

## UMIĘJĘTNOŚCI INTERPERSONALNE PSYCHOTERAPEUTÓW A SKUTECZNOŚĆ PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ — RAPORT Z BADAŃ

### PSYCHOTHERAPISTS' INTERPERSONAL SKILLS AND THE EFFECTIVENESS OF INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY — A RESEARCH REPORT

<sup>1</sup>Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

<sup>2</sup>Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

*Autorki artykułu wykazują w swoich badaniach, że oceniane przez pacjentów umiejętności interpersonalne psychoterapeutów, zwłaszcza empatia i życzliwość, pozostają w związku z pozytywnymi efektami pod wpływem terapii, szacowanymi zarówno na podstawie wskaźników subiektywnych, jak i obiektywnych. Wykazują również związki między kwalifikacjami terapeutów, ich stażem pracy a wzrostem satysfakcji z poziomu życia pacjentów po terapii.*

**therapists' interpersonal skills  
effectiveness of psychotherapy**

#### Summary

**Aim.** The research was aimed at establishing which qualities of therapists and patients influence the therapists' interpersonal skills as well as whether therapists' interpersonal skills as perceived by patients correlate with the effectiveness of individual therapy measured by such indicators as the level of life satisfaction (subjective index) and the number of symptoms of mental disorders (objective index). Therapists were tested with regard to their professional qualifications and work experience, while patients were examined in terms of the type of mental disorder and the level of commitment to achieve change. The orientation and length of individual therapy were also taken into account.

**Method.** A purposive sampling was applied, including such criteria as: kind of psychotherapeutic approach, type of mental disorder and also the number of sessions. 40 patients and their therapists were tested by means of the following research instruments: The Relationship Questionnaire (Truax, 1977), The Satisfaction with Life Scale (Diener et al., 2001), The General Health Questionnaire 28 (Goldberg, 2001), The Therapy Involvement Scale and The Therapists' Professional Competencies Questionnaire developed by Szymczyk (2006).

**Results.** Patients of both licensed and non-licensed therapists perceive a strong connection between the level of therapists' empathy and the effects of therapy. Patients participating in eclectic and humanistic-existential therapy indicate correlations between therapists' warmth and achieved change. Patients with personality disorders point at a strong correlations between the therapists' empathy and the increase of life satisfaction, as well as the decrease of symptoms of mental disorders. Patients with anxiety disorders indicate the importance of warmth, which correlates with lower symptoms of depression. The fewest correlations were observed between therapists' genuineness, as assessed by patients, and psychotherapy outcomes.

#### Wstęp

Analizy badań naukowych podejmowane w ciągu ostatnich pięćdziesięciu lat nad skutecznością różnych podejść terapeutycznych pozwalają na sformułowanie dwóch ważnych

wniosków, wyrażanych z różną mocą w zależności od warunków prowadzonych badań: naturalnych (typu effectiveness) czy laboratoryjnych (typu efficacy). Pierwszy wniosek jest następujący: psychoterapia przynosi pozytywne rezultaty, oceniane na podstawie wskaźników obiektywnych (liczby objawów zaburzeń psychicznych) i subiektywnych (poczucia zadowolenia, satysfakcji, jakości życia). Drugi natomiast brzmi: różne szkoły psychoterapii uzyskują podobne efekty leczenia pacjentów z tymi samymi zaburzeniami psychicznymi [1, 2, 3]. Należy jednak pamiętać, że owe wnioski zostały sformułowane przede wszystkim na podstawie badań typu efficacy, prowadzonych w warunkach laboratoryjnych i spełniających standardy wysokiej trafności wewnętrznej. Badania te obejmowały grupę starannie wyselekcjonowanych pacjentów, z uwzględnieniem takich kryteriów, jak: typ jednostki klinicznej, stan ostrej, brak innych zaburzeń psychicznych, korzystanie po raz pierwszy z terapii, stosowanie się do settingu i kontraktu, a także grupę równie wnikliwie dobranych terapeutów, zwłaszcza pod względem stopnia ich dopasowania do specyfiki strategii terapeutycznych charakterystycznych dla konkretnej szkoły.

Wyniki badań empirycznych zakończyły mało konstruktywne dyskusje między przedstawicielami różnych podejść terapeutycznych na temat tego, które z nich jest skuteczniejsze. Praktycy kliniczni pozostali jednak z poczuciem zawodu i rozczarowania, gdyż ich pacjenci rzadko przypominali tych uczestniczących w terapii laboratoryjnej, natomiast często charakteryzowali się współzachorowalnością, poczuciem porażki wyniesionej z innych form leczenia, rzadko też respektowali zasady settingu i kontraktu, poza tym wypracowane w tych warunkach interwencje okazywały się mało skuteczne. Psychoterapeuci oczekiwali, że badania te określą kryteria efektywności leczenia pacjentów „z ulicy” oraz wskażą na warunki, w jakich konieczne jest stosowanie niestandardowych strategii leczenia.

Pomimo licznych badań naukowych ciągle nie znamy odpowiedzi na wiele pytań dotyczących czynników determinujących efektywność psychoterapii indywidualnej, odbywającej się w warunkach naturalnych, a zwłaszcza mechanizmów prowadzących do oczekiwanej u pacjentów zmiany. Przedstawiony poniżej projekt badawczy miał na celu sprawdzenie, jakie znaczenie dla osiągniętej podczas terapii zmiany na płaszczyźnie subiektywnej i obiektywnej mają spostrzegane przez pacjentów umiejętności interpersonalne terapeutów.

### **Właściwości pacjentów, terapeutów i relacji terapeutycznej a wyniki terapii**

Jedną z ostatnich metaanaliz badań naukowych nad uwarunkowaniami efektywności terapii prowadzonych w warunkach naturalnych, sporządzoną przez Wilsona i Lipseya [4], pokazała, że zmienność efektu końcowego można wyjaśnić niezależnym wpływem czterech grup zmiennych. W skład nich wchodzi: cechy interwencji terapeutycznej (typ terapii, czas i częstotliwość spotkań, cechy pacjentów, zakładane efekty) — 0,25 wariancji; cechy metody (typ projektu, wielkość grupy, sposób porównywania grup i operacjonalizacji zmiennych) — 0,21 wariancji; błąd próby (np. nasilenie objawów w konkretnym typie zaburzenia psychicznego, współzachorowalność, czas trwania zaburzenia) — 0,26 wariancji, oraz pozostałe, bliżej nieokreślone źródła zmienności — 0,28 wariancji (np. siła relacji terapeutycznej, dopasowanie cech terapeutów do oczekiwań pacjentów). Wyniki badań potwierdziły wcześniejsze ustalenia, iż wariancja ostatecznych efektów terapii

zależy w podobnym stopniu od specyficznych i niespecyficznych czynników leczących, uaktywnianych w określonych warunkach. Badania nad efektywnością różnych szkół psychoterapii prowadzone w warunkach laboratoryjnych pokazały, że manipulowanie czynnikami specyficznymi nie poprawia wielkości oczekiwanej zmiany, dlatego też położono nacisk na niespecyficzne czynniki leczące, a dokładnie — na umiejętności utrzymania przez terapeutę konstruktywnej relacji czy przymierza terapeutycznego podczas pracy nad zmianą. Uzyskane rezultaty badań zainspirowały naukowców do szczegółowej analizy wpływu czynników, znajdujących się po stronie terapeuty i pacjenta, oraz zasad tworzenia relacji terapeutycznej w danej szkole psychoterapii na wariację efektu końcowego leczenia [5, 6, 7].

