oraz zaburzenia wynikające ze stresu w przypadku np. różnych jednostek chorobowych.

Podczas sesji terapeutycznych nie analizuje się, kiedy i w jaki sposób powstał dany problem, tylko na stanie obecnym - tu i teraz - oraz na tym, jak go rozwiązać. Jest to terapia krótkoterminowa i jak dowodzą badania może być skuteczna w leczeniu zaburzeń nastroju i lęku. Estrada i Beyebach (2007) przeprowadzili badania na grupie osób niedosłyszących, których wyniki potwierdzają korzyści z zastosowania TSR nawet w przypadku prowadzenia sesji z udziałem tłumaczy języka migowego. U wszystkich badanych osób nastąpiła znaczna poprawa i redukcja wskaźników wynikających z przeprowadzonej diagnozy poziomu depresji za pośrednictwem Inwentarza Depresji Becka (BDI-IIAD). Autorzy podkreślają jednak, że prowadzenie terapii z udziałem tłumacza języka migowego może być pewnego rodzaju utrudnieniem w nawiązaniu właściwej relacji z terapeutą. Z tego względu sugerują, że z uwagi na pozytywne wyniki ich badania potwierdzające skuteczność TSR, dobrze byłoby przeprowadzić kolejne badania z terapeutą, który biegle posługuje się językiem migowym lub sam jest osobą głuchoniemą.

W innym badaniu, w którym respondentami były kobiety z nowotworem piersi, skoncentrowano się na sprawdzeniu, na ile skuteczna będzie ta metoda terapeutyczna w przypadku kobiet cierpiących na raka piersi ze zdiagnozowaną depresją oraz jaki będzie miała wpływ na odczuwany stres u pacjentek (Gunnarsson, Wagman, Hedin i Håkansson, 2018). Autorzy stwierdzili, że TSR różni się od wielu innych terapii tym, że terapeuta nie jest uważany za specjalistę. Pacjenci zmieniają swoje nastawienie do terapeuty i oferowanej przez niego pomocy nawiązując zupełnie inną relację. Terapeuci TSR podkreślili, że dzięki tej metodzie pacjenci zaczynają wychodzić z własną inicjatywą i sami skupiają się na poszukiwaniu rozwiązań.

Podstawowe zasady, które stosowane są w metodzie TSR polegają na:

- tworzeniu wspólnie z terapeutą rozwiązań, a nie na rozwiązywaniu problemów,

- nacisk kładzie się na postrzeganie przyszłości pacjenta, a nie na poszukiwaniu przyczyn wynikających z jego przeszłości,
- poszukuje się alternatywy dla obecnych wzorców zachowań.

W terapii TSR pomaga się pacjentom w opracowaniu wizji przyszłości, w której problem będzie rozwiązany. Wzmacnia się też jego potencjał, który pomoże w urzeczywistnieniu tej wizji (Trepper i in., 2010). W ten sposób każdy pacjent może odnaleźć własną drogę do rozwiązania problemu. Większość metod psychoterapeutycznych, w tym TSR, opiera się na rozmowach. W terapii TSR rozmowy te obejmują tematy ogólne, obawy pacjentów, rozmowy o pożądanej wizji przyszłości, motywacjach monitorując na bieżąco postępy. Terapeuci stosują szereg technik zadawania pytań, które zachęcają klientów do współtworzenia wizji przyszłości. Pytania zadawane są przez terapeutów w ten sposób, że uwaga koncentrowana jest na tym, co już działa i jak ma wyglądać według pacjenta jego przyszłe życie. Przykładowe pytania zadawane podczas sesji terapeutycznej prezentuje poniższa rycina 8 (Iveson, 2002).

Rycina 8. Przykład pytań i zadań do zrealizowania podczas pierwszej sesji TSR..

<i>Task of therapist</i>	<i>Examples of opening questions</i>
Find out what the person is hoping to achieve from the meeting or the work together	What are your best hopes of our work together? How will you know if this is useful?
Find out what the small, mundane and everyday details of the person's life would be like if these hopes were realised	If tonight while you were asleep a miracle happened and it resolved all the problems that bring you here what would you be noticing different tomorrow?
Find out what the person is already doing or has done in the past that might contribute to these hopes being realised	Tell me about the times the problem does not happen When are the times that bits of the miracle already occur?
Find out what might be different if the person made one very small step towards realising these hopes	What would your partner/doctor/colleague notice if you moved another 5% towards the life you would like to be leading?

Jednym z najbardziej skutecznych sposobów prowadzenia wywiadu jest według Iveson (2002) skala od 0 do 10, gdzie 10 oznacza osiągnięcie wszystkich celów, a zero to najgorszy możliwy scenariusz. Pacjent proszony jest o określenie swojej aktualnej statusu i punktu który chciałby osiągnąć, czyli momentu, w którym będzie odczuwał zadowolenie ze swojego życia. Następnie według autora definiuje się ostateczne cele, to co pacjent już robi, aby je osiągnąć i jaki może być kolejny krok. Poniżej znajduje się wizualizacja celów w TSR (Iveson, 2002).

Rycina 9. Wizualizacja określania celów w TSR.

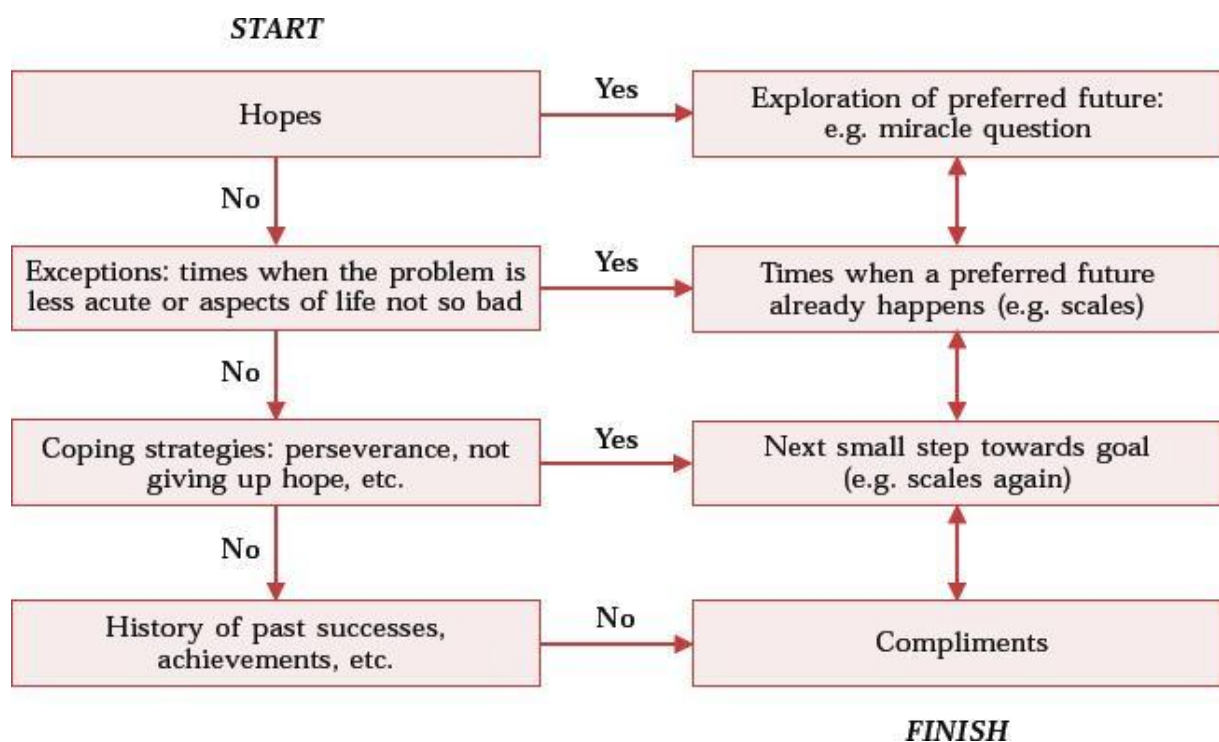
<i>Points to mark</i>	<i>What to explore</i>
10 — The perfect solution	The miracle question as a means to encourage creative thinking
7 — A good but realistic outcome	A realistic description of the client getting on with his/her life without the problem interfering too much. The more concrete and realistic the better, since it is the small, mundane aspects of living that go together to make a good-enough life
3 — Where the client is now	Everything the client is doing that has helped him or her reach this point on the scale and/or everything he/she is doing to prevent matters getting worse
0 — The worst scenario	Best not to go into detail

W TSR rzadko wykracza poza osiem sesji, a czasami wystarczy tylko jedna sesja by zauważyć poprawę. Jeśli jednak po trzech sesjach jej nie ma, może okazać się że terapia ta nie zadziała w przypadku tego pacjenta. Zgodnie z danymi zawartymi w opracowaniu Terry i in., (2010) potwierdzono klinicznie, że TSR jest pomocne w przypadku leczenia młodzieży i dorosłych pacjentów ambulatoryjnych oraz jako uzupełnienie leczenia szpitalnego. Autorzy twierdzą, że TSR jest obiecującą terapią w przypadku młodzieży z zaburzeniami eksternalizacyjnymi oraz z problemami szkolnymi i akademickimi, W przypadku osób z

poważnymi problemami psychicznymi, medycznymi lub niestabilnymi sytuacjami życiowymi TSR może być terapią uzupełniającą.

Jak twierdzi Iveson (2002), najtrudniejsze jest zachowanie płynności w pytaniach. Przykładowy schemat przebiegu sesji przedstawia rycina 10. Autor zaznacza, że większość pierwszych sesji rozpoczyna się w lewym górnym rogu poniższego schematu, a następnie przechodzi w dół przez prawą kolumnę i zakończona jest uznanie czy pochwałą ze strony terapeuty. Następne sesje będą koncentrowały się na drugim i trzecim polu w każdej kolumnie.

Rycina 10. Przykładowy przebieg sesji TSR.



Należy wspomnieć, że celem TSR nie jest jednoznaczne rozwiązanie problemu, ale poszukiwanie najbardziej optymalnego rozwiązania dla sytuacji, w której Pacjent się znajduje (*solving problem vs creating solutions*). TSR zaliczyć można do terapii ustrukturalizowanych.

Metody i zasady tworzenia się procesu terapeutycznego są określone w jasny i konkretny sposób. TSR nie jest jednak terapią strategiczną, nie kierujemy się w tym wariantcie kształtowaniem teorii charakteryzującej naturę problemu pacjenta lub diagnozowaniem osoby w powszechnym rozumieniu tego słowa. Diagnoza odbierana jest za nie wiele wnoszącą, a czasami wręcz i niechcianą. Kierunek i strategia pracy określana jest tym, co pacjent uważa za najważniejsze dla niego. W TSR nie korzysta się z technik bezpośredniej sprzeczności, a szuka się innych metod pracy z pacjentem, bez wywoływania nonkonformizmu. Reguły pracy w nurcie TSR związane są wyłącznie z samymi technikami wspierania zmian i sposobów ich skutecznego użytkowania. Zamiast tworzenia teorii na temat: „jak być powinno” i „dlaczego nie jest tak czy inaczej”, TSR zajmuje się tym, „co działa” i „co pomaga” oraz szuka metod poszerzenia wyżej wymienionych działań na inne płaszczyzny i sytuacje z życia pacjenta. Tym samym można zauważyć całkowitą akceptację perspektywy spostrzegania pacjenta na własne życie. Jest to stadium, od którego zależy tak istotna reguła wzajemnej współpracy pacjent – psychoterapeuta. Pojawianie się oporu u pacjenta, wynikać może z błędu prowadzenia przez terapeutę terapii, a tym samym niesie za sobą konsekwencje zagrożenia bądź całkowitego braku chęci wzajemnej współpracy.

W terapii TSR liczy się prostota prowadzonej terapii. Metoda ta jest prowadzona na minimalnym wykorzystaniu środków i metod terapeutycznych. Im mniej korzysta się w pracy z pacjentem z wyszukanych sposobów tym lepiej dla obojga ze stron.

Do podstawowych zagadnień należy również uszanowanie „bezwzględnej potrzeby zmiany w życiu pacjenta”. Oznacza to, że nic w życiu człowieka nie jest trwałe i stałe. Idąc za tym trybem rozumowania, to należy przyjąć, iż istnieją wyjątki, kiedy „problem nie występuje”. Dlatego też większość starań i prac terapeutycznych ukierunkowana jest na szukanie, dążenie do wydobycia i wzmacniania etapów, chwil, w których pacjent wykorzystał swoje siły, zasoby, umiejętności – tzw. wyjątki. Szukanie momentów dobrych dla pacjenta w

jego życiu, takich jak np. „kiedy było dobrze”, oraz odpowiedź na pytanie – co zrobić, aby te metody podtrzymać i wzmocnić, jest znaczącą i najważniejszą zasadą pracy z pacjentem. Ponadto uważa się, że właśnie wyszukiwanie i wzmocnianie w procesie terapii tychże mocnych stron jest ogromną szansą na zdobycie sukcesu terapeutycznego. Stąd też atmosfera panująca na spotkaniach terapeutycznych jest często odzwierciedleniem tych dobrych i korzystnych stron dla pacjenta. Perspektywa pracy terapeutycznej jest skupiona na teraźniejszości i przyszłości. Pracuje się nad funkcjonalnością przyszłej praktyki dla tego, co jest i co będzie.

Założenia TSR:

- Jeśli coś działa, rób tego więcej.
- Jeśli coś nie działa, rób coś innego.
- Jeśli coś się nie zepsuło, nie naprawiaj.
- Nie komplikuj. Życie jest naprawdę proste.

Prostota metody pracy w nurcie TSR jest niewiarygodna, co nie jest tożsame z łatwym stosowaniem jej, jak i całego wzorca, w pracy psychoterapeutycznej. Użytkowanie tak prostych narzędzi, jakie proponuje ta metoda, staje się dla osób używających jej w praktyce niezwykle trudnym zadaniem, wymagającym wiele samodyscypliny i wysoko rozwiniętych umiejętności.

