

AGNIESZKA SZYMAŃSKA^a
KAMILA DOBRENKO^b
LIDIA GRZESIUK^a

^aUniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
Instytut Psychologii

^bAkademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
Instytut Psychologii Stosowanej

CECHY PACJENTA, JEGO DOŚWIADCZENIA Z PRZEBIEGU PSYCHOTERAPII I SKUTECZNOŚĆ PSYCHOTERAPII

W prezentowanych badaniach postawiono pytania o związki (1) cech pacjentów z ich doświadczeniami z przebiegu psychoterapii oraz (2) doświadczeń z psychoterapii z dokonywaną przez pacjentów oceną jej skuteczności. Pomiar zmiennych przeprowadzono przy użyciu ankiety katamnetycznej, którą wysłano do 1210 byłych pacjentów ośrodka psychoterapii. Uzyskano odpowiedzi od 276 osób (55% kobiet i 45% mężczyzn), w większości poniżej 30. roku życia. Do analizy danych zastosowano modele strukturalne i analizę korespondencji. Wyniki wskazują, że: (1) zmienne grupują się wokół dobrej i niedobrej relacji psychoterapeutycznej; zbudowano dwa modele – jeden dla dobrej, drugi dla niedobrej relacji z psychoterapeutą; (2) podgrupy pacjentów stwierdzających poprawę, pogorszenie i brak zmian różnią się pod względem cech przed psychoterapią i doświadczeń z psychoterapii.

Słowa kluczowe: skuteczność psychoterapii; oczekiwania pacjenta wobec psychoterapii; relacja terapeutyczna; liczba sesji i czas trwania psychoterapii.

Adres do korespondencji: LIDIA GRZESIUK – emerytowany profesor psychologii Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego; Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, ul. Wóycickiego 1/3, bud. 14, 01-938 Warszawa; e-mail: lidka.grzesiuk@gmail.com

Dziękujemy pacjentom, którzy wzięli udział w badaniu. Wyrażamy szczególne podziękowanie prof. dr hab. Elżbiecie Aranowskiej i dr Jolancie Rytel za konsultacje statystyczne.

W badaniu wykorzystano fundusze z Badań Statutowych Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego (2012/2013, nr 16a633).

Wprowadzenie

Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa, prezentowany przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne (2016), w piątym punkcie części opisującej zasady ogólne – podaje, że psycholog „jest krytyczny wobec własnych dokonań [...]”. W odniesieniu do praktycznej działalności psychologa klinicznego, jaką stanowi psychoterapia, może to oznaczać obowiązek kontrolowania przebiegu i efektów tej działalności, prowadzenia badań nad psychoterapią.

Od początku lat 90. XX w. w Akademickim Ośrodku Psychoterapii (AOP), który powstał w 1978 r. przy Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, prowadzone były badania nad psychoterapią (m.in. Fila, 1993; Lenkiewicz, 1992; Grzesiuk, 2006). Opracowana na potrzeby badań ankieta katamnesticzna, która została wykorzystana w tym badaniu, stanowiła główne źródło informacji na temat czterech grup zmiennych – cech pacjenta, jego doświadczeń z przebiegu psychoterapii, bezpośredniej oraz odroczonej skuteczności psychoterapii.

Prezentowane w niniejszym artykule badania dostarczają odpowiedzi na dwa pytania badawcze na temat związków (1) cech pacjenta z doświadczeniami z przebiegu psychoterapii oraz (2) zmiennych dotyczących przebiegu psychoterapii z jej bezpośrednią skutecznością. W badaniach tych wykorzystano modelowanie równań strukturalnych i analizę korespondencji, co pozwoliło na bardziej wnikliwe poznanie badanych zjawisk.

Założono, że w analizie procesu psychoterapii istotne jest uwzględnianie **perspektywy pacjenta** – jego percepcji własnych cech, zachowań, oceny sposobu pracy terapeuty i skuteczności psychoterapii (Mander i in., 2014; Ward, Wood i Awal, 2013). Zwolennicy tego