Czynniki leczące w psychoterapii definiuje się jako elementy procesu terapeutycznego, pomagające pacjentowi dokonać zmian niezbędnych do usunięcia lub zmniejszenia jego objawów zaburzeń psychicznych [8]. Analizy różnych podejść terapeutycznych pokazują, że chociaż istnieje ograniczona liczba czynników leczących wywołujących korzystne zmiany, to są one aktywowane w nieograniczonych konfiguracjach różnych modalności psychoterapii [9]. Specyficzne czynniki leczące to oddziaływania psychoterapeutyczne dostosowane do sposobu wyjaśniania patomechanizmów zaburzeń psychicznych pacjenta w konkretnej szkole terapii i zmierzające do ich usunięcia. Każda ze szkół psychoterapeutycznych, formułując strategię leczenia pacjentów, odwołuje się do założeń ogólniejszych, uwzględniających naturę i mechanizmy utrzymywania się zaburzeń oraz zdrowia psychicznego jednostki [6, 10]. Niespecyficzne czynniki leczące są oddziaływaniami psychoterapeutycznymi umożliwiającymi pacjentowi przyspieszenie powrotu do zdrowia, aktywowanymi w relacji terapeutycznej. Relacja między terapeutą a pacjentem jest kształtowana zgodnie z założeniami dotyczącymi warunków koniecznych, niezbędnych do wystąpienia czynników specyficznych [6, 11].

Wśród czynników sprzyjających formowaniu prawidłowej relacji terapeutycznej, występujących po stronie terapeutów, wymienia się: postawę wobec pacjentów, poziom samoświadomości własnego rozwoju (możliwości i ograniczeń) oraz profesjonalizm, łączony najczęściej z wykształceniem, doświadczeniem zawodowym, liczbą odbytych szkoleń i certyfikatów [por. 12, 13]. Badania prowadzone przez Henry'ego i Struppa [14] pokazały, że istotną rolę w leczeniu odgrywa postawa terapeuty wobec pacjenta, która rzutuje na jakość komunikacji między nimi, trafność diagnozy oraz adekwatność planu leczenia. Pacjenci osiągający poprawę zdrowia psychicznego znacznie częściej opisują terapeutów jako: przyjaznych, ciepłych, uważnych, zaangażowanych, rozumiejących i okazujących szacunek. Pacjenci uzyskujący niskie wskaźniki efektów leczenia charakteryzują terapeutów jako: chłodnych, kontrolujących i negatywnie nastawionych. Założenie Rogersa [15] o tym, że skuteczny terapeuta jest w relacji z klientem empatyczny, bezwarunkowo akceptujący (życzliwy) i autentyczny, znalazło potwierdzenie empiryczne. Synteza tych trzech umiejętności interpersonalnych facylituje terapeutyczną zmianę [16]. Późniejsze badania, Sandella i wsp. [17], pokazały, że ciepła i wspierająca postawa terapeuty sprzyja skuteczności terapii krótkoterminowej, a bardziej neutralna — długoterminowej. Reflektowanie przez terapeutę własnych doświadczeń i zachowań wobec pacjenta stanowi o jego umiejętności monitorowania zmian nie tyle w relacji terapeutycznej, ile w nasileniu przymierza terapeutycznego, natomiast wzięcie przez niego odpowiedzialności za konsekwencje

interwencji psychoterapeutycznych, prowadzących do różnicowania ważności relacji czy sojuszu terapeutycznego, decyduje o postępach w leczeniu pacjentów [18, 19].

Wśród czynników występujących po stronie pacjentów, wpływających na poziom relacji i przymierza terapeutycznego, Horvath [20] wskazał na: interpersonalne umiejętności, organizację osobowości oraz głębokość podstawowego zaburzenia psychicznego wraz z jego współwystępowaniem z innymi zaburzeniami. Umiejętności interpersonalne pacjenta, zwłaszcza jego elementarna wola współpracy w osiągnięciu celów terapii, a także bardziej dojrzała organizacja osobowości (określona np. na podstawie typu wewnętrznych modeli operacyjnych przywiązania), umożliwiającą utrzymanie większej stabilności w różnych aspektach życia, w tym terapii, oraz współzachorowalność — to najistotniejsze właściwości, które modyfikują końcowy wynik terapii. Jeśli jest możliwa zgoda co do celów i zadań terapii, a pacjent charakteryzuje się bezpiecznym stylem przywiązania, wówczas są spełnione istotne warunki zaistnienia konstruktywnej relacji i przymierza terapeutycznego [por. 18]. Okazuje się także, że najsilniej na ostateczny efekt terapii wpływają zdolności pacjenta do współpracy i jego zaangażowanie z sesji na sesję w realizację zadań związanych z osiągnięciem uzgodnionych celów terapii. Niektóre analizy pokazują, zdaniem Hersoug [12], że na wynik leczenia znacznie mniejszy niż się spodziewano mają wpływ: aktualne funkcjonowanie pacjenta w środowisku rodzinnym i pozarodzinnym, oraz poziom zaburzeń psychicznych wraz z ich negatywnymi konsekwencjami. Pacjenci, u których zdiagnozowano głębsze zaburzenia, tworzą silną relację terapeutyczną, podobnie jak pacjenci o umiarkowanym lub słabym nasileniu objawów zaburzeń, ale mający za sobą większą liczbę sesji. Jednak im więcej czasu upływa od rozpoczęcia terapii, przy braku wyraźnych sygnałów wskazujących na wystarczająco silną relację, a także przymierze terapeutyczne, tym bardziej wzrasta ryzyko ich nieukonstytuowania się [20].

Celem projektu badawczego było sprawdzenie, jakie czynniki po stronie terapeutów i pacjentów oraz relacji terapeutycznej wpływają na efekty psychoterapii indywidualnej. Szczególną uwagę, w związku z wynikami badań nad znaczeniem niespecyficznych czynników leczących, zwrócono na umiejętności interpersonalne terapeutów, tj. empatię, życzliwość i autentyczność. Uwzględniając szkołę terapeutyczną, w jakiej prowadzona była psychoterapia, oraz poziom umiejętności interpersonalnych terapeutów, spodziewano się wskazać wpływ niespecyficznych i specyficznych czynników leczących na wielkość oczekiwanej u pacjentów zmiany.