BADANIA

Cele pracy wraz z uzasadnieniem podjęcia badania, hipotezy badawcze

Cele pracy

Celem pracy jest ocena skuteczności terapeutycznej Krótkoterminowej Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (TSR) oraz poszukiwanie możliwości przewidywania

skuteczności tego rodzaju terapii, przy pomocy kwestionariusza MMPI-2 u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych i lękowych mieszanych. Praca ma na celu dostarczyć informacji o ewentualnej możliwości zmniejszenia psychologicznych skutków występujących zaburzeń psychicznych.

Hipotezy badawcze

Założono następujące hipotezy badawcze:

1. Pacjenci uczestniczący w terapii TSR osiągną wyższy wskaźnik zadowolenia ze stanu zdrowia psychicznego po terapii niż przed terapią.
2. Osoby po Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach wykazują wyższy poziom subiektywnego zadowolenia ze stanu zdrowia psychicznego od osób, które nie uczestniczyły w terapii TSR w ogóle.
3. Na podstawie profilu w MMPI-2 można przewidzieć Skuteczność Krótkoterminowej Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach u Pacjentów.
4. Osoby przyjmujące leki, a także osoby uczęszczające do lekarza wykazują wyższą Skuteczność Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach.

BADANA GRUPA I METODY

Materiał, kryteria włączania i wykluczenia

Badania zostało przeprowadzone w okresie od września 2018 r. do czerwca 2020 r. w Kartuzach w prywatnym gabinecie psychoterapeutycznym. Do badania zostały zaproszone

osoby, u których została rozpoznana i zdiagnozowana depresja lękowa (F41.2) u psychiatry. Diagnoza potwierdzona przy pomocy testu MMPI-2, który został wykonany z pacjentem w prywatnym gabinecie psychologicznym. Uzyskano zgodę Niezależnej Komisji Bioetycznej do Spraw Badań Naukowych.

Kryterium włączenia: diagnoza zaburzeń depresji lękowej (F41.2) wystawiona przez lekarza psychiatrę oraz potwierdzona testem MMPI-2.

Kryteria wykluczenia: inna diagnoza wystawiona przez lekarza psychiatrę, niż rozpoznanie depresji lękowej (F41.2), wiek poniżej 18 roku życia, rozległe ubytki intelektualne uniemożliwiające kontakt werbalny.

Minnesocki Wielowymiarowy Kwestionariusz Do Badania Osobowości Osób Dorosłych (MMPI-2)

MMPI-2 to jedne z najczęściej używanych testów osobowości w psychologii. Jego pierwsza wersja została opracowana przez S. R. Hathawaya i J. C. McKinleya – badaczy z University of Minnesota Press – i opublikowana w latach 40. poprzedniego wieku. Po upływie kilku dekad, a dokładnie w 1989 roku, pojawiła się ulepszona wersja tego badania, którą określa się jako MMPI-2. Polska adaptacja testu wydana i opracowana została przez Pracownię Testów Psychologicznych PTP w wersji papierowej. Test składa się z 567 stwierdzeń, na które należy odpowiedzieć *prawda* lub *fałsz* lub *nie wiem*. Test przeznaczony jest dla osób dorosłych. Wyniki testu to 3 skale kontrolne, 10 skal klinicznych oraz kilkadziesiąt podskal dodatkowych. Każda ze skal i podskal normalizowana jest w teście do wyników tenowych. Skale kontrolne w teście mają za cel tzw. Walidację testu czyli inaczej mówiąc sprawdzenie, czy wyniki uzyskane w teście mogą zostać interpretowane z uwagi na

ich prawidłowość w odpowiedzi (czy Badany nie kłamał). Do takich skal kontrolnych zalicza się:

- F – skala rzadkiego odpowiadania – liczba odpowiedzi nietypowych w stosunku do grupy normalizacyjnej.
- L – skala kłamstwa – wysokie wyniki (powyżej 65) mogą sugerować zafałszowanie wyników testu.
- K – skala nastawień obronnych – wysokie wyniki (ponad 65) świadczą o tym, iż badany może przedstawiać się jako lepszy i takim chce się pokazać.
- Różnica F-K (wskaźnik Gougha)– w skali surowej informuje nas, czy pacjent dokonuje agrawacji czy dysymulacji.

Do skal klinicznych zalicza się:

- Hs – Hipochondria

Wysokie wyniki przedstawiają nieokreślone trudności fizyczne. Problemy są raczej długotrwałe, niskie jest więc oddziaływanie terapii psychologicznej. Osoby uzyskujące wysokie wyniki przeważnie są nieszczęśliwe, skoncentrowane na sobie, narzekające, wrogie i roszczeniowe. Mają skłonności do domagania się zwracania na siebie uwagi.

- D – Depresja

Wysokie wyniki odzwierciedlają nastrój depresyjny, niską samoocenę i poczucie bycia nieodpowiednim. Jest to jedna z najczęściej podwyższonych skal w grupie pacjentów z objawami klinicznymi. Pacjenci uzyskujący wysokie wyniki opisywani są jako nie mający humoru, nieśmiali, przygnębieni, pesymistyczni, nieszczęśliwi, napięci, ospali, nadmiernie się kontrolujący i przeżywający poczucie winy. Podwyższone wyniki mogą odzwierciedlać duży dyskomfort i potrzebę zmiany bądź też uwolnienie od przeżywanych objawów.

- Hy – Histeria

Wysokie wyniki polegają na neurotyczności obronnej, takiej jak zaprzeczanie i wypieranie związane z przeżywanymi stresami. Pacjenci z takimi wynikami mają skłonności do bycia zależnymi, naiwnymi, łatwowiernymi, infantylnymi i narcystycznymi. Ich relacje interpersonalne są często zrywane; ujawniają mały wgląd we własne problemy. Wysokiemu poziomowi stresu często towarzyszy występowanie fizycznych objawów. Osoby uzyskujące wyniki wysokie często są sugestywne, jednak opierają się terapii skierowanej na uzyskanie wglądu w siebie. Ujawniają małe zainteresowanie postępowaniem psychologicznym i opierają się psychologicznej interpretacji swoich problemów.

- Pd – Zaburzenia psychopatyczne

Pomiar zachowań antisocjalnych i buntowniczych; przerywanych relacji rodzinnych; impulsywności; trudności w szkole bądź pracy; konfliktów z prawem; nadużywania alkoholu czy narkotyków itd. Rysy zaburzeń osobowości są związane z wynikami wysokim. Badani są zewnętrznie uspołecznieni i lubiani ale także oszukańczy, manipulujący, hedonistyczni i ekshibicjonistyczni. Ujawniają słabą i nierealistyczną ocenę rzeczywistości, niedojrzałości, wrogość i agresywność. Często mają trudności w małżeństwie i kontaktach rodzinnych, a także z przestrzeganiem prawa. Wysokie wyniki odzwierciedlają długo utrzymujący się charakter problemów i dużą odporność na oddziaływania terapeutyczne. Osoby z wysokimi wynikami tej skali zazwyczaj godzą się na terapię, lecz zwykle szybko z niej rezygnują.

- Mf – Męskość/Kobiecość

Mężczyźni uzyskujący wysokie wyniki mają stereotypowe kobiece zainteresowania i zaprzeczają posiadaniu zainteresowań typu „macho”. Mogą przeżywać konflikty związane z identyfikacją seksualną i niskim heteroseksualnym nastawieniem.

Mężczyźni z niskimi wynikami mają stereotypowe męskie zainteresowania i zaprzeczają występowaniem u siebie jakichkolwiek zainteresowań kobiecych. Kierunek wyników u kobiet jest odwrotny niż dla mężczyzn. Kobiety uzyskujące wysokie wyniki potwierdzają zainteresowania typu „macho” i zaprzeczają posiadaniu przez siebie stereotypowych kobiecych zainteresowań. Kobiety z niskimi wynikami opisują siebie jako posiadające stereotypowe kobiece zainteresowania i zaprzeczają posiadaniu przez siebie zainteresowań typowo męskich.

- Pa – Paranoja

Podwyższone wyniki w tej skali często współwystępują z niepokojem i podejrzliwością, byciem wyniosłym, przenikliwym, czujnym i nadmiernie wrażliwym. Wysokim wynikom towarzyszą mechanizmy projekcji i rzutowania na zewnątrz poczucia winy (na innych ludzi) oraz odczuwaniem niechęci w stosunku do innych ludzi. Badani z wysokimi wynikami są ogólnie wrodzy i dyskutujący, zwykle nie odnoszący korzyści z psychoterapii.

- Pt – Psychastenia

Osoby uzyskujące wysokie wyniki są napięte, niespokojne, przeżywające, zaabsorbowane, odczuwające natręctwa, fobie, ponadto są sztywne w swych mechanizmach zachowań. Często przeżywają poczucie winy i potępienie, mają poczucie niższości i nieodpowiedniości. Pacjenci z najwyższym wynikiem profilu uzyskanym właśnie w tej skali są nadmiernie intelektualizujący i racjonalizujący, opierają się terapii wyjaśniającej ich problemy psychologiczne.

- Sc – Schizofrenia

Pacjenci uzyskujący wyniki powyżej 65 punktów T mają niekonwencjonalny i schizoidalny styl życia. Są wycofujący, nieśmiali i mają generalnie zły humor. Czują się nieodpowiedni, napięci i zmieszani. Mają niezwykle i dziwaczne myśli,

nierealistycznie oceniają rzeczywistość, przeżywają zmienne nastroje. Bardzo wysokie wyniki (powyżej 80 T) mogą wskazywać na utratę kontaktu z rzeczywistością, dziwaczne (osobliwe) doświadczenia sensoryczne, iluzje i omamy oraz halucynacje. Osoby uzyskujące wysokie wyniki mogą mieć trudności z uczestnictwem w terapii; występuje generalny brak samoświadomości i niskie umiejętności w rozwiązywaniu swoich problemów.

- Ma – Mania

Wyniki wysokie (od 65 do 75 T) uzyskują pacjenci towarzyscy, łatwowierni, impulsywni, nadmiernie pobudzeni i optymistyczni. Mają liberalne poglądy moralne, są rozbiegani i mogą nadużywać alkoholu, posiadają poczucie wyższości. Są też poirytowani, niecierpliwi i przejawiają nieuzasadniony optymizm. Odczuwają gonitwę myśli, posiadają podwyższone poczucie własnej wartości i są manipulujący. Bardzo wysokie wyniki (powyżej 75 T) mogą wskazywać na zaburzenia afektywne, dziwaczne i impulsywne zachowania, wahania nastroju oraz przeżywanie omamów.

- Si – Introwersja Społeczna

Osoby uzyskujące wysokie wyniki są introwertywne, nieśmiałe, wycofujące, z rezerwą towarzyską, submisyjne, nadmiernie kontrolujące, apatyczne, konwencjonalne, napięte, sztywne i przeżywające poczucie winy. Osoby uzyskujące niskie wyniki są ekstrawertywne, towarzyskie, ekspresyjne, agresywne, rozmowne, impulsywne, niezahamowane, spontaniczne, manipulujące, korzystające z okazji i nieszczerze w kontaktach społecznych.

Do skład skal dodatkowych wlicza się:

- MAC- R – Zrewidowana Skala Alkoholizmu MacAndrew'a

Skala MAC-R zarówno dla mężczyzn jak i kobiet mierzy zachowanie. Które jest istotne do określenia nadużywania alkoholu lub narkotyków. Skala jest zwykle interpretowana samodzielnie, a nie jako część konfiguracji z pozostałymi skalami. MAC-R nie mierzy obecnego używania bądź nadużywania środków odurzających, lecz potencjalne skłonności do problemów związanych z nadużywaniem alkoholu lub narkotyków, co jest sugerowane w przypadku podwyższenia wyników skali MAC-R. Używanie lub nadużywanie szczególnych substancji, takich jak alkohol czy narkotyki nie może być określane przez wynik w skali MAC-R.

- APS – Skala Potencjalnego Uzależnienia

Skala ta sugeruje potencjalne skłonności do problemów z nadużywaniem alkoholu lub narkotyków, nie jest jednak mierzone bieżące używanie bądź nadużywanie substancji uzależniających.

- AAS – Skala Rzeczywistego Uzależnienia

Skala sugeruje, że pacjent jest świadomy i chętny do dzielenie się osobistymi informacjami o swoich przeszłych problemach z nadużywaniem narkotyków lub alkoholu. Skala AAS jest o wiele silniejszym dyskryminatorem (niż MAC-R i APS) w określaniu pacjentów uzależnionych od środków odurzających w grupie pacjentów z poradni poddanych psychoterapii.

- PK – Zespół Stresu Pourazowego Kean'a

Skala badająca Zespół Stresu Pourazowego (PTSD). Osoby uzyskujące wysokie wyniki mogą ujawniać wiele symptomów i zachowań PTSD. Skala najbardziej użyteczna w diagnozowaniu żołnierzy uczestniczących na wojnie; również powiązana z generalnym nieprzystosowaniem. Wysokie wyniki PK nie wskazują na doświadczenie niedawnych, bolesnych przeżyć. Bolesne przeżycia muszą być

potwierdzone przez inne procedury pomiaru przed postawieniem diagnozy zespołu stresu pourazowego.

- O-H – Nadmierna Kontrola Wrogości

Skala zazwyczaj nie określa typowej wrogości, lecz okazjonalne zachowania wrogie i wybuchy złości, których intensywność wzrasta wraz ze wzrostem natężenia prowokacji; wysokie wyniki u osób naruszających prawo wskazują na akty agresji i przemocy, lecz takie stwierdzenie nie odnosi się do innych grup badanych; niskie wyniki mogą wskazywać raczej na osoby z chroniczną agresją niż takie, które w sposób kontrolowany wyrażają swoją agresję.

- MDS – Konflikty Małżeńskie

Skala MDS wydaje się być skutecznym rozróżnieniem złego przystosowania dla wyników przeliczanych powyżej 60 T.

Skala subiektywnej oceny stanu zdrowia psychicznego

Skala z przedziałem od 0 – 10. Pacjent zaznacza na osi od 0-10 na jakim poziomie jest jego stan subiektywnego zadowolenia ze swojego stanu zdrowia psychicznego, gdzie liczba 0 oznacza kompletnie niezadowolony, a liczba 10 kompletnie zadowolony. Skala ma na celu uświadomienie pacjentowi na jakim jest etapie podczas terapii, jaki jest poziom zadowolenia i poprawy stanu zdrowia psychicznego.

Wywiad socjo-demograficzny

Wywiad socjo-demograficzny to metoda badań jakościowych, w której badacz zadaje pytania. Ta metoda badawcza jest przydatna do zbierania danych, które ujawniają wartości, perspektywy, doświadczenia i światopoglądy badanej populacji. Metoda ta często łączona jest z innymi metodami badawczymi takimi jak badania ankietowe, grupami fokusowymi czy

obserwacjami etnograficznymi. W badaniu przeze mnie przeprowadzonym wywiad dotyczył: płci, wieku badanych, wykształcenia, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, zatrudnienia, chorób towarzyszących. Badani zaznaczali jedną z wymienionych opcji.

PROCEDURA BADAWCZA

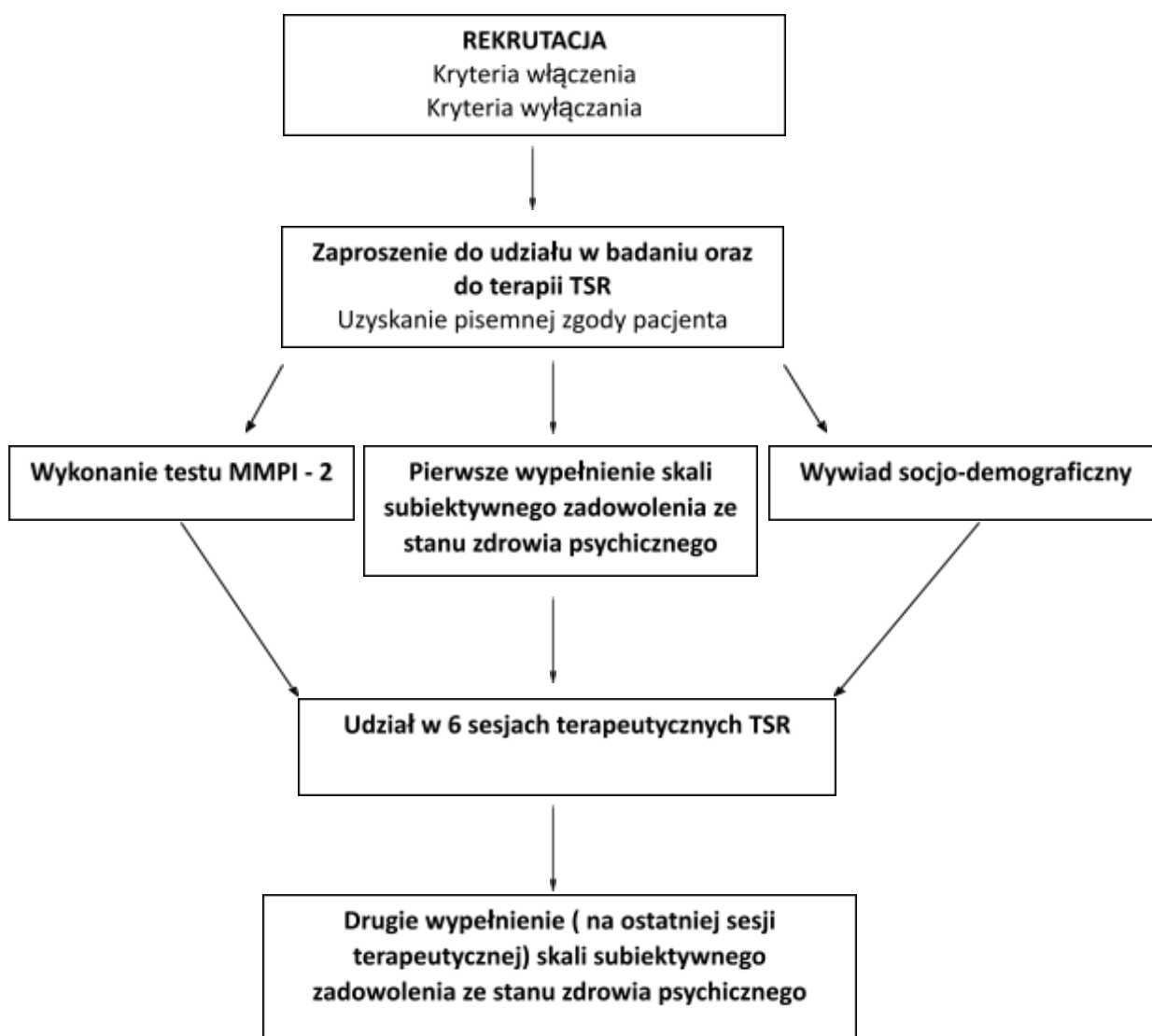
Do badania przystąpiło łącznie 50 osób, u których lekarz psychiatra rozpoznał depresję- lękową (F41.2). Każdy pacjent biorący udział w badaniu wyraził pisemną zgodę na przeprowadzenie testu MMPI-2, uzupełnienie skali subiektywnego stanu zdrowia psychicznego, wywiad socjo-demograficzny oraz na terapię w nurcie TSR na pierwszym spotkaniu klasyfikującym do dalszych badań. Żaden z uczestników badania nie odmówił udziału w badaniu, niemniej jeden z uczestników zrezygnował trakcie badania, co daje łączną liczbę 49 osób przebadanych. Cały proces badania można podzielić na trzy części.

Pierwszy etap to moment kiedy Pacjent został zaproszony do wykonania testu MMPI – 2 w celu potwierdzenia diagnozy psychiatrycznej. W sytuacji, kiedy w wynikach testu MMPI-2 stwierdzono depresję-lękową, pacjent poproszony był o zaznaczenie na skali subiektywnej oceny stanu zdrowia psychicznego liczbę od 0 - 10 określającą jego samopoczucie w chwili obecnej. Kolejną częścią pierwszego etapu było przeprowadzenie z badanym wywiadu socjo-demograficznego, gdzie zapisywano dane odnośnie płci, wieku badanych, wykształcenia, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, zatrudnienia, chorób towarzyszących. Po zebraniu tych wszystkich danych i wyników, pacjenta zaproszono do udziału w 6 sesjach terapeutycznych w nurcie TSR.

Drugi etap badania polegał na przeprowadzeniu 6 sesji terapeutycznych w nurcie TSR. Spotkania odbywały się cyklicznie, co tydzień. Jedno spotkanie trwało 50 min.

Trzeci etap badania odbywał się po skończonej 6 sesji terapeutycznej. Ostatnia część badania polegała na ponownym zaznaczeniu liczby w skali od 0-10, oceniającą subiektywne zadowolenie ze swojego stanu zdrowia psychicznego po przebytej terapii TSR.

Procedurę badawczą przedstawiono także na poniższej rycinie.



Opis osób badanych

Dane socjo-demograficzne

W badaniu wzięło udział 49 osób, 41 kobiet i 8 mężczyzn. Średnia wieku badanych osób to $M = 35,96$ lat ($SD = 12,81$). Minimalny wiek to 17 lat, zaś maksymalny wiek badanych to 71 lat. Poniższa tabela przedstawia powyższe dane.

Wśród badanych osób największa grupa osób reprezentuje się wykształceniem średnim. Jest takich osób 24 (49% całej badanej próby). Zaraz po wykształceniu średnim, na drugim miejscu znajdując się badani z wykształceniem wyższym (22 osoby, tj. 44,90%). Z wykształceniem podstawowym są zaledwie 3 osoby (6,10%).

W badaniu wzięły udział osoby zamężne/żonate i niezamężne/nieżonate. Wyniki przedstawiają się następująco: osób po ślubie było 29 wśród 49 badanych (59,20%), osób niezamężnych/nieżonatych było 20 (40,80%).

Wśród 49 osób badanych było 27 osób zamieszkujących miasto (tj. 55,10%) i 22 osoby zamieszkujące wieś (44,90%).

Osób zatrudnionych, uczęszczających tym samym do pracy spośród 49 badanych osób było 26 (53,10%), zaś osób niepracujących było 23 (46,90%).

Wszystkich osób przebadanych jak już zostało wcześniej wspomniane, było 49. Taka też sama liczba osób nie zgłaszała żadnych chorób współistniejących jak np. cukrzyca, które mogłyby mieć jakikolwiek wpływ na wyniki przeprowadzonego badania.

Identyczny wynik można zauważyć w rozpoznaniu chorób i zaburzeń psychicznych. U każdej z 49 osób rozpoznano wcześniej zaburzenia depresyjno-lękowe mieszane.

Opis zmiennych testu MMPI-2 - wyniki uzyskane w profilach klinicznych i dodatkowych

Test MMPI-2 to jeden z najbardziej rozbudowanych kwestionariuszy do badania ludzkiej osobowości znajdującym zastosowanie zarówno w klinicznej diagnostyce

psychologicznej, jak również w badaniach naukowych. Wciąż doskonalony stał się jedną z najbardziej popularnych i cenionych metod testowych w psychologii. Poniżej opiszę wyniki uzyskane w moim badaniu w profilach klinicznych i dodatkowych u 49 przebadanych osób.

Warto wspomnieć, że test MMPI-2 świadczy pomiar o charakterze połączenia różnych skal i ich części. Do takich celów służą różnego rodzaju formuły, indeksy i reguły. Najbardziej znanym, podstawowym i ważnym jest tzw. wskaźnik Gougha, dzięki któremu możemy podjąć decyzje czy wynik testu MMPI jest wiarygodny czy też został zniekształcony (np. przez symulację czy dysymulację) co w sposób znaczny zmieni interpretacje, aż do rezygnacji z interpretacji włącznie. Wskaźnik Gougha obliczamy używając wyniki surowe odejmujące wynik w skali K od wyniku w skali F. Wskazuje on ocenę stopnia „zafałszowania” odpowiedzi przez badanego, zarówno świadomego (np. chęć pokazania się w lepszym świetle, symulacja objawów, przekierowanie uwagi na swoje lepsze strony) jak i nieświadomego, co może być konsekwencją istnienia pewnych symptomów psychopatologicznych. Według Gougha wynik powyżej 9 odpowiedzi zgodnych z założeniami zawartymi w kluczu świadczy o zafałszowaniu typu symulacji, a poniżej (-11) o zafałszowaniu typu dysymulacji.

Wyniki prezentują minimum (-13) oraz maximum (16) odchyłeń w skali F-K (wskaźnik Gougha) u 49 badanych osób. Ze średniej wyniku ($M = 2,59$; $SD = 7,2$), iż osoby badane w większości reprezentowały agrawacje, aniżeli dysymulacje.

W skali Hipochondrii minimalnym otrzymanym wynikiem jest 32, zaś maximum osiągnięte przez badanych to aż 91. Średnia to $M = 64,41$ ($SD = 13,85$), co sugeruje zachowanie normy u większości osób w tej skali.

W skali Depresji minimalny osiągnięty wynik przez badanych to 64, najwyższy czyli maximum to 94 co sugeruje wynik wysoki. Średnia w przedstawionej skali to wynik $M =$

76,49 ($SD = 6,63$) co świadczy o tym, iż większość badanych doświadczała depresji w stanie nie normatywnym, gdyż skala normy to 50-65 w wynikach tenowych.

W skali hysterii minimalny osiągnięty wynik to 44, natomiast maximum to 89. Średnia w tej skali to $M = 65,73$ ($SD = 11,48$), wynik zbliżony do normy.

Minimalny wynik w Skali Zaburzeń Psychopatycznych to 45, zaś maximum to 73. Średnia $M = 59,94$ ($SD = 6,8$) mówi nam, iż większość osób badanych nie otrzymała wyników w tej skali poza normę (65), czyli nie wykazuje się stanami zaburzeń psychotycznych, zaburzeń osobowości.

Kolejna skala to męskość- kobiecość. Minimalny wynik w tej skali to 30 a maximum to 62. Tu warto wspomnieć o tym, iż to jedna ze skal, mierząca jedynie stereotypowe zachowania z tendencją do kobiecych bądź męskich. Średnia w tym wypadku wynosi $M = 48,37$; $SD = 8,01$ i mówi nam o tym, iż osoby badane nie przejawiały zachowań stereotypowych zarówno kobiecych jak i męskich. Wynik średniej mieści się w skali normy.

Minimalny wynik w skali Paranoi to 51, zaś maximum to 86. Średnia wszystkich badanych to liczba $M = 65,27$; $SD = 7,33$. Tu również rezultatem jest to, iż znacznej części badanych stany paranoi nie dotyczą.

Następna ze skal to Psychastenia. Tu wyniki przedstawiają się następująco: minimalny wynik to 64, zaś najwyższy otrzymany wynik to 84. Średnia wszystkich badanych to $M = 73,59$; $SD = 4,53$, co sugeruje, iż większość osób badanych miała tu wyniki wychodzące ponad normę (65), objawiała lęk.

Następna to Skala Schizofrenii. W tej skali minimalny wynik to 38, najwyższy to 81. Średnia wszystkich wyników to $M = 66,71$; $SD = 8,02$. Otrzymane efekty sugerują, iż większość badanych nie stanowiły osoby mające problemy natury schizofrenicznej.