### **Struktura zmiennych i narzędzia badawcze**

Efekty terapii indywidualnej zdefiniowano w kategoriach subiektywnego i obiektywnego stanu zdrowia psychicznego pacjentów. Subiektywny stan zdrowia psychicznego określany jest najczęściej jako dobrostan (dobre samopoczucie), będący wynikiem zarówno poznawczej oceny (satisfakcji), jak i pozytywnego emocjonalnego doświadczania (zadowolenia) różnych sfer życia [por. 21, 22]. Subiektywny aspekt zdrowia psychicznego zbadano używając Skali Satisfakcji z Życia — SWLS Dienera i wsp. (adaptacja: Juczyński 2001 [23]). Składa się ona z pięciu stwierdzeń, a każdemu z nich przyporządkowane są odpowiedzi w skali siedmiostopniowej: od „zupełnie nie zgadzam się” — 1 pkt, do „całkowicie się zgadzam” — 7 pkt. Im wyższy otrzymany wynik, tym większe poczucie

satysfakcji z życia badanych osób [21]. Obiektywny stan zdrowia psychicznego utożsamia się z brakiem symptomów zaburzeń psychicznych [22]. Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 Goldberga (adaptacja: Makowska i Merecz 2001 [24]) zastosowano do oceny obiektywnych przejawów zdrowia psychicznego pacjentów w zakresie czterech grup symptomów: somatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń funkcjonowania oraz depresji. Kwestionariusz zawiera dwadzieścia osiem pytań i czterostopniową skalę odpowiedzi, która wskazuje na: brak, obniżenie, constans lub nasilenie się danego objawu. Suma wszystkich objawów obrazuje ogólny stan zdrowia psychicznego. Im niższy uzyskany wynik, tym lepszy stan zdrowia badanych osób [25]. Szacowania subiektywnych i obiektywnych wskaźników zdrowia psychicznego dokonywali pacjenci.

Umiejętności interpersonalne terapeutów, takie jak: empatia, życzliwość i autentyczność, zostały określone przez Rogera [15], jako konieczne i wystarczające warunki skuteczności psychoterapii, niezależnie od orientacji teoretycznej [15]. Empatia to głębokie współbrzmienie i współodczuwanie z pacjentem, życzliwość jest przejawiana w relacji jako bezwarunkowa akceptacja i okazywana troska, natomiast autentyczność to przede wszystkim spójność doświadczeń i zachowań terapeuty wobec klienta [26]. Umiejętności interpersonalne terapeutów oceniali pacjenci za pomocą Kwestionariusza Relacji Psycho-terapeutycznej Truaxa i Carkhuffa [27, 28]. Składa się on ze 141 stwierdzeń opisujących różne sposoby emocjonalnego i behawioralnego odnoszenia się ludzi do siebie. Pacjenci oceniali konkretny sposób odnoszenia się, charakterystyczny lub nie dla ich terapeutów (skala typu: prawda, fałsz).

Kwestionariusz Kompetencji Zawodowych Terapeuty autorstwa Szymczyk [28] został skonstruowany do opisu takich atutów terapeutów, jak: kwalifikacje zawodowe, staż pracy, rodzaj szkoły terapeutycznej, w której pracują. Kwalifikacje zawodowe terapeutów oceniano na podstawie dokumentów (dyplomów, certyfikatów) potwierdzających ich formalne uprawnienia do wykonywania zawodu psychoterapeuty o zasięgu krajowym, europejskim lub międzynarodowym [29]. Staż w zawodzie psychoterapeuty określano na podstawie lat pracy w placówkach: publicznych, niepublicznych i prywatnych.

Jeśli chodzi o pacjentów — badano poziom ich zaangażowania w terapię indywidualną. Zmienna ta jest definiowana jako osobisty wkład pacjenta, znajdujący odzwierciedlenie nie tylko podczas sesji, ale także poza nimi, w życiu codziennym. Wpływa ona zarówno na siłę relacji terapeutycznej, jak i podtrzymuje nadzieję na uzyskanie pozytywnych efektów psychoterapii [30]. Do jej zbadania zastosowano Skalę Zaangażowania w Terapię autorstwa Szymczyk, na której pacjenci określali własny poziom aktywności na rzecz zdrowia psychicznego podczas sesji i między nimi. Skala została przedstawiona w czterech wymiarach, takich jak: brak zaangażowania, niskie, średnie i wysokie zaangażowanie pacjenta w osiągnięcie oczekiwanego rezultatu terapii [28]. Ocena poziomu zaangażowania odzwierciedla subiektywne przekonanie pacjenta.

### Opis badanej grupy

Zgodnie z przyjętymi kryteriami doboru celowego, badaniami objęto pacjentów i terapeutów pozostających w relacji terapeutycznej od około pół roku. Terapia indywidualna odbywała się w placówkach typu: publiczne i niepubliczne ośrodki służby zdrowia (rejo-

nowe i przyszpitalne przychodnie, poradnie zdrowia psychicznego) oraz prywatne gabinety terapeutyczne. Prawie połowa pacjentów opłacała terapię ze składek zdrowotnych, pozostali pokrywali koszty sami.

W grupie 40 badanych pacjentów było 27 kobiet (67,5%) i 13 mężczyzn (32,5%). Minimalny wiek, na podstawie którego kwalifikowano do badań, wynosił 21 lat. Kryterium wieku zostało uwzględnione w celu wyeliminowania dodatkowych zmiennych różnicujących skuteczność terapii, przede wszystkim związanych z ewentualnym współwystępowaniem zaburzeń rozwojowych, przypadających na okres dzieciństwa (do 10/12 lat) i dorastania (10/12–18/20 lat) [31]. Wiek pacjentów mieścił się zatem w przedziale 22–56 lat, średnia wieku wyniosła 33 lata.

Wśród leczonych najliczniejszą grupę stanowiły osoby, u których terapeuci zdiagnozowali zaburzenia osobowości (67,5%), u pozostałych rozpoznali zaburzenia lękowe (32,5%). Zarówno u pacjentów z zaburzeniami osobowości, jak i u tych z zaburzeniami lękowymi współwystępowały inne zaburzenia, takie jak: depresyjne, somatyzacyjne i adaptacyjne. Obejmowały one 12,5% zdiagnozowanych pacjentów: 87,5% nie wykazało dodatkowych zaburzeń. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych, jak podkreśla się w literaturze przedmiotu, stanowi istotny czynnik modyfikujący efektywność psychoterapii [32, 33]. Dany typ zaburzeń został rozpoznany na podstawie klasyfikacji przyjętej w DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) [33].