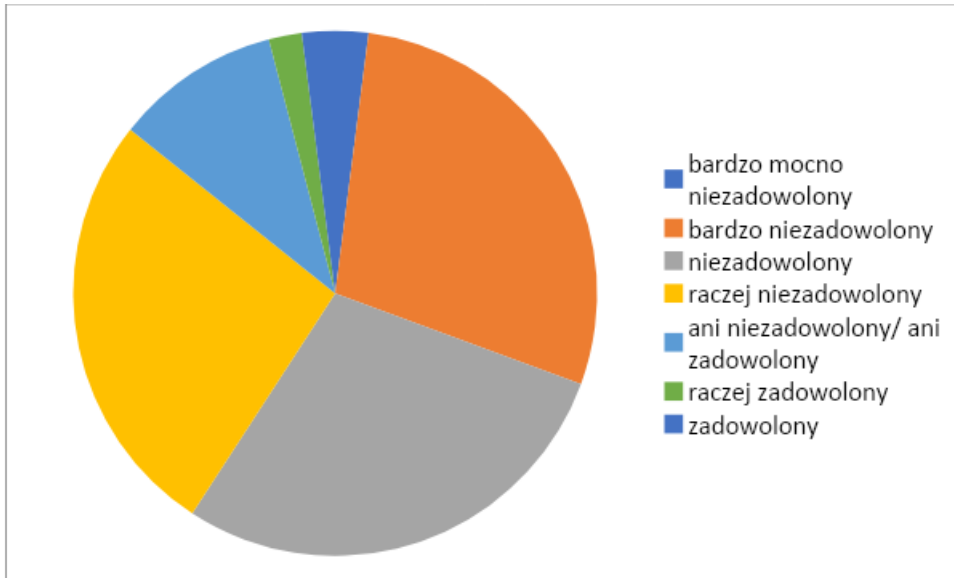
W przypadku skali manii wyniku przedstawiają się następująco: minimalny wynik to 33, zaś najwyższy to 63. Średnia tej skali to $M = 46,94$; $SD = 6,78$, co sugeruje iż większość z pacjentów wykazywała niski poziom motywacji.

Ostatnia ze skal klinicznych badanych testem MMPI-2 to Skala Introwersji Społecznej. Najniższy wynik otrzymany w tej skali to 47, najwyższy to 78. Średnia tej skali to $M = 66,96$; $SD = 7,19$, sugerująca, iż znaczna część badanych nie wykazywała większych lęków społecznych.

Poza dziesięcioma skalami klinicznymi, wyróżnia się również skale dodatkowe, które zostały wypisane w rozdziałach powyżej. Tu warto się przyjrzeć w dużej mierze jednej ze skal - PK (Zespołu Stresu Pourazowego). Poniżej przedstawiona tabela pokazuje, iż minimalny wynik otrzymany w tej skali to 54, zaś najwyższy to 86. Średnia tej skali to wynik $M = 70,57$; $SD = 7,31$, co sugeruje, że u większej liczby osób wyniki PK były powyżej normy, co sugeruje występowanie traum u badanych.

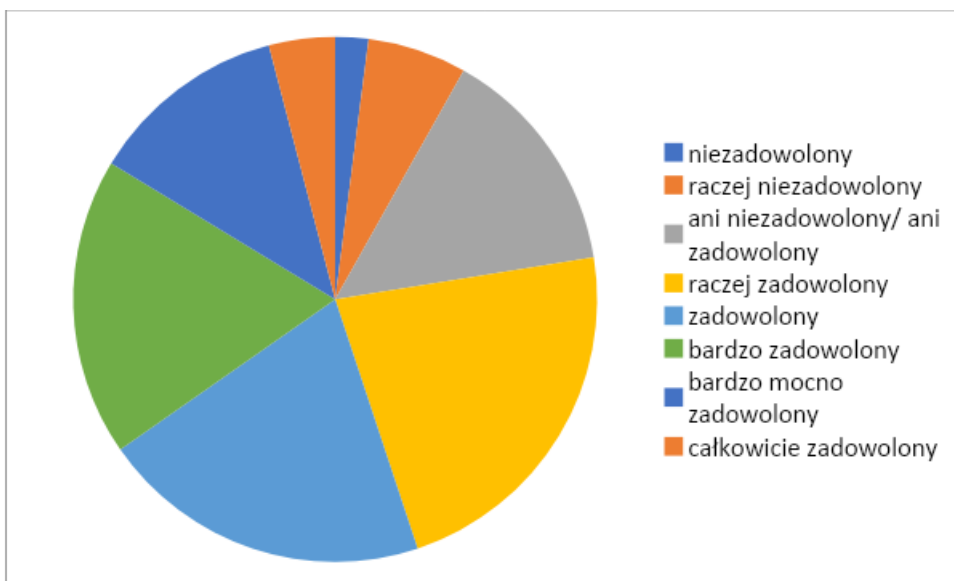
Rozkład wyników w skali zadowolenia, przyjmowanie leków, korzystanie z pomocy lekarskiej, czas trwania choroby

Osoby badane były proszone o zaznaczenie na skali subiektywnej oceny stanu zdrowia psychicznego jak się czują przed terapią i po terapii. Okazuje się, iż żaden z pacjentów nie zaznaczył, że jest zadowolony czy bardzo zadowolony ze swojego obecnego stanu zdrowia. Poniżej pierwszy wykres kołowy przedstawia wynik badania przed terapią TSR.



Wyk. 1. Skala subiektywnej oceny stanu zdrowia psychicznego przed terapią TSR.

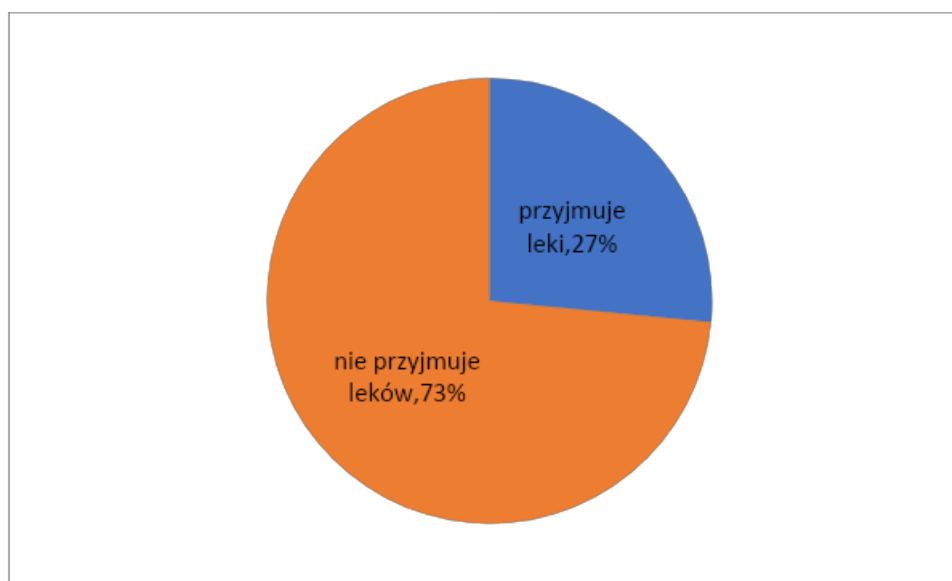
Jak widać powyżej znaczna większość osób oceniała siebie samych jako bardzo niezadowolonych i niezadowolonych ze swojego stanu zdrowia psychicznego. Po kilku spotkaniach terapeutycznych ocena własnego stanu psychiki zmieniła się. Okazuje się, że osoby przed terapią TSR oceniały w sposób subiektywny swój stan zdrowia średnio 3 podpunkty słabiej, niż po terapii TSR. Poniżej wykres kołowy przedstawia subiektywny stan zdrowia psychicznego u badanych po terapii TSR.



Wyk. 2. Skala subiektywnej oceny stanu zdrowia psychicznego po terapii TSR.

Tu wyniki zaczynają się zmieniać niż z początkiem badania. Większa liczba osób, już zaledwie po kilku spotkaniach terapeutycznych zaczęła czuć subiektywną poprawę swojego stanu zdrowia psychicznego. Badani znacznie częściej oceniali się jako osoby raczej zadowolone, zadowolone i bardzo zadowolone.

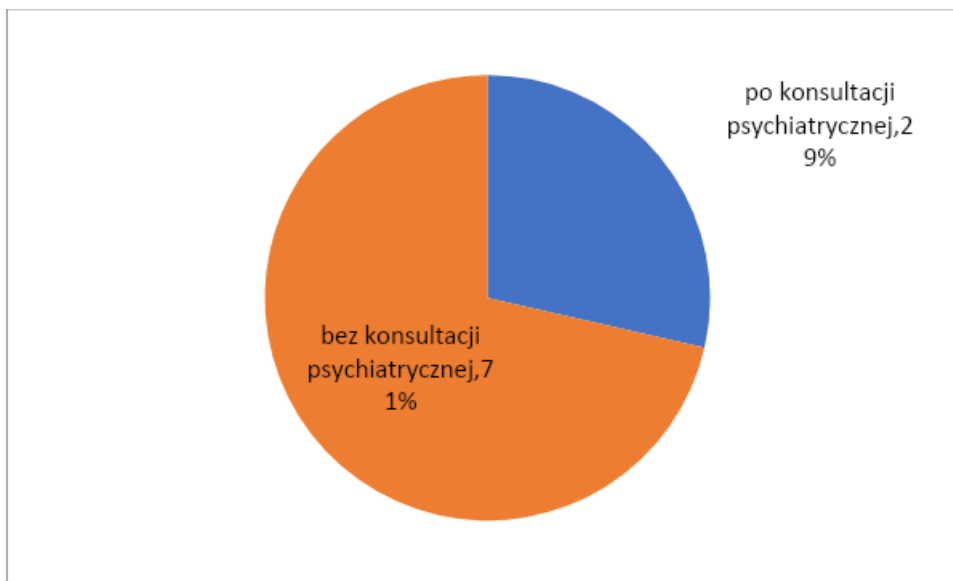
Kolejny ważny aspekt to przyjmowanie leków przez osoby badane. Spośród 49 osób przebadanych, 36 osób nie przyjmowała żadnych leków psychotropowych, a zgłaszała przyjmowanie ich. Poniżej wykres kołowy przedstawia opisane dane w postaci procentów. Najczęściej przyjmowane leki przez pacjentów to leki z grupy SSRI – Inhibitorów Wolnego Wychwytu Serotoniny.



Wyk. 3. Przyjmowanie leków przez osoby badane

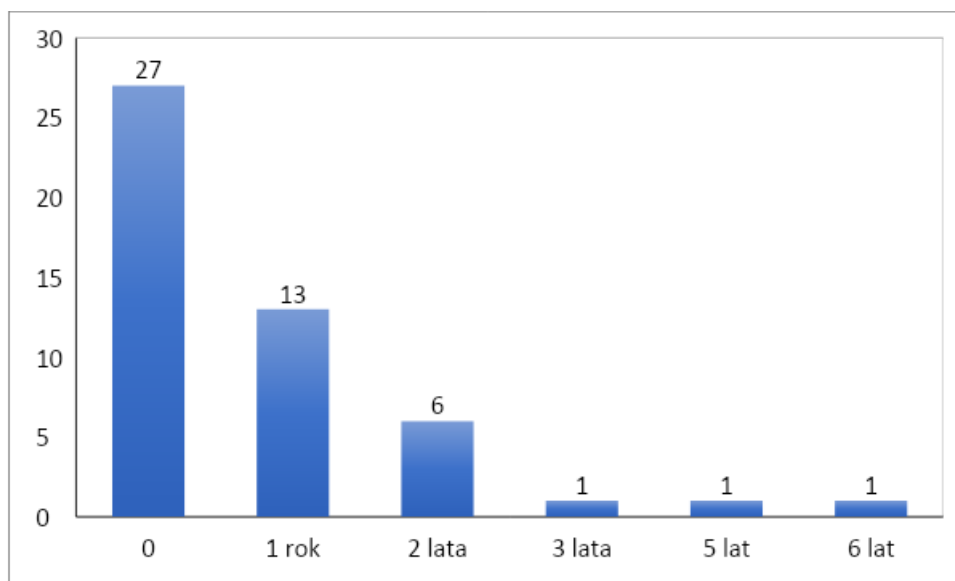
Następna istotna kwestia to konsultacje psychiatryczne jakich podejmowały się osoby badane. Spośród 49 osób przebadanych, 34 nie korzystały z opieki psychiatrycznej stałej, a

zaledwie 14 osób było pod stałą opieką lekarza psychiatry i cyklicznie konsultowały swój stan zdrowia psychicznego. Poniżej tabela pokazuje te dane w formie procentowej.



Wyk. 4. Opieka psychiatryczna osób badanych

Jeszcze inna kwestia, to czas trwania choroby u osób badanych. Z wykresu zamieszczonego poniżej, możemy dowiedzieć się, iż największa liczba osób, bo aż 27 osób to grupa, które rozpoznanie zaburzeń psychicznych ma od mniej niż roku. 13 osób wie o chorobie od roku, 6 osób od 2 lat, a zaledwie 1 osoba zmaga się z leczeniem od 3 lat, kolejna od 5 i jedna również od 6 lat.



Wyk. 5. Czas trwania choroby.

WYNIKI

Korelacje r -Pearsona

Zanim przejdę do omówienia wyników korelacji z mojego badania, chciałabym w kilku słowach opisać, czym jest korelacja r -Pearsona. Warto wspomnieć na samym początku o tym, iż jest to jedna z najczęściej wykorzystywanych metod do obliczania wyników w statystyce, metodologii. Dzięki współczynnikowi korelacji r -Pearsona możemy określić, czy istnieje związek liniowy pomiędzy dwoma zmiennymi. Jeżeli taki związek istnieje, dalej możemy określić jaka jest jego siła i jaki ma on charakter; dodatni (korelacja pozytywna) czy ujemny (korelacja negatywna). Wartości współczynnika korelacji r -Pearsona przyjmują wartość od -1 do 1. Dzięki tym wartościom liczbowym, jesteśmy w stanie określić siłę związku. Im badana wartość jest bliższa zera, tym siła związku jest słabsza. Warto jednak wspomnieć, iż współczynnik korelacji r -Pearsona zakłada, że ukierunkowanie zależności jest liniowe. W związku z powyższym możliwe jest też tworzenie silnej korelacji nieliniowej, przy wartości r równej lub bliskiej 0. Znak liczby daje możliwość oceny kierunku relacji. Gdy

wartość liczbowa jest dodatnia, świadczy to o tym, że wraz ze wzrostem wartości jednej zmiennej rosną wartości drugiej zmiennej. W przypadku wartości ujemnej – jedna wartość zmiennej wiąże się ze spadkiem wartości drugiej.