Minimalna liczba odbytych sesji, warunkująca zakwalifikowanie pacjentów do grupy badanych, wynosiła 25. Zgodnie z założeniem Howarda i wsp. punkt krytyczny osiągnięcia zmiany w psychoterapii indywidualnej to 25 sesji, po których wielkość poprawy nie wzrasta [34]. Należy przyjąć, że liczba ta obejmuje około 6 miesięcy leczenia, natomiast sesje odbywają się raz w tygodniu. Wśród badanych liczba sesji mieściła się w przedziale 25–214. Średnio pacjenci odbyli około 59 sesji ( $M = 58,95$ ), przy dość znacznym odchyleniu standardowym, które wyniosło około 45 sesji ( $S = 45,18$ ).

Grupa 40 badanych terapeutów składała się (podobnie jak grupa pacjentów) z 27 kobiet (67,5%) i 13 mężczyzn (32,5%) w wieku od 26 do 65 lat. Średnia wieku wyniosła 45 lat. Wśród terapeutów 22 osoby ukończyły kursy specjalistyczne, co stanowiło 55% badanych, natomiast 5 osób (12,5%) miało ukończone studia podyplomowe. Pozostali terapeuci — czyli 32,5% — prowadzili terapię indywidualną będąc studentami, najczęściej trzeciego roku, różnych szkół psychoterapii. Licencję uprawniającą do wykonywania zawodu terapeuty miało jedynie 13 osób, tj. 32,5% badanych. Zatem grupa niemająca uprawnień formalnych była liczniejsza niż grupa z uprawnieniami.

Staż zawodowy terapeutów mieścił się w przedziale 2–36 lat. Średnia stażu wyniosła około 13 lat ( $M = 12,63$ ), przy odchyleniu standardowym około 8 lat ( $S = 8,16$ ). Spośród różnych szkół psychoterapii, terapeuci wskazywali na stosowanie technik i zasad pracy terapeutycznej typu: eklektycznego (45%), humanistyczno-egzystencjalnego (30%), psychodynamicznego (12,5%), behawioralno-poznawczego (10%) oraz systemowego (2,5%). Zatem najwięcej terapeutów reprezentowało podejście eklektyczne, a najmniej — systemowe.

Pomiaru trzech umiejętności interpersonalnych psychoterapeutów, tj. empatii, życzliwości i autentyczności dokonywali pacjenci. Poziom empatii mieścił się w przedziale 22–46 otrzymanych punktów w Kwestionariuszu Relacji Psychoterapeutycznej Tru-

axa i Carkhuffa (na 46 pkt możliwych do uzyskania). Średnia pomiaru wyniosła około 38 punktów ( $M = 38,20$ ) przy odchyleniu standardowym około 5 punktów ( $S = 4,77$ ). Poziom drugiej umiejętności terapeutów, tj. życzliwości, mieścił się w granicach 45—69 punktów (na 73 pkt możliwe do uzyskania), przy średniej około 63 punktów ( $M = 62,54$ ) i odchyleniu standardowym około 5 punktów ( $S = 5,08$ ). Natomiast wyniki trzeciej umiejętności, tj. autentyczności, mieściły się w granicach 32—51 punktów (na 57 pkt możliwych do uzyskania). Średnia wyników wynosiła około 45 punktów ( $M = 45,40$ ), przy odchyleniu standardowym około 4 punktów ( $S = 4,51$ ).

### Wyniki badań

Obliczeń statystycznych dokonano za pomocą Programu SPSS, wersja 14,0 PL. Do weryfikacji przedstawionych pytań badawczych zastosowano metodę korelacyjną, a dokładniej — analizę standaryzowanych współczynników regresji ( $p \leq 0,05$ ) [28]. Jakkolwiek zbyt mała liczba badanych znacząco ograniczyła przeprowadzenie analizy statystycznej uzyskanych wyników, to jednak uznaliśmy, że nawet w tej postaci warto je przedstawić, gdyż wydają się bardzo interesujące.

Podstawowe pytanie badawcze dotyczyło związków między poziomem trzech umiejętności interpersonalnych terapeutów, tj. empatii, życzliwości oraz autentyczności a skutecznością psychoterapii indywidualnej, ocenianą na podstawie wskaźników subiektywnych (tj. poziomu satysfakcji z życia) i obiektywnych (liczby symptomów zaburzeń psychicznych).

Standaryzowane współczynniki regresji pokazały, że istnieją związki istotne statystycznie między wybranymi umiejętnościami interpersonalnymi terapeutów a ocenianym przez pacjentów stanem ich zdrowia na podstawie subiektywnych i obiektywnych wskaźników. Zgodnie z oczekiwaniami okazało się, że wraz ze wzrostem empatii terapeutów zwiększa się poczucie jakości życia pacjentów w różnych sferach ( $\beta = 0,41$ ,  $p < 0,05$ )<sup>1</sup>, a zmniejsza nasilenie symptomów zaburzeń psychicznych, zwłaszcza depresji ( $\beta = -0,52$ ,  $p < 0,05$ ). Można zatem przyjąć, że poziom empatii terapeutów jest predykatorem efektywności terapii we wskazanym zakresie.

W całej grupie badanych nie stwierdzono związków istotnych statystycznie między życzliwością oraz autentycznością terapeutów a skutecznością terapii. Wbrew oczekiwaniom okazało się, że te dwie umiejętności terapeutów nie wpływają na zwiększenie pozytywnych efektów terapii ocenianych na podstawie subiektywnych i obiektywnych wskaźników. Graficzny obraz związków między zmiennymi przedstawia rys. 1 – *na następnej stronie*.

### Właściwości terapeutów i spostrzegane umiejętności interpersonalne a efekty psychoterapii

Opierając się na powyższych rezultatach badań postawiono szczegółowe pytania o związki między ocenianymi przez pacjentów umiejętnościami interpersonalnymi terapeutów a efektami terapii indywidualnej w kontekście właściwości osób leczących, takich jak: kwalifikacje zawodowe, staż pracy oraz podejście psychoterapeutyczne (tab. 1).

<sup>1</sup> Symbol  $\beta$  oznacza standaryzowany współczynnik regresji beta. Znak dodatni obrazuje wprost proporcjonalny związek między zmiennymi (tzn. wraz ze wzrostem poziomu jednej zmiennej wzrasta poziom drugiej zmiennej), natomiast znak ujemny obrazuje odwrotnie proporcjonalny związek między zmiennymi (tzn. wraz ze wzrostem poziomu jednej zmiennej maleje poziom drugiej zmiennej).

Rys. 1. Związki między umiejętnościami interpersonalnymi terapeutów a skutecznością psychoterapii ocenianą na podstawie wskaźników subiektywnych (satysfakcji z życia) i obiektywnych (symptomów zaburzeń psychicznych)

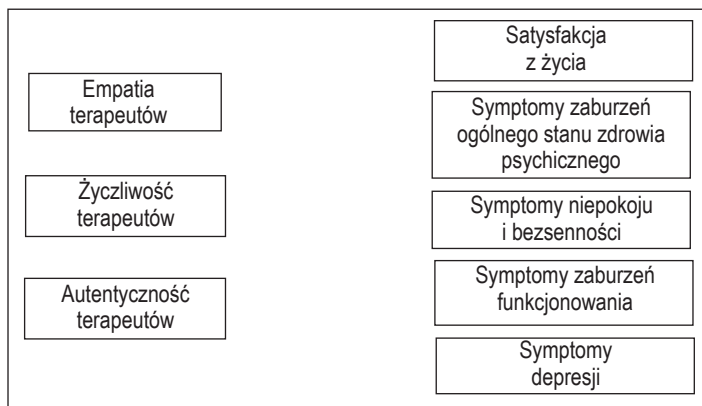


Tabela 1. Umiejętności interpersonalne terapeutów w kontekście ich kwalifikacji zawodowych, stażu pracy oraz podejścia terapeutycznego a subiektywne (satysfakcja z życia) i obiektywne (symptomy zaburzeń psychicznych) wskaźniki efektów terapii

Właściwości terapeutów	Wskaźniki efektów terapii	Współczynniki regresji $\beta$		
		Empatia	Życzliwość	Autentyczność
Licencja	Satysfakcja z życia	0,68*	0,11**	-0,02**
	Symptomy zaburzeń	0,00	0,00	0,00
Brak licencji	Satysfakcja z życia	0,00	0,00	0,00
	Symptomy zaburzeń	-0,53*	-0,24**	0,07**
Staż do 5 lat	Satysfakcja z życia	0,34**	0,67*	-0,48**
	Symptomy zaburzeń	0,00	0,00	0,00
Staż powyżej 5 lat	Satysfakcja z życia	0,22**	0,38*	-0,29**
	Symptomy zaburzeń	-0,29**	-0,47*	0,05**
Podejście eklektyczne	Satysfakcja z życia	0,16**	0,51*	-0,11**
	Symptomy zaburzeń	-0,01**	-0,58*	0,28**
Podejście humanistyczno-egzystencjalne	Satysfakcja z życia	0,00	0,00	0,00
	Symptomy zaburzeń	0,06**	-0,61*	0,27**

\* Wartości dla wyników istotnych statystycznie, przy poziomie istotności  $p < 0,05$

\*\* Wartości dla wyników nieistotnych statystycznie, przy poziomie istotności  $p < 0,001$

W związku z pytaniem o znaczenie kwalifikacji zawodowych terapeutów dla poziomu empatii i uzyskiwanych przez pacjentów efektów, obliczono standaryzowane współczynniki regresji  $\beta$  dla dwóch grup terapeutów: mających licencję i tych, którzy jej nie mają. Uzyskane współczynniki regresji wykazały, że istnieje związek istotny statystycznie między wzrostem empatii terapeutów mających licencję zawodową a nasileniem subiektywnego



stanu zdrowia psychicznego, tj. satysfakcji z życia ( $\beta = 0,68, p < 0,05$ ) oraz między wzrostem empatii terapeutów niemających licencji zawodowej a osłabieniem się symptomów zaburzeń psychicznych, tj. depresji ( $\beta = -0,53, p < 0,05$ ). Nie stwierdzono związku istotnego statystycznie między życzliwością i autentycznością licencjonowanych i nielicencjonowanych terapeutów a skutecznością terapii ocenianą przez pacjentów (por. tab. 1).

Postawiono też pytanie o znaczenie stażu pracy terapeutów — do 5 lat i powyżej 5 lat — dla związków między poziomem umiejętności interpersonalnych leczących a uzyskiwanymi przez pacjentów efektami terapii. W grupie terapeutów o stażu zawodowym do 5 lat ujawniono związek istotny statystycznie między oceną życzliwości a wzrostem satysfakcji z życia ( $\beta = 0,67, p < 0,05$ ). Pacjenci terapeutów o stażu powyżej 5 lat wskazali także na związek istotny statystycznie między spostrzeganą u leczących życzliwością a nasileniem satysfakcji z życia ( $\beta = 0,38, p < 0,05$ ) oraz obniżeniem się symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego, zwłaszcza depresji ( $\beta = -0,47, p < 0,05$ ). Nie stwierdzono związku istotnego statystycznie między empatią i autentycznością terapeutów o zróżnicowanym stażu pracy, tj. do 5 lat i powyżej 5, a skutecznością terapii ocenianą wskaźnikami subiektywnymi i obiektywnymi (por. tab. 1).

Ostatnim czynnikiem, który mógł wpłynąć na związki między oceną przez pacjentów poziomu umiejętności interpersonalnych terapeutów a uzyskiwanymi efektami leczenia był rodzaj szkoły terapeutycznej. Wprawdzie przebadano terapeutów prowadzących terapię w ramach głównych podejść terapeutycznych, jednak — ze względu na zbyt małą grupę badanych reprezentujących szkołę systemową, psychodynamiczną i behawioralno-poznawczą — analizę związków przeprowadzono w grupie terapeutów pracujących w podejściu eklektycznym i w humanistyczno-egzystencjalnym. W żadnej z zbadanych grup nie wystąpiły związki istotne statystycznie między poziomem empatii i autentyczności terapeutów eklektycznych oraz egzystencjalno-humanistycznych a obiektywnymi i subiektywnymi wskaźnikami zdrowia psychicznego pacjentów. Okazało się, że pacjenci, oceniający terapeutów eklektycznych jako bardziej życzliwych, jednocześnie doświadczają większej satysfakcji z życia ( $\beta = 0,51, p < 0,05$ ) oraz mniejszego nasilenia symptomów depresji ( $\beta = -0,58, p < 0,05$ ). Jeśli chodzi o terapeutów humanistyczno-egzystencjalnych, to nie zaobserwowano korelacji między nasileniem ich życzliwości a wzrostem satysfakcji z życia osób leczonych, chociaż pojawił się związek z obiektywnymi wskaźnikami zdrowia psychicznego, tj. osłabieniem się dolegliwości somatycznych ( $\beta = -0,61, p < 0,05$ ). Spostrzegana przez pacjentów życzliwość terapeutów humanistyczno-egzystencjalnych jest trafnym predyktorem efektów terapii w postaci zmniejszenia się różnych objawów somatycznych (por. tab. 1).

### **Właściwości pacjentów i umiejętności interpersonalne terapeutów a efekty psychoterapii**

Wyniki wyżej przedstawionych badań wykazały korelację właściwości terapeutów z efektami terapii indywidualnej. Wobec powyższego próbowano sprawdzić związki między charakterystyką pacjentów, zwłaszcza ich typem rozpoznania klinicznego, czasem trwania leczenia i stopniem zaangażowania w psychoterapię a jej skutecznością (tab. 2).