Poniżej wypisane zostały korelacje dodatnie jak i te ujemne, które okazały się w moim badaniu istotne:

- Istnieje istotna, dodatnia i słaba zależność między wiekiem a wynikiem Psychastenii - Pt ($r = 0,352$, $p = 0,013$, $N = 49$). Oznacza to, że im starsza osoba, tym wyższy wynik psychastenii. Im wyższa psychastenia, tym wyższy wiek.
- Im wyższy poziom Hipochondrii – Hs, tym wyższy poziom Psychastenii - Pt. Im wyższe Pt, tym większa Hs. W tym przypadku mamy do czynienia z korelacją dodatnią umiarkowaną ($r = 0,388$; $p = 0,006$; $N = 49$).
- Im wyższy poziom Depresji – D, tym wyższy poziom Psychastenii – Pt. Im wyższe Pt tym większe D. Występuje tu zależność dodatnia i słaba ($r = 0,357$; $p = 0,012$; $N = 49$).
- Istnieje umiarkowana dodatnia zależność między Histrionicznością – Hy a skalą Psychastenii – Pt ($r = 0,436$; $p = 0,002$; $N = 49$). Im wyższy wskaźnik Hy, tym wyższy Pt. Im wyższy Pt, tym wyższy Hy.
- Istnieje słaba dodatnia korelacja między wiekiem a skalą Depresji – D ($r = 0,296$; $p = 0,039$; $N = 49$). Im wyższy wiek tym wyższa Depresja. Wyższy wskaźnik Depresji towarzyszy osobom starszym (rośnie wraz z wiekiem).
- Wyższy wskaźnik D towarzyszy osobom pracującym ($r = -0,31$; $p = 0,029$; $N = 49$). Korelacja dodatnia i słaba.
- Im wyższy poziom Hipochondrii – Hs, tym większy wskaźnik Depresji – D ($r = 0,626$; $p < 0,001$; $N = 49$). Korelacja silna i dodatnia.

Wpływ terapii TSR na zadowolenie z życia

W celu sprawdzenia, czy zastosowanie terapii w nurcie TSR wpłynęło na zadowolenie osób biorących udział w terapii porównano wyniki przed i po zabiegach przy użyciu testu *t* Studenta dla prób zależnych (tabela 1, wykres 1).

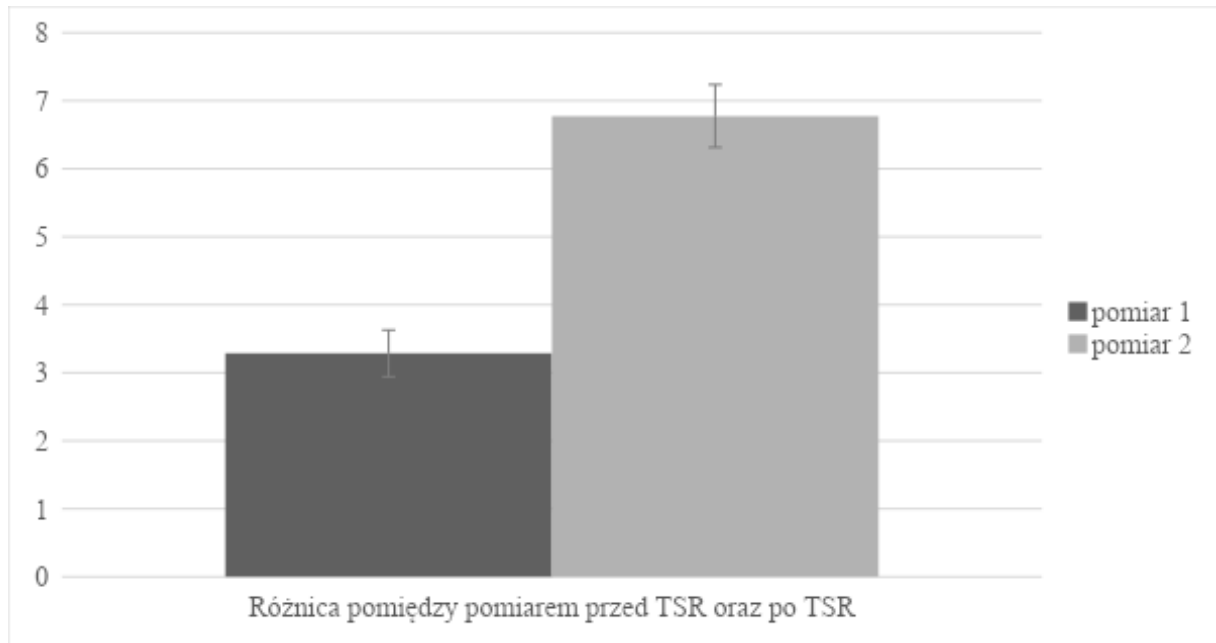
Tabela 2

Porównanie wyników w kwestionariuszu zadowolenia przed terapią i po terapii TSR

	pomiar 1 (<i>n</i> = 49)		pomiar 2 (<i>n</i> = 49)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Różnica pomiędzy pomiarami	3,29	1,22	6,78	1,65	-16,7 4	<0,001	-3,91	-3,07	2,39

Wykres 6

Porównanie wyników w kwestionariuszu zadowolenia przed terapią i po terapii TSR



Wynik analizy okazał się istotny statystycznie dla porównania zadowolenia z życia pomiędzy pomiarami. Siła tego efektu jest duża. Okazuje się, że po terapii TSR zadowolenie z życia było większe niż przed jej rozpoczęciem. Wskazuje to na poprawę subiektywnie ocenianego samopoczucia w wyniku przeprowadzonego oddziaływania.

Wpływ terapii TSR na zadowolenie z życia w zależności od uczęszczania do psychiatrii

W celu sprawdzenia, czy zastosowanie terapii w nurcie TSR wpłynęło na zadowolenie osób biorących udział w terapii w zależności od uczęszczania do psychiatrii porównano wyniki przed i po zabiegach przy użyciu analizy wariancji z powtarzanym pomiarem (tabela 3, wykres 7).

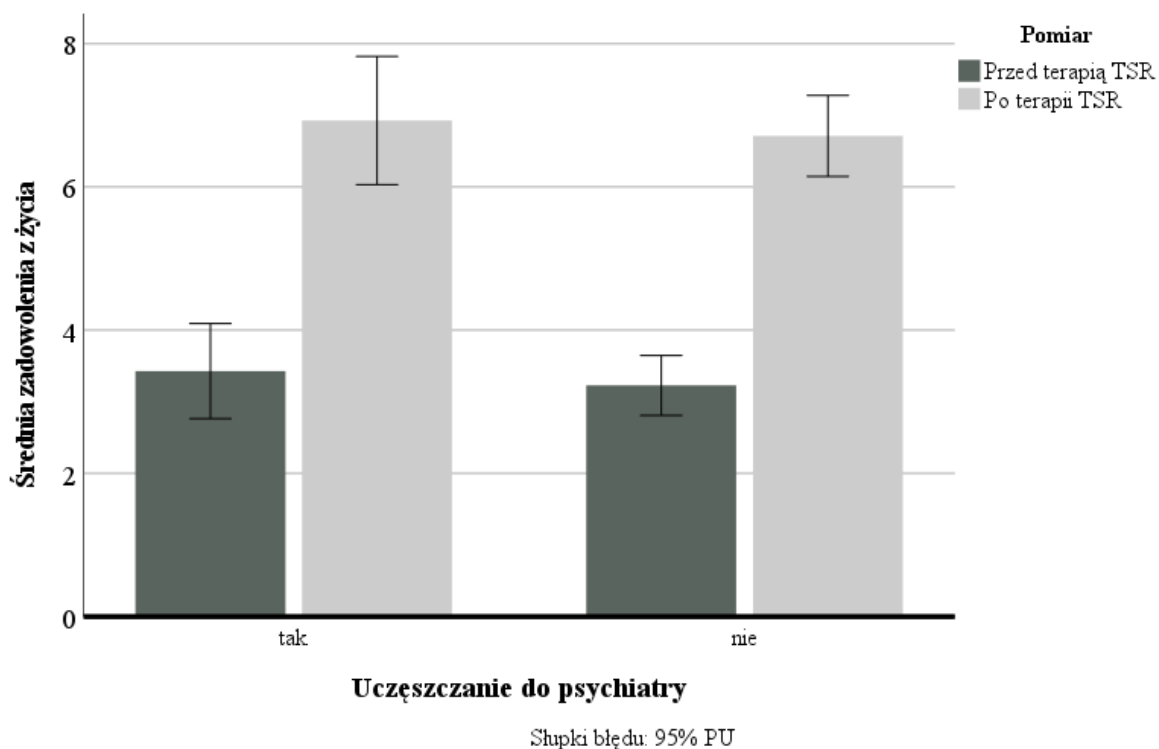
Tabela 3

Porównanie wyników w kwestionariuszu zadowolenia przed terapią i po terapii TSR

Testowany efekt	<i>MS</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Efekt główny uczęszczania do psychiatrii	0,858	1, 47	0,03	0,865
Efekt główny kolejności pomiaru	244,001	1, 47	224,330	<0,001
Efekt interakcji: psychiatria * kolejność pomiaru	0,001	1, 47	0,268	0,607

Wykres 7

Porównanie wyników w kwestionariuszu zadowolenia przed terapią i po terapii TSR w zależności od uczęszczania do psychiatrii



Analiza nie wykazała istotnego statystycznie efektu głównego uczęszczania do psychiatrii oraz efektu interakcji. Oznacza to, że fakt uczęszczania do psychiatrii nie wpływa na wzrost zadowolenia z terapii TSR. Na zmianę tej zmiennej nie ma także wpływu połączenie uczęszczania do psychiatrii oraz terapii TSR.

Jedynym istotnym efektem był efekt główny uczęszczania na terapię TSR. Osoby, które uczęszczały na taką terapię miały wyższe wskaźniki zadowolenia od osób nieuczęszczających na taką terapię.

Wpływ terapii TSR na zadowolenie z życia w zależności od przyjmowania leków

W celu sprawdzenia, czy zastosowanie terapii w nurcie TSR wpłynęło na zadowolenie osób biorących udział w terapii w zależności od przyjmowania leków porównano wyniki przed i po zabiegach przy użyciu analizy wariancji z powtarzanym pomiarem (tabela 4, wykres 8).

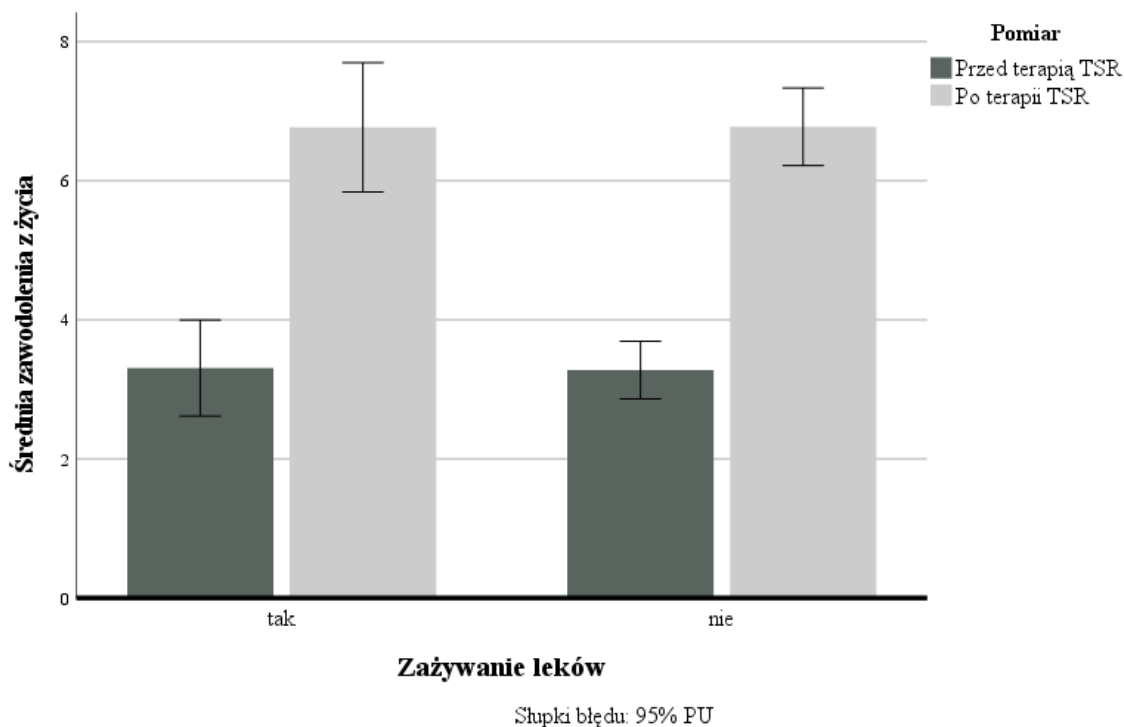
Tabela 4

Porównanie wyników w kwestionariuszu zadowolenia przed terapią i po terapii TSR

Testowany efekt	<i>MS</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Efekt główny przyjmowania leków	0,002	1, 47	0,001	0,927
Efekt główny kolejności pomiaru	231,436	1, 47	212,802	<0,001
Efekt interakcji: przyjmowanie leków * kolejność pomiaru	0,007	1, 47	0,006	0,936

Wykres 8

Porównanie wyników w kwestionariuszu zadowolenia przed terapią i po terapii TSR w zależności od przyjmowania leków



Analiza nie wykazała istotnego statystycznie efektu głównego zażywania leków oraz efektu interakcji. Oznacza to, że fakt stosowania farmakologii przez pacjenta nie wpływa na wzrost zadowolenia z terapii TSR. Na zmianę tej zmiennej nie ma także wpływu połączenie zażywania leków oraz terapii TSR.

Jedynym istotnym efektem był efekt główny uczęszczania na terapię TSR. Osoby, które uczęszczały na taką terapię miały wyższe wskaźniki zadowolenia od osób nieuczęszczających na taką terapię.

Hipochondria, histeria, potencjalne uzależnienie oraz Zespół Stresu Pourazowego Keana jako predyktory sukcesu terapeutycznego (zadowolenia)

W następnej kolejności przeprowadzono analizy wielozmiennowej regresji liniowej dla zmiennej zależnej: różnicy w zadowoleniu pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem (przed i po terapii TSR). Predyktorami w modelu były: hipochondria, histeria, potencjalne uzależnienie oraz Zespół Stresu Pourazowego Keana. Wyniki znajdują się w tabeli 5.