Tabela 2. Właściwości pacjentów i spostrzegane przez nich umiejętności interpersonalne terapeutów a subiektywne (satysfakcja z życia) i obiektywne (symptomy zaburzeń psychicznych) wskaźniki efektów terapii

Właściwości pacjentów	Wskaźniki efektów terapii	Współczynniki regresji $\beta$		
		Empatia	Życzliwość	Autentyczność
Zaburzenia osobowości	Satysfakcja z życia	0,49*	0,12**	-0,11**
	Symptomy zaburzeń	-0,63*	-0,05**	0,30**
Zaburzenia lękowe	Satysfakcja z życia	0,00	0,00	0,00
	Symptomy zaburzeń	0,14**	-0,75*	0,06**
Do 50 sesji	Satysfakcja z życia	0,00	0,00	0,00
	Symptomy zaburzeń	-0,06**	-0,51*	0,13**
Powyżej 50 sesji	Satysfakcja z życia	0,00	0,00	0,00
	Symptomy zaburzeń	-0,72*	0,21**	0,25**
Wiek do 35 lat	Satysfakcja z życia	0,44*	0,10**	-0,06**
	Symptomy zaburzeń	-0,55*	-0,06**	0,24**
Wiek powyżej 35 lat	Satysfakcja z życia	0,00	0,00	0,00
	Symptomy zaburzeń	0,00	0,00	0,00
Zaangażowanie	Satysfakcja z życia	0,34*	0,10**	-0,07**
	Symptomy zaburzeń	-0,45*	0,14**	0,13**

\* Wartości dla wyników istotnych statystycznie, przy poziomie istotności  $p < 0,05$

\*\* Wartości dla wyników nieistotnych statystycznie, przy poziomie istotności  $p < 0,001$

W związku z zakwalifikowaniem do badań dwóch grup pacjentów: z zaburzeniami osobowości i zaburzeniami lęgowymi, próbowano sprawdzić, jakie zależności występują między spostrzeganymi przez nich umiejętnościami interpersonalnymi terapeutów a osiąganymi zmianami. Uzyskane współczynniki regresji pokazały, że istnieją związki istotne statystycznie między spostrzeganą przez pacjentów z zaburzeniami osobowości empatią terapeutów a wzrostem ich satysfakcji z życia ( $\beta = 0,49$ ,  $p < 0,05$ ) a także osłabieniem się symptomów depresji ( $\beta = -0,63$ ,  $p < 0,05$ ). Zatem im wyższy poziom spostrzeganej empatii, tym większa satysfakcja z życia oraz mniej nasilone objawy zaburzeń psychicznych. Osoby z zaburzeniami osobowości nie wykazały związków istotnych statystycznie między spostrzeganym u terapeutów poziomem życzliwości i autentyczności a osiąganymi efektami terapii. W grupie pacjentów z zaburzeniami lęgowymi stwierdzono natomiast związek istotny statystycznie między percepcją życzliwości terapeutów a efektami terapii w postaci osłabienia się symptomów depresji ( $\beta = -0,75$ ,  $p < 0,05$ ). Nie stwierdzono związku istotnego statystycznie między empatią i autentycznością terapeutów a skutecznością terapii, ocenianą na podstawie wskaźników subiektywnych i obiektywnych (por. tab. 2).

Poziom zaangażowania w pracę nad zmianą podczas sesji terapeutycznych i poza nimi pacjenci oceniali na czterostopniowej skali. Zdecydowana większość oszacowała go jako wysoki. Wobec powyższego można było jedynie zweryfikować związki między percepcją

umiejętności interpersonalnych terapeutów przez pacjentów wysoko zaangażowanych w terapię a jej efektami. W grupie tej zaobserwowano związki istotne statystycznie między spostrzeganą empatią terapeutów a wskaźnikami subiektywnego stanu zdrowia, tj. wzrostem satysfakcji z życia ( $\beta = 0,34$ ,  $p < 0,05$ ) i wskaźnikami obiektywnego stanu zdrowia, tj. spadkiem symptomów depresji ( $\beta = -0,45$ ,  $p < 0,05$ ). Nie stwierdzono związku istotnego statystycznie w grupie zaangażowanych w terapię pacjentów między spostrzeganą przez nich autentycznością i życzliwością terapeutów a skutecznością leczenia (por. tab. 2).

Próbowano także sprawdzić, czy czas odbytej przez pacjentów terapii może wpływać na spostrzeganie umiejętności interpersonalnych terapeutów i efekty terapii. W związku z tym podzielono wszystkich pacjentów na dwie grupy: tych, którzy mieli za sobą do 50 sesji terapeutycznych i tych, którzy mieli ich powyżej 50. W grupie pacjentów, którzy zaliczyli do 50 sesji, stwierdzono istotny statystycznie związek między nasileniem życzliwości a osłabieniem się symptomów depresji ( $\beta = -0,51$ ,  $p < 0,05$ ), natomiast nie odnotowano takich związków między pozostałymi umiejętnościami, tj. autentycznością i empatią. W grupie pacjentów uczestniczących w powyżej 50 sesjach ujawnił się związek istotny statystycznie między nasileniem empatii terapeutów a osłabieniem się symptomów depresji ( $\beta = -0,72$ ,  $p < 0,05$ ). Natomiast nie stwierdzono istotnego statystycznie związku między życzliwością i autentycznością terapeutów a skutecznością terapii ocenianą na podstawie wskaźników obiektywnych i subiektywnych (por. tab. 2).

Niektórzy autorzy wskazują na znaczenie wieku dla oceny umiejętności interpersonalnych terapeutów i efektów terapii, dlatego też próbowano stwierdzić, czy takie korelacje istnieją [20]. Podzielono wszystkich badanych na grupę pacjentów do 35. roku życia i powyżej. Okazało się, że istnieje związek istotny statystycznie między percepcją empatii przez pacjentów w wieku do 35 lat a subiektywnym stanem zdrowia psychicznego, tj. wzrostem satysfakcji z życia ( $\beta = 0,44$ ,  $p < 0,05$ ) oraz obiektywnym stanem zdrowia psychicznego, tj. spadkiem symptomów zaburzeń ogólnego stanu zdrowia ( $\beta = -0,35$ ,  $p < 0,05$ ) i symptomów depresji ( $\beta = -0,55$ ,  $p < 0,05$ ). Zatem im wyższy poziom empatii terapeutów, tym większa satysfakcja z życia i mniej nasilone symptomy różnych zaburzeń psychicznych u pacjentów. Nie stwierdzono natomiast istotnego statystycznie związku między percepcją przez pacjentów do 35 lat życzliwości i autentyczności terapeutów a skutecznością terapii. W grupie osób powyżej 35. roku życia nie zaobserwowano związków istotnych statystycznie między oceną poziomu trzech umiejętności interpersonalnych terapeutów a efektami w postaci osłabienia się symptomów zaburzeń psychicznych i wzrostu satysfakcji z życia (por. tab. 2).

## Dyskusja

Badania miały na celu sprawdzenie: po pierwsze, jakie właściwości terapeutów i pacjentów pozostają w związku ze spostrzeganymi przez pacjentów umiejętnościami interpersonalnymi leczących; po drugie, czy umiejętności interpersonalne terapeutów wpływają na skuteczność terapii indywidualnej. Efekty terapii oceniano na podstawie wskaźników subiektywnych (tj. poziomu satysfakcji z życia) oraz obiektywnych (tj. liczby symptomów zaburzeń psychicznych). Po stronie terapeutów zbadano kwalifikacje zawodowe oraz staż pracy, natomiast po stronie pacjentów — typ zaburzenia psychicznego i stopień

zaangażowania w osiągnięcie zmiany. Uwzględniono także podejście teoretyczne, w jakim prowadzona była terapia indywidualna oraz czas jej trwania.

Generalnie, uzyskane wyniki badań pokazały, że oceniane przez pacjentów umiejętności interpersonalne psychoterapeutów, zwłaszcza empatia i życzliwość, pozostają w związku z pozytywnymi zmianami pod wpływem terapii, szacowanymi zarówno na podstawie wskaźników subiektywnych, jak i obiektywnych. Podobnie jak w badaniach Orlinsky'ego i wsp. [35], nie zaobserwowano związków między spostrzeganą autentycznością terapeutów a skutecznością terapii.

Wśród właściwości pacjentów, które okazały się znaczące dla stwierdzonych efektów terapii w kontekście spostrzeganych przez ich umiejętności interpersonalnych terapeutów, należy wymienić: typ zaburzenia psychicznego, stopień zaangażowania w terapię oraz czas jej trwania.

Pacjenci z zaburzeniami osobowości wskazywali na silne związki między spostrzeganą u terapeutów empatią a efektami terapii w postaci podwyższenia się poziomu satysfakcji z życia oraz osłabienia się objawów zaburzeń psychicznych. Nie wystąpiły związki istotne statystycznie między życzliwością i autentycznością terapeutów a efektami terapii. Natomiast u pacjentów z zaburzeniami lękowymi stwierdzono związki istotne statystycznie między percypowaną życzliwością a osłabieniem się symptomów zaburzeń psychicznych, zwłaszcza depresji. Nie wykazano związków istotnych statystycznie między empatią i autentycznością terapeutów a wynikami terapii. Potwierdzono zatem ustalenia Horvatha i wsp. [20], że pacjenci charakteryzujący się różną głębokością zaburzeń psychicznych cenią odmienne aspekty funkcjonowania interpersonalnego terapeutów.

Zaobserwowano też, że pacjenci wykazujący większe zaangażowanie w osiągnięcie zmiany spostrzegają związki między empatią a efektami terapii na płaszczyźnie subiektywnej i obiektywnej. Na podobne związki, na podstawie analizy wielu badań naukowych, wskazuje Orlinsky i wsp. [35]. Pacjenci, którzy są bardziej skłonni współpracować z terapeutą, wyżej oceniają jego umiejętności zawodowe, co koreluje z lepszymi efektami terapii.

Pacjenci pozostający w terapii do 50 sesji spostrzegali związek między życzliwością terapeutów a wzrostem satysfakcji z życia, natomiast ci, którzy odbyli więcej niż 50 spotkań, zauważali bardzo silny związek między empatią terapeutów a spadkiem symptomów zaburzeń psychicznych. Można zatem wnioskować, że dla pacjentów pozostających krócej w terapii w ocenie jej efektywności ważniejsza jest życzliwość terapeutów, a dla pacjentów o dłuższym okresie leczenia — empatia.

Wśród właściwości terapeutów, które uznano za znaczące dla poziomu umiejętności interpersonalnych ujawnianych w procesie leczenia, znalazły się takie zmienne, jak: kwalifikacje zawodowe, staż pracy oraz rodzaj reprezentowanej szkoły terapeutycznej.

Wyniki prowadzonych przez Orlinsky'ego i wsp. [36] metaanaliz pokazały, że 67% badań naukowych potwierdza istotne statystycznie związki między kwalifikacjami zawodowymi terapeutów (tj. posiadaniem licencji) a zmianą w psychoterapii. Metaanalizy obejmowały bezpośrednie związki między kwalifikacjami a efektami, bez uwzględniania znaczenia szacowanych przez pacjentów umiejętności interpersonalnych terapeutów. W prezentowanych badaniach zaobserwowano, że pacjenci licencjonowanych terapeutów wskazywali na związki istotne statystycznie między empatią a subiektywnymi wskaźnikami

skuteczności psychoterapii (tj. wzrostem poziomu satysfakcji z życia), natomiast pacjenci nielicencjonowanych terapeutów — na silniejsze związki z obiektywnymi wskaźnikami (tj. spadkiem liczby symptomatów zaburzeń psychicznych). Chociaż jest to trudne zjawisko do wytłumaczenia — raczej spodziewaliśmy się odwrotnych rezultatów — to nasuwają się dwa wyjaśnienia. Pierwsze to takie, iż być może wśród nielicencjonowanych terapeutów było istotnie więcej tych, którzy uprawiają terapię dyrektywną, skoncentrowaną na usuwaniu objawów zaburzeń psychicznych. Drugie to takie, iż pacjenci licencjonowanych terapeutów to przede wszystkim osoby z zaburzeniami osobowości, które „objawów własnego charakteru” doświadczają egosyntonicznie, a nie egodystonicznie. W konsekwencji pozytywne zmiany na skutek terapii mogą być postrzegane inaczej przez pacjentów z zaburzeniami osobowości niż przez pacjentów z zaburzeniami lękowymi [37, 38].

Pacjenci leczeni przez terapeutów o stażu zawodowym do 5 lat wskazywali na pozytywne związki między życzliwością terapeutów a subiektywnymi wskaźnikami skuteczności psychoterapii. Natomiast w grupie pacjentów, leczonych przez terapeutów ze stażem wyższym niż 5 lat, stwierdzono istotne statystycznie związki między życzliwością leczących a obiektywnymi i subiektywnymi wskaźnikami efektywności psychoterapii. Podobnie jak w przypadku stażu pracy, także rodzaj szkoły psychoterapeutycznej, w jakiej prowadzone było leczenie, ujawnia korelacje między życzliwością a wynikami terapii. Życzliwość terapeutów eklektycznych i humanistyczno-egzystencjalnych wykazała silne związki z pozytywnymi zmianami terapii ocenianymi na podstawie wskaźników obiektywnych. U pacjentów terapeutów eklektycznych zaobserwowano także istotną statystycznie poprawę jakości życia. Nie wystąpiły związki między pozostałymi umiejętnościami, tj. empatią i autentycznością terapeutów podejścia eklektycznego i humanistyczno-egzystencjalnego a efektami terapii. Prezentowane wyniki badań nie potwierdziły założeń Rogersa [15] oraz Raskina i Rogersa [16] o szczególnym znaczeniu tych umiejętności terapeutów w leczeniu różnych zaburzeń psychicznych pacjentów.