Tabela 5

Współczynniki analizy regresji liniowej przewidującej zadowolenie poprzez hipochondrię, histerię, potencjalne uzależnienie oraz Zespół Stresu Pourazowego Keana

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
$F(4;44) = 2,88; p = 0,033; R^2_{adj.} = 0,135$					
(Stała)	-2,74	2,16		-1,27	0,212
Hipochondria	0,01	0,03	0,12	0,46	0,651
Histeria	0,01	0,03	0,06	0,24	0,813
Potencjalne uzależnienie	0,05	0,03	0,29	2,04	0,048
Zespół Stresu Pourazowego Keana	0,03	0,03	0,16	1,13	0,267

Model okazał się dobrze dopasowany do danych, wyjaśniając 14% zmienności w zakresie zmiennej zależnej. Istotnym predyktorem okazało się jedynie **potencjalne uzależnienie** ($Beta = 0,29$, wraz ze wzrostem potencjalnego uzależnienia, rośnie różnica w zadowoleniu (będąca wskaźnikiem sukcesu terapeutycznego). Żaden inny predyktor nie był statystycznie istotny.

Predyktory sukcesu terapeutycznego (zadowolenia) – wszystkie wymiary MMPI-2

W celu pogłębienia uzyskanych wyników, eksploracyjnie przeprowadzono analizę regresji liniowej wielorakiej, przy wprowadzeniu wszystkich wymiarów MMPI-2 jako predyktorów. Zmienną wyjaśnianą była zmiana zadowolenia wyliczona jako wskaźnik różnicowy, a predyktorami, czyli zmiennymi wyjaśniającymi – wymiary MMPI-2:

Hipochondria, Depresja, Histeria, Zaburzenia psychopatyczne, Męskość/Kobiecość, Paranoja, Psychoastenia, Schizofrenia, Mania, Introwersja społeczna, Zrewidowana Skala Alkoholizmu MacAndrew'a, Skala Potencjalnego Uzależnienia, Skala Rzeczywistego Uzależnienia, Zespół Stresu Pourazowego Kean'a, Nadmierna Kontrola Wrogości, Konflikty Małżeńskie. Wyniki analizy przedstawione są w tabeli 6.

Tabela 6

Współczynniki analizy regresji liniowej przewidującej zadowolenie poprzez wymiary MMPI-2

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>F(16;32) = 1,39; p = 0,208; R²adj. = 0,115</i>					
(Stała)	-3,36	5,97		-0,56	0,577
Hipochondria	0,02	0,04	0,19	0,54	0,591
Depresja	0,02	0,05	0,09	0,40	0,689
Histeria	-0,01	0,04	-0,07	-0,22	0,829
Zaburzenia psychopatyczne	0,03	0,05	0,12	0,53	0,599
Męskość/Kobiecość	-0,03	0,03	-0,17	-0,97	0,342
Paranoja	-0,03	0,03	-0,13	-0,73	0,471
Psychoastenia	-0,06	0,06	-0,18	-0,94	0,355
Schizofrenia	-0,04	0,05	-0,19	-0,72	0,477
Mania	0,00	0,04	<0,01	0,03	0,980
Introwersja społeczna	0,04	0,04	0,21	1,13	0,266
Zrewidowana Skala Alkoholizmu MacAndrew'a	-0,01	0,03	-0,12	-0,52	0,610
Skala Potencjalnego Uzależnienia	0,10	0,04	0,54	2,65	0,013
Skala Rzeczywistego Uzależnienia	-0,04	0,03	-0,29	-1,42	0,167
Zespół Stresu Pourazowego Kean'a	0,10	0,04	0,51	2,30	0,028
Nadmierna Kontrola Wrogości	0,02	0,03	0,15	0,83	0,411
Konflikty Małżeńskie	0,00	0,04	-0,03	-0,12	0,901

Model nie był istotny statystycznie, wyjaśniał 12% zmienności w zakresie zmiennej zależnej. Istotnym predyktorem okazało się **potencjalne uzależnienie** (*Beta* = 0,54, wraz ze wzrostem potencjalnego uzależnienia, rośnie różnica w zadowoleniu, a więc sukces terapeutyczny), a także **stres pourazowy** (*Beta* = 0,51, wraz ze wzrostem nasilenia mierzonego przez MMPI-2 stresu pourazowego, rośnie różnica w zadowoleniu pomiędzy

pomiarami, która jest miarą sukcesu terapeutycznego). Potencjalne uzależnienie okazało się nieznacznie silniejszym predyktorem. Żaden inny predyktor nie był statystycznie istotny.

Wpływ terapii TSR na zadowolenie z życia – porównanie grupy badanej i kontrolnej

W celu sprawdzenia różnic w zadowoleniu z życia pomiędzy grupą badaną i kontrolną użyto testu *t* Studenta dla prób niezależnych (tabela 7, wykres 9). Z zadowoleniem z życia grupy kontrolnej porównano wyniki grupy badanej sprzed terapii TSR i po terapii TSR.

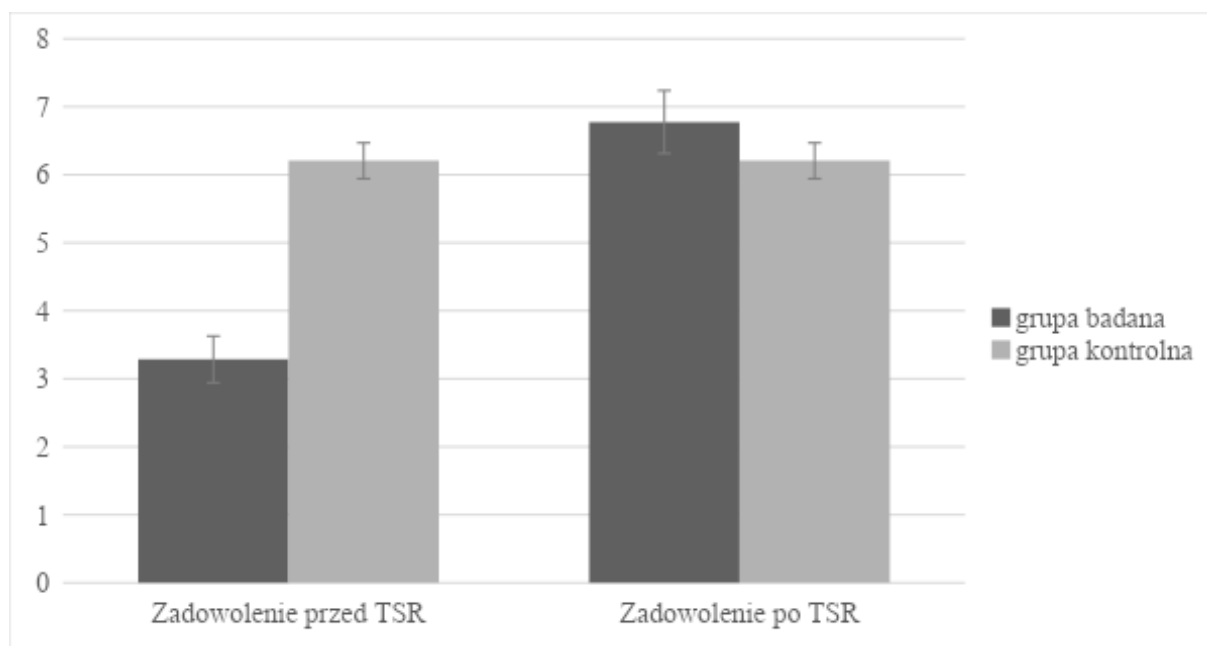
Tabela 7

Porównanie wyników w kwestionariuszu zadowolenia przed terapią i po terapii TSR wraz z wynikami grupy kontrolnej

	Badana (<i>n</i> = 49)		Kontrolna (<i>n</i> = 248)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Zadowolenie przed TSR	3,29	1,22	6,21	2,11	-13,2 4	0,00 0	0,2 2	-3,3 6	1,46
Zadowolenie po TSR	6,78	1,65	6,21	2,11	1,78	0,03 8	0,3 2	-0,0 6	0,28

Wykres 9

Porównanie wyników w kwestionariuszu zadowolenia przed terapią i po terapii TSR – wyniki grupy badanej i grupy kontrolnej



Wyniki wskazują na istotne różnice w zadowoleniu, zarówno przed terapią TSR, jak i w zadowoleniu po terapii TSR pomiędzy grupą badaną a grupą kontrolną. Przed terapią TSR osoby z grupy badanej miały istotnie niższy wskaźnik zadowolenia niż osoby z grupy kontrolnej. Siła tego efektu była duża.

Natomiast zadowolenie po terapii TSR było większe w przypadku grupy badanej w porównaniu z wynikami w zadowoleniu grupy kontrolnej. Siła tego efektu jest mała.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Czy terapia krótkoterminowa TSR wpływa na zadowolenie ze swojego zdrowia w grupie pacjentów z depresją lękową? Praca była próbą odpowiedzi na tak postawione pytanie badawcze.

Podsumowując, uzyskane rezultaty wskazują na skuteczność terapii TSR prowadzonej na próbie 49 osób przez sześć sesji terapeutycznych. Osoby te wskazują na wyższe zadowolenie ze swojego zdrowia psychicznego po terapii niż przed terapią. Siła tego efektu jest znacząca, co świadczy o sukcesie tak prowadzonego oddziaływania.

Dodatkowo, osoby uczestniczące w procedurze przed sesjami TSR osiągały o wiele niższe zadowolenie niż osoby z grupy kontrolnej. Po ukończeniu terapii zaś zgłaszały wyższe statystycznie zadowolenie od grupy kontrolnej, co również świadczy o powodzeniu TSR.

Jedynie potencjalne uzależnienie oraz stres pourazowy (z MMPI-2) pozwalały przewidywać sukces terapeutyczny w grupie 49 badanych osób. Wydaje się, że być może to osoby, które przeżyły stres pourazowy oraz osoby, które mają tendencję do uzależniania się najbardziej zyskały w wyniku terapii TSR.

Uczęszczanie do psychiatry oraz przyjmowanie farmakoterapii nie zmieniało istotnie zadowolenia z terapii – a więc nie wpływało znacząco na sukces terapeutyczny. Wyniki wskazują na to, że niezależnie od wprowadzenia dodatkowego czynnika (w postaci leków czy kontroli psychiatrycznej) to właśnie praca z terapeutą w nurcie TSR ma największe oddziaływanie w kontekście zadowolenia ze swojego zdrowia psychicznego klienta. Ten wynik pokazuje, że terapię TSR u osób z rozpoznaną depresją lękową można stosować jako jedyne oddziaływanie leczące. Dalszych badań wymaga rola łączenia terapii w nurcie TSR z farmakoterapią i kontaktem z psychiatrą w procesie zdrowienia.

CHARAKTERYSTYKA GRUP PACJENTÓW Z TSR I PORÓWNAWCZEJ

Osób biorących udział w badaniu, u których zdiagnozowana była depresja-lękowa, zaproponowano przeprowadzenie terapii w nurcie TSR jest łączna suma 49. W grupie porównawczej udział wzięło 248 randomowych osób. Wszystkie osoby zarówno z grupy poddanej psychoterapii, jak i z grupy porównawczej poproszone zostały o wystawienie subiektywnej oceny stanu zdrowia psychicznego w skali od 0-10. Osoby, które zostały poddane terapii wypełniały te skale dwukrotnie; na pierwszym i na ostatnim spotkaniu terapeutycznym.

Pomiędzy grupami zaobserwowano różnice w sferze psychologicznej zadowolenia (satysfakcji ze swojego stanu zdrowia psychicznego, rozumianego także jako wskaźnik sukcesu terapeutycznego).

Pacjenci z grupy biorącej udział w badaniu w terapii początkowo oceniali swój stan zdrowia psychicznego jako niezadawalający. Skarżyli się na złe samopoczucie, okazywali wysoki poziom przeżywania lęków i zachowań depresyjnych, prezentowali oni swoją postawą małe, słabe strategie radzenia sobie ze swoimi zaburzeniami. Zaobserwowano u nich poczucie bezradności i beznadziejności. Po przebytej terapii, a tym samym na ostatnim spotkaniu terapeutycznym, oceniali swój stan już jako bardzo dobry, zadawalający. Znali oni już skuteczne sposoby na zwalczanie zachowań lękowych czy sposoby na radzenie sobie z myślami i zachowaniami depresyjnymi. Ciekawe wydaje się być, że osoby z grupy kontrolnej, randomowe, które nie korzystały w momencie wypełniania ankiety w terapii psychologicznej, wykazywały obserwowalnie gorsze wyniki w skali satysfakcji zadowolenia ze swojego stanu psychicznego, niż pacjenci po rozpoznanej depresji lękowej, którzy przebyli terapię TSR.

Odnosząc się do grupy badanej, różnice w ocenie swojego stanu zdrowia psychicznego wynikają ze skuteczności terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. Skuteczność tejże terapii jest widoczna nie tylko wśród pacjentów z rozpoznaniem depresji-lękowej, ale też wśród innych grup społecznych np. u pacjentów po udarach mózgu (Puchalska, 2015). Kluczową i najbardziej istotną kwestią wydaje się być motywacja do podjęcia psychoterapii przez badanych. Niestety nie przeprowadzono dotychczas dużej ilości badań w tym kierunku. Vetter i in. (2000) przyrównali motywację do rozpoczęcia psychoterapii spośród pacjentów z rozpoznaniem depresji ukazując, iż osoby, u których tego rodzaju zaburzenie miało charakter reaktywny posiadały większą motywację do rozpoczęcia terapii, niż osoby ze zdiagnozowaną depresją endogenną. Podobne badanie, sprawdzało chęć do rozpoczęcia psychoterapii w zależności od płci badanej osoby. Móller-Leimkuhler (2002) udowodniła, iż kobiety wykazały większą motywację, potwierdzając tezę tym, iż dla mężczyzn w podjęciu psychoterapii problemem i utrudnieniem jest schemat kulturowy związany z korzystaniem z pomocy. Jednak tak jak zostało napisane wyżej, nie udowodniono w sposób naukowy co tak naprawdę wpływa na motywację pacjentów w podejmowaniu decyzji do udziału w psychoterapii.

Różnice w ocenie subiektywnej swojego stanu zdrowia występujące pomiędzy grupą po-terapeutyczną, a grupą porównawczą wynikać mogą z faktu, że pacjenci w sposób świadomy i rzetelny skupili się na poprawie swojego stanu zdrowia psychicznego i posiadli wiedzę na temat skutecznych sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, lękowych. Osoby ankietowane, być może nigdy nie doświadczyły diagnozy własnego stanu zdrowia psychicznego, bo nie czuli potrzeby w poznaniu siebie, uznając swoje sposoby radzenia sobie za skuteczne. W rzeczywistości okazuje się, że ludzie nie uczestniczący w terapii nie tylko wykazują niższy poziom zadowolenia ze swojego stanu zdrowia, ale też nie domniemywać

można, iż pomimo braku satysfakcji, nie chcą, boją się lub nie zdają sobie sprawy z możliwości poprawy swojego stanu psychicznego.

SKUTECZNOŚĆ PSYCHOTERAPII W PREZENTOWANYM MATERIALE CHORYCH

Rozpoczynając omówienie skuteczności psychoterapii TSR u osób ze zdiagnozowaną depresją lękową warto na początku wspomnieć o tym, czym jest to zaburzenie.

Depresja jest częstym zaburzeniem psychicznym. Szacuje się, że na całym świecie na tę chorobę cierpi 5% dorosłych. Charakteryzuje się utrzymującym się smutkiem i brakiem zainteresowania lub przyjemności czynnościami, które wcześniej przynosiły satysfakcję lub sprawiały przyjemność. Może również zakłócać sen i apetyt. Powszechnie jest zmęczenie i słaba koncentracja. Skutki depresji mogą być długotrwałe lub nawracające i mogą radykalnie wpłynąć na zdolność danej osoby do funkcjonowania i prowadzenia satysfakcjonującego życia (WHO, 2023).

Zaburzenia lękowe to grupa zaburzeń, które charakteryzują się bardzo wysokim i niekontrolowanym uczuciem niepokoju i strachu (DSM-5, 2013). Tego typu odczucia prowadzą do tego, że niektóre funkcje społeczne, związane z pracą i życiem osobistym mogą ulec znacznemu zubożeniu. Lęk może powodować objawy fizyczne i poznawcze, takie jak niepokój, drażliwość, łatwe męczenie się, trudności z koncentracją, przyspieszone bicie serca, ból w klatce piersiowej, ból brzucha i wiele innych objawów (DSM-5, 2013).

Większość podtypów zaburzeń lękowych związana jest z pewnym, zazwyczaj wysokim, poziomem depresyjności. Małyszczak (2013) pisze, że depresja lękowa charakteryzuje się występowaniem u pacjenta zarówno objawów wynikających z depresji, jak i zaburzeń lękowych. W diagnostyce trudno jest przypisać pacjentowi depresję lub zaburzenia

lękowe, ponieważ te dwa zaburzenia współwystępują u danej osoby. Osoba, u której występuje depresja lękowa może odczuwać obniżenie nastroju, ale też niepokój, panikę oraz wolnopłynący lęk.

Inicjatywa Improving Access to Psychological Therapies, której głównym celem jest zwiększenie dostępności psychoterapii dla potencjalnych osób zainteresowanych z depresją i lękami, wskazuje, że skuteczność psychoterapii wśród pacjentów może osiągać nawet 50% (Clark, Layard i in., 2009). IAPT sugeruje, by z uwagi na jej wysoką skuteczność, psychoterapia była stosowana jako pierwsze oddziaływanie (przed leczeniem farmakologicznym) u pacjentów chorujących na depresję czy lęki.

Na całym świecie u osób chorych na depresję stosuje się TSR, z przeprowadzonych badań wynika, że terapia TSR znacząco zmniejsza depresję, zwłaszcza jeśli mówimy o jej łagodnym i umiarkowanym przebiegu (Reddy, Thirumoorthy, Vijayalakshmi i Hamza (2015). Badania Aminnasab i in. (2018) wykazały, że TSR skutecznie zmniejsza depresję i odczuwany stres u pacjentek z rakiem piersi. Wyniki innego wykazały spadek depresji i wzrost zadowolenia z życia małżeńskiego wśród kobiet należących do grupy eksperymentalnej (uczęszczającej na terapię TSR) w porównaniu z kobietami z grupy kontrolnej (Habibi, Ghaderi, Abedini i Jamshidnejad, 2016). Okazało się także, że po ukończeniu trzech sesji w nurcie TSR (z 1-miesięczną przerwą) osoby uzależnione od alkoholu zgłaszały, że są w stanie utrzymać abstynencję od alkoholu, a ponadto wykazywali mniejszą powtarzalność i siłę myśli negatywnych mierzonych Skalą Depresji Becka (Spilsbury, 2012).

Gupta i Fakhr (2022) piszą, że terapia TSR koncentruje się na zasobach i zdolnościach zaradczych pacjenta, a nie na jego deficytach, wadach czy słabych punktach. Zaznaczają oni, że pacjenci, dzieląc się swoimi problemami z terapeutą, nie zawsze zdają sobie sprawę, że rozwiązania problemów najczęściej leżą w nich samych. Leczenie depresji lękowej w

przypadku TSR polega na uświadomieniu klientowi jego mocnych stron, wsparciu, ukazaniu sprawstwa, a także wspólnym rozumieniu, że problemy z życia osoby są możliwe do rozwiązania. Terapie TSR może być odmianą dla klientów, którzy dotychczas poszukiwali pomocy w długoterminowych terapiach koncentrujących się na ich niedoborach, wadach czy problemach z dzieciństwa.

Terapia TSR sprzyja poprawie samopoczucia pacjentów borykających się z depresją i lękami, jak wynika z badań publikowanych w prasie anglojęzycznej. W badaniu własnym także udało się udowodnić hipotezę o skuteczności TSR i o pozytywnym wpływie tego rodzaju terapii u osób z rozpoznaną depresją lękową. Aktualnie popularną metodą leczenia jest terapia krótkoterminowa. Kiedy klienci nie mają zbyt wiele czasu na przychodzenie na większą liczbę sesji, terapia skoncentrowana na rozwiązaniach może być bardzo pomocna (Reddy, Thirumoorthy, Vijayalakshmi i Hamza, 2015). Warto wspomnieć, że w piśmiennictwie polskim nie ma zbyt wielu badań, które wskazują na skuteczność tego typu oddziaływań na polskiej próbie osób badanych. Jedno z nich (Puchalska, 2015) wskazuje na skuteczność TSR w grupie osób cierpiących na depresję po udarze mózgu. Aktualne badanie jest więc jednym z pierwszych prowadzonych tego typu badań na próbie polskiej, wobec czego nie tylko ma ograniczenia, ale też wymaga prowadzenia innych projektów dotyczących tego samego zagadnienia.

PRAKTYCZNE ZNACZENIE UZYSKANYCH WYNIKÓW

Uzyskane wyniki pozwalają sądzić, że terapia TSR, niezależnie od pomocy psychiatrycznej, niesie korzyści dla zdrowia psychicznego chorych. W omawianym badaniu byli oni bardziej zadowoleni ze stanu swojego zdrowia psychicznego niż przed rozpoczęciem terapii i bardziej zadowoleni od grupy porównawczej.

Wyniki te są spójne z pracą Samochowca (2019), który wskazuje, że osoby z depresją lekką i umiarkowaną korzystają z psychoterapii w takim samym stopniu, jak z farmakoterapii. Warto w tym kontekście wspomnieć o Inicjatywie Improving Access to Psychological Therapies, w ramach której wprost wspomina się o tym, że pacjenci z depresją i lękami powinni stosować terapię zanim rozpoczną leczenie psychiatryczne (Clark, Layard i in., 2009).

Zatem, osoby, które mają lepszy dostęp do różnego typu terapii psychologicznych osiągną postęp w leczeniu swojego zaburzenia, niezależnie od faktu przyjmowania leków związanych z ich dolegliwościami. Osoby chorujące na depresję lękową, które nie są przekonane do farmakoterapii i dodatkowo są gotowe, by przejąć kontrolę nad własnym życiem, mogą więc skorzystać z faktu oferowania przez terapeutę TSR specyficznej relacji polegającej na byciu na równi i pracowaniu wspólnie nad rozwiązaniem kłopotów klienta (Gunnarsson, Wagman, Hedin i Håkansson, 2018).

Wyniki badania wskazują na to, że osoby po terapii oceniły stan swojego zdrowia psychicznego lepiej niż przed terapią. Ocena ta także uświadamiała pacjentowi, na jakim etapie leczenia aktualnie się znajduje, co samo przez się może być nagradzające. Wydaje się, że pacjenci, których samopoczucie uległo poprawie, a więc którzy osiągnęli sukces terapeutyczny, będą funkcjonowali lepiej zarówno w sytuacjach osobistych, jak i zawodowych. Ma to o tyle znaczenie w świecie, w którym zmiana jest nieuchronna, np. ta w funkcjonowaniu społeczeństw spowodowana pandemią (Salari i in., 2020).

Mimo obiecujących wyników niniejszego badania, kwestia wpływu terapii TSR na sukces terapeutyczny i dobrostan pacjentów wymaga dalszych badań. W tych badaniach warto eksplorować kontekst praktyczny uzyskanych wyników, sprawdzając, na ile terapia TSR prowadzona w grupie osób z rozpoznaną depresją lękową przynosi pozytywne rezultaty w różnych dziedzinach funkcjonowania pacjenta, np.: w pracy, w szkole, na uczelni, w życiu

osobistym i w ramach realizowania różnych hobby. W kontekście praktycznym ważnym wydaje się także spostrzegany przez pacjenta dobrostan w dłuższej perspektywie, a więc trwałość uzyskanego sukcesu terapii TSR.

OGRANICZENIA METODOLOGICZNE I DALSZE KIERUNKI BADAŃ

Jak każdy projekt badawczy, ten też posiada ograniczenia, które w kolejnych badaniach warto byłoby wyeliminować. Poniżej przedstawiam ich listę wraz z możliwościami zmiany w przyszłych badaniach. Zdaję sobie sprawę z tego, że nie wszystkie możliwe ograniczenia mogły zostać na tej liście umieszczone.

- Głównym celem omawianego badania było sprawdzenie, jak zastosowanie terapii w nurcie TSR wpływa na zadowolenie osób biorących udział w terapii. Jediną zmienną, która dotyczy wprost omawianego problemu jest pytanie o zadowolenie wyrażone w jednym stwierdzeniu i oceniane na skali dziesięciostopniowej. Do tego, pytanie było deklaratywne i mierzone na skali porządkowej, co rodzi wiele problemów związanych z symulowaniem odpowiedzi przez badanego, a także tym, że jego odpowiedź może zależeć od wielu różnych niezwiązanych z terapią czynników. W przyszłych badaniach dotyczących tego samego problemu badawczego warto wykorzystać, oprócz deklaratywnego pytania, także inne wskaźniki zadowolenia z życia osób badanych. Mogłyby być to wieloaspektowe narzędzia takie jak SUPIN, UMACL. Tego typu narzędzia oprócz tego, że mierzą nastroj większą liczbą pytań, to mierzą go dokładniej, eksplorując różne jego rodzaje (np. pozytywny, negatywny, ton hedonistyczny, pobudzenie itp.).
- Mimo że badanie było prowadzone w procedurze długoterminowej (sześć sesji), to nie sprawdzano zadowolenia ani innych wskaźników zaangażowania w terapię TSR na

przestrzeni tego czasu (np. po każdej sesji). W przyszłych badaniach warto włączyć do narzędzi także te, które sprawdzałyby samopoczucie/zaangażowanie w odstępach parodniowych, np. skorzystać z dzienników emocji, które pacjent wypełniałby po każdej sesji/codziennie.

- Grupa porównawcza była o wiele bardziej liczna od grupy badanej. W przyszłości warto starać się o rekrutację do badania większej liczby osób uczestniczących w terapii TSR. Było to w obecnym projekcie trudne z uwagi na konieczność odbycia przez badanego wszystkich sesji z jednym terapeutą. Jeżeli podczas badań zaangażowano by większą grupę terapeutów, wyniki mogłyby być zafałszowane (każdy terapeuta ma inną osobowość, styl pracy, posługuje się nieco innymi metodami, mimo dzielenia jednego ukierunkowania teoretycznego, czyli TSR).
- Analizy regresji wykazały m.in., że „wraz ze wzrostem potencjalnego uzależnienia, rośnie różnica w zadowoleniu, a więc sukces terapeutyczny”. Wynik ten wydaje się niezgodny z oczekiwaniem. W przyszłych badaniach warto zbadać, czy faktyczne używanie alkoholu albo innych substancji wiąże się z szybszym postępowaniem w terapii, czy natura tego związku jest bardziej skomplikowana.
- W aktualnym badaniu skoncentrowano się na pomiarze zadowolenia jako na wskaźniku sukcesu terapeutycznego. W przyszłych badaniach warto włączyć także inne wskaźniki sukcesu, np. skonstruować skalę mierzącą to, jaką opinię na temat sukcesu terapeutycznego ma psycholog prowadzący terapię. Innym sposobem jest zapytanie każdego pacjenta o doświadczenie zmian w życiu po odbyciu terapii TSR. Zmienną zależną mogłaby być liczba zmian/obszarów życia, w których poczyniono zmiany.

- W badaniu grupa badana liczyła 49 osób, z czego jedynie osiem osób stanowili mężczyźni. W przyszłości warto dążyć do zmniejszenia dysproporcji pomiędzy płciami.