Przedstawione rezultaty badań wyjaśniają w większym stopniu, jakie właściwości terapeutów i pacjentów pozostają w związku ze spostrzeganymi umiejętnościami interpersonalnymi, niż jakie czynniki warunkują efektywność psychoterapii indywidualnej na płaszczyźnie subiektywnej i obiektywnej. Zbyt mała liczba oraz duże zróżnicowanie osób badanych spowodowało, że przeprowadzenie bardziej wnikliwej analizy znaczenia empatii, życzliwości i autentyczności terapeutów dla efektów terapii okazało się niemożliwe lub bardzo ograniczone. Zagadnienia te wymagają dalszych badań, które w warunkach polskich z wielu różnych względów są bardzo trudne do przeprowadzenia.

### Piśmiennictwo

1. Cierpiałkowska L. Szanse i pułapki badań naukowych nad efektywnością psychoterapii. W: Fajkowska-Stanik M, Drat-Ruszczak K, Marszał-Wiśniewska M, red. Pułapki metodologiczne w badaniach empirycznych z zakresu psychologii klinicznej. Warszawa: Wydawnictwo „Academica” Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej; 2003, s. 181–198.
2. Mintz J, Drake RE, Crits-Christoph P. Efficacy and effectiveness of psychotherapy: Two paradigms, one science. *Am. Psychol.* 1996; 51(10): 1084.
3. Moras K, Telfer LA, Barlow DH. Efficacy and specific effects data on new treatments: a case study strategy with mixed anxiety-depression. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1993; 61(3): 415–420.

4. Wilson DB, Lipsey W. The role of method in treatment effectiveness research: Evidence from meta-analysis. *Psychol. Meth.* 2001; 6(4): 413–429.
5. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and out-come in psychotherapy: a meta-analysis. *J. Couns. Psychol.* 1991; 38: 139–149.
6. Bordin ES. Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. W: Horvath AO, Greenberg LS, red. *The working alliance. Theory, research, and practice.* New York: John Wiley & Sons, Inc; 1994, s. 13–37.
7. Chatoor I, Krupnick J. The outcome role of non-specific factors in treatment of psychotherapy studies. *Europ. Child Adolesc. Psychiatry* 2001; 10 (sup.): 2–20.
8. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PAN; 2000.
9. Greenberg LS. Research on the process of change. *Psychother. Res.* 1991; 1: 3–16.
10. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia. W: Szewczuk W, red. *Encyklopedia psychologii.* Warszawa: Fundacja Innowacja; 1998, s. 691–695.
11. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother. Theory Res. Pract.* 1976; 26: 252–260.
12. Hersoug AG, Høglend P, Monsen JT, Havik OE. Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and therapist/ patients similarity as predictors. *J. Psychother. Pract. Res.* 2001; 10: 205–216.
13. Hersoug A, Høglend P, Havik O, Lippe A, Monsen J. Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clin. Psychol. Psychother.* 2009; 16: 100–110.
14. Henry WP, Strupp HH. The therapeutic alliance as interpersonal process. W: Horvath AO, Greenberg LS, red. *The working alliance. Theory, research, and practice.* New York: John Wiley & Sons, Inc; 1994.
15. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J. Consul. Psychol.* 1957; 21: 95–103.
16. Raskin NJ, Rogers CR. Person-centered therapy. W: Corsini RJ, Wedding D, red. *Current psychotherapies.* Itasca: IL Peacock; 1995, s. 128–161.
17. Sandell R, Lazar A, Grant J, Carlsson J. Therapist attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychother. Res.* 2007; 17: 196–204.
18. Gelso J, Hayes J. *Relacja terapeutyczna.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.
19. Sandell R, Carlsson J, Schubert J, Broberg J, Lazar A, Blomberg J. Varieties of therapeutic experience and their associations with patient outcome. *Eur. Psychother.* 2002; 3: 17–23.
20. Horvath AO. Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: the working alliance inventory perspective. W: Horvath AO, Greenberg LS, red. *The working alliance. Theory, research, and practice.* New York: John Wiley & Sons, Inc; 1994, s. 109–130.
21. Diener E, Emmons RA, Larson RJ, Griffin S. Skala Satysfakcji z Życia — SWLS. W: Juczyński Z, red. *Narzędzia do pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001, s. 134–138.
22. Sęk H. *Wprowadzenie do psychologii klinicznej.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2001.
23. Juczyński Z, red. *Narzędzia do pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
24. Makowska Z, Merecz D. Polska adaptacja kwestionariuszy ogólnego stanu zdrowia Dawida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28. W: Dudek B, red. *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie*

- badan kwestionariuszami Dawida Goldberga. Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera; 2001, s. 193–264.
25. Goldberg D, Williams P. Podręcznik dla użytkowników kwestionariusza ogólnego stanu zdrowia. W: Dudek B, red. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Dawida Goldberga. Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera; 2001, s. 15–189.
  26. Rogers CR. Sposób bycia. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 2002.
  27. Truax CB, Carkhuff RR. Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice. Chicago: Aldine Publishing Company; 1977.
  28. Szymczyk J. Umiejętności interpersonalne psychoterapeuty a skuteczność psychoterapii indywidualnej. Nieopublikowana praca magisterska. Instytut Społecznej Psychologii Klinicznej. Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej. Warszawa; 2006.
  29. Shussler G, Schneider W. Kształcenie psychoterapeutyczne i superwizja. W: Freyberger HJ, Schneider W, Stieglitz RD, red. Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005, s. 497–501.
  30. Prochaska JO, Norcross JC. Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis. Pacific Grove: Brooks-Cole; 1994.
  31. Erikson EH. Dzieciństwo i społeczeństwo. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 1997.
  32. Pużyński S, Wciórka J, red. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków—Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
  33. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. Psychopatologia. Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka; 2003.
  34. Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am. Psychol.* 1986; 41: 159–164.
  35. Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK. Process and outcome in psychotherapy — noch einmal. W: Bergin AE, Garfield, SL, red. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John Wiley & Sons, Inc; 1994, s. 270–378.
  36. Orlinsky DE, Ronnestad, MH, Willutzki, U. Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. W: Lambert MJ, red. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. Chicago: John Wiley & Sons (5 wyd.); 2004, s. 307–389.
  37. Cierpiąłkowska L. Psychopatologia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2010.
  38. Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. W: Bergin SL, Garfield AE, red. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John Wiley & Sons (4 wyd.); 1994, s. 143–190.

Adres: Jolanta Szymczyk: [jolanta.szymczyk@onet.pl](mailto:jolanta.szymczyk@onet.pl)  
Lidia Cierpiąłkowska: [lcierp@uam.edu.pl](mailto:lcierp@uam.edu.pl)