WNIOSKI

Sprawdzano, czy zastosowanie terapii w nurcie TSR wpłynęło na zadowolenie osób biorących udział w terapii, a także jakie składniki osobowości mierzone MMPI-2 mogą wpływać na wzrost tego zadowolenia. Okazało się, że terapia TSR skutecznie działa na poprawę dobrostanu chorych, który to dobrostan można traktować jako sukces terapeutyczny. Dodatkowo, dobrostan ten wydaje się statystycznie wyższy niż dobrostan osób, u których nie prowadzono terapii TSR. Terapia TSR jest metodą skuteczną i sprzyja zadowoleniu ze swojego stanu zdrowia psychicznego. Szczegółowe wnioski:

- odnotowano poprawę subiektywnie ocenianego samopoczucia w wyniku terapii w nurcie TSR. Siła efektu była duża, co jest rezultatem bardzo zadawalającym. Już sześć sesji terapeutycznych silnie wpływa na dobrostan osób uczestniczących w tego typu oddziaływaniu.
- fakt uczęszczania do psychiatry oraz fakt przyjmowania leków nie wpływa na wzrost zadowolenia ze swojego zdrowia psychicznego w wyniku TSR. Okazuje się, że jedyną zmienną, która wpływa na sukces terapeutyczny, jest sam fakt uczestnictwa w terapii, co jeszcze bardziej pokazuje jej pozytywne oddziaływanie, niezależne od dodatkowych wpływów leczących. Ma to o tyle znaczenie, że w badaniu uczestniczyli ludzie, u których rozpoznano wcześniej zaburzenia depresyjno-lękowe mieszane. Tego typu zaburzenia znacząco zmieniają funkcjonowanie osoby, prowadząc do wielu negatywnych konsekwencji dla jej samopoczucia, życia w społeczeństwie i w pracy. Najbardziej tragiczną

konsekwencją tego typu zaburzeń jest z pewnością odebranie sobie życia. Aktualne badanie pokazuje, że jedynie sześć sesji terapeutycznych TSR poprawia znacząco samopoczucie badanych, a więc i przeciwdziała myślom, zamiarom czy próbom samobójczym. W tym rozumieniu, tym bardziej może być ono wskaźnikiem sukcesu terapeutycznego.

- istotnym, pozytywnym predyktorem sukcesu terapeutycznego okazało się potencjalne uzależnienie, a także stres pourazowy. Potencjalne uzależnienie okazało się nieznacznie silniejszym predyktorem. Choć ten wynik wydaje się nieoczekiwany (oczekiwałoby się raczej negatywnej predykcji), to jednak prawdopodobnym jest, że osoby badane, które cierpią na PTSD czy mają tendencję do uzależniania się, korzystają z terapii TSR najbardziej.
- Przed terapią TSR osoby z grupy badanej miały istotnie niższy wskaźnik zadowolenia niż osoby z grupy kontrolnej, natomiast zadowolenie po terapii TSR było większe w przypadku grupy badanej w porównaniu z wynikami zadowolenia grupy kontrolnej. Wynik ten wskazuje na to, że osoby uczęszczające na terapię – pomimo ich znaczącej depresyjności – są w stanie szybko osiągnąć takie wskaźniki zadowolenia, które przewyższają nawet wyniki osób, które w ogóle nie uczęszczały na terapię (dodatkowo, znacząca większość tych osób najprawdopodobniej nie ma depresji ani klinicznie diagnozowanych lęków). Warto w tym przypadku pamiętać o znacznej liczebnej dysproporcji pomiędzy grupą badaną a grupą kontrolną i zupełnie innych warunkach wypełniania badania w tych dwóch grupach (podczas ostatniej sesji z terapeutą vs online).

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman, C.E. (2017). Positive Psychology. How Does Acceptance And Commitment Therapy (ACT) Work? <https://positivepsychology.com/act-acceptance-and-commitment-therapy/>.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) 2013 Washington. DC American Psychiatric Association, s. 189–195.
3. Aminnasab, A., Mohammadi, S., Zareinezhad, M., Chatrouz, T., Mirghafari, S. B., i Rahmani, S. (2018). Effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on depression and perceived stress in patients with breast cancer. *Tanaffos*, 17(4), 272.
4. Brzezińska, U., Koć-Januchta, M., i Stańczak, J. (2012). MMPI-2. Pracetst: Warszawa.
5. Center, T. C. (2018). Mental Illness Will Cost the World \$16 USD Trillion by 2030. *Psychiatric Times*, 35(11).
6. Centre for mindfulness studies (2023). *Understanding Mindfulness-Based Programs (MBPs)*. <https://www.mindfulnessstudies.com/understanding-mbps/>.
7. Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., i Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415-424.
8. Cladder-Micus, M. B., Speckens, A. E., Vrijzen, J. N., T. Donders, A. R., Becker, E. S., i Spijker, J. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and anxiety*, 35(10), 914-924.

9. Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., i Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour research and therapy*, 47(11), 910-920.
10. Coplan, J. D., Aaronson, C. J., Panthangi, V., i Kim, Y. (2015). Treating comorbid anxiety and depression: Psychosocial and pharmacological approaches. *World journal of psychiatry*, 5(4), 366.
11. Estrada, B., i Beyebach, M. (2007). Solution-focused therapy with depressed deaf persons. *Journal of Family Psychotherapy*, 18(3), 45-63.
12. Garber, J., Brunwasser, S. M., Zerr, A. A., Schwartz, K. T., Sova, K., i Weersing, V. R. (2016). Treatment and prevention of depression and anxiety in youth: test of cross-over effects. *Depression and anxiety*, 33(10), 939-959.
13. García-Gutiérrez, M. S., Navarrete, F., Gasparyan, A., Austrich-Olivares, A., Sala, F., i Manzanares, J. (2020). Cannabidiol: a potential new alternative for the treatment of anxiety, depression, and psychotic disorders. *Biomolecules*, 10(11), 1575.
14. Gorman, J. M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and anxiety*, 4(4), 160-168.
15. Gunnarsson, A., Wagman, P., Hedin, K., i Håkansson, C. (2018). Treatment of depression and/or anxiety—outcomes of a randomised controlled trial of the tree theme method® versus regular occupational therapy. *BMC psychology*, 6, 1-10.
16. Habibi, M., Ghaderi, K., Abedini, S., i Jamshidnejad, N. (2016). The effectiveness of solution-focused brief therapy on reducing depression in women. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 2(4), 244.
17. Hayes, S. C., i Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World psychiatry*, 16(3), 245.

18. Iveson, C. (2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(2), 149-156. doi:10.1192/apt.8.2.149.
19. Konieczny, K., i Rachubińska, K. (2021). Psychoterapia poznawczo-behawioralna online jako forma leczenia depresji - przegląd badań.
20. Maj, M. (2018). Dlaczego kliniczna użyteczność kategorii diagnostycznych w psychiatrii jest z natury rzeczy ograniczona i jak możemy wykorzystać nowe podejścia do ich uzupełnienia. *Światowa Psychiatria*, 17, s. 121-122.
21. Małyszczak, K. (2013). Terapia mieszanych zaburzeń lękowo-depresyjnych. *Psychiatria po dyplomie*, 10(1), s. 19-24.
22. Martinez, K., Menéndez-Menéndez, M. I., i Bustillo, A. (2021). Awareness, prevention, detection, and therapy applications for depression and anxiety in serious games for children and adolescents: systematic review. *JMIR Serious Games*, 9(4), e30482.
23. Machmutow, K., Meister, R., Jansen, A., Kriston, L., Watzke, B., Härter, M. C., i Liebherz, S. (2019). Comparative effectiveness of continuation and maintenance treatments for persistent depressive disorder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
24. Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of affective disorders*, 71(1-3), 1-9.
25. Nardi, B., Francesconi, G., Catena-Dell'osso, M., i Bellantuono, C. (2013). Adolescent depression: clinical features and therapeutic strategies. *European Review for Medical & Pharmacological Sciences*, 17(11).
26. National Institutes of Health, NIH (2021). *Publication No. 21-MH-8079: Depression*. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression#part_6064.

27. Niedzwiedz, C. L., Knifton, L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., i Smith, D. J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC cancer*, 19(1), 1-8.
28. Puchalska, L. (2015). *Skuteczność krótkoterminowej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR) u pacjentów po udarze mózgu*. GUMED: Gdańsk. Praca doktorska Gdański Uniwersytet Medyczny.
29. Puls Medycyny (2023). Choroby cywilizacyjne w świetle teorii zapalnej depresji. <https://pulsmedycyny.pl/choroby-cywilizacyjne-w-swietle-teorii-zapalnej-depresji-877011>.
30. Rastogi, N., Keshtkar, F., i Miah, M. S. (2018). A multi-modal human robot interaction framework based on cognitive behavioral therapy model. In *Proceedings of the Workshop on Human-Habitat for Health (H3): Human-Habitat Multimodal Interaction for Promoting Health and Well-Being in the Internet of Things Era* (s. 1-6)
31. Reddy, P. D., Thirumoorthy, A., Vijayalakshmi, P., i Hamza, M. A. (2015). Effectiveness of solution-focused brief therapy for an adolescent girl with moderate depression. *Indian journal of psychological medicine*, 37(1), 87-89.
32. Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., i Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*, 16(1), 1-11.
33. Samochowiec, J. i in., (2019). *Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych – wytyczne dla lekarzy rodzinnych*. Naczelna Izba Lekarska: Warszawa.
34. Schultz, J. (2021). *Positive Psychology. What Is ACT? The Hexaflex Model and Principles Explained*. <https://positivepsychology.com/act-model/>.

35. Spilsbury, G. (2012). Solution-focused brief therapy for depression and alcohol dependence: A case study. *Clinical Case Studies*, 11(4), 263-275.
36. Talarowska, M., i Gałeczki, P. (2017). Young's theory of early maladaptive schemes from the perspective of the neurodevelopmental theory of depression. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia/Neuropsychiatry and Neuropsychology*, 12(3), 101-107.
37. Taylor, W. D., i Doraiswamy, P. M. (2004). A systematic review of antidepressant placebo-controlled trials for geriatric depression: limitations of current data and directions for the future. *Neuropsychopharmacology*, 29(12), 2285-2299.
38. The Anxiety and Depression Association of America (ADAA; 2023). What is depression? <https://adaa.org/understanding-anxiety/depression#Types%20of%20Depression>.
39. Terry, S. Trepper, E., McCollum, P., De Jong, H., Korman, W., Gingerich, C., (2010). *Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals Research Committee of the Solution Focused Brief Therapy Association*. www.andrews.edu/sed/gpc/facultyresearch/coffenresearch/trepper_2010_solution.pdf.
40. Wichowicz, H. M., Puchalska, L., Rybak-Korneluk, A., i Puchalska, M. (2018). Miejsce psychoterapii w prewencji i leczeniu depresji poudarowej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 18(1), 56-60.
41. Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and anxiety*, 16(4), 162-171.
42. Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Pfister, H., Höfler, M., i Lieb, R. J. A. P. S. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 14-23.

43. Vetter, P. H., Pritzbuer, J. V., Jungmann, K., Moises, H. W., Köller, O., i Kropp, P. (2000). Motivation to seek psychotherapy in patients with recurrent depressive disorder. *Psychotherapy Research*, 10(2), 159-168.
44. World Health Organization. (2017). Depression in India, Let's talk. *World Health Organization*, http://www.searo.who.int/india/depression_in_india.pdf.

ANEKS

1. Zaproszenie do udziału w badaniu

Zaproszenie do udziału w badaniu

Szanowny Pan/Pani zapraszam do udziału w badaniu, które polega na wypełnieniu testu MMPI-2 oraz wypełnieniu subiektywnej skali oceny stanu zdrowia psychicznego.

Zapraszam również do bezpłatnych indywidualnych spotkań terapeutycznych mających na celu poszukiwanie najbardziej optymalnego rozwiązania dla sytuacji, w której pacjent się znalazł.

Do badania zostaną włączone kobiety jak i mężczyźni w wieku powyżej 18 lat, z rozpoznaniem zaburzeń depresyjno-lękowych, które wyrażą pisemną zgodę na przeprowadzenie badania.

Planowanych jest 6 sesji terapeutycznych raz w tygodniu po 50 min.

Pierwsza prośba do pacjenta o wypełnienie w/w testów rozpocznie się w chwili rozpoczęcia terapii TSR – Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach, druga, a zarazem ostatnia, to jedynie wypełnienie subiektywnej skali oceny stanu zdrowia psychicznego na zakończenie spotkań terapeutycznych.

Uzyskane wyniki badań zostaną wykorzystywane do celów naukowych i dane osobowe pacjentów nie zostaną ujawnione osobom postronnym.

Zapoznałem/am się z powyższą informacją, zrozumiałem/am ją i wyrażam zgodę na udział w badaniu.

Podpis badacza

Podpis pacjenta

2. Metryczka

Proszę o uzupełnienie danych socjo- demograficznych celem przystąpienia i weryfikacji do udziału w badaniu.

1. Płeć:

- Kobieta
- Mężczyzna

2. Wiek:

3. Wykształcenie:

- Wyższe
- Średnie
- Podstawowe

4. Stan cywilny:

- Panna/Kawaler
- Mężatka/Żonaty

5. Praca/Zatrudnienie

- Pracuje
- Nie pracuje

6. Choroby przewlekłe np. cukrzyca, nadciśnienie, padaczka itp.

- Tak, choruje przewlekłe
- Nie, nie choruje przewlekłe

Bardzo dziękuję za uzupełnienie pierwszej części badania.

Zapraszam, do przejścia do kolejnego etapu.

3.Subiektywna skala oceny stanu zdrowia psychicznego

SUBKIEKTYWNA SKALA OCENY STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Proszę o zaznaczenie na skali od 0 do 10 jak ocenia Pani/Pan swój stan zdrowia psychicznego.

- 0 - Całkowicie niezadowolony
- 1 - Bardzo mocno niezadowolony
- 2 - Bardzo niezadowolony
- 3 - niezadowolony
- 4 - raczej niezadowolony
- 5 - ani niezadowolony, ani zadowolony
- 6 - raczej zadowolony
- 7 - zadowolony
- 8 - bardzo zadowolony
- 9 - bardzo mocno zadowolony
- 10 - całkowicie zadowolony

Dziękuję za udział w badaniu.

**4. MMPI-2 - Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości-2, to samoopisowy
kwestionariusz osobowości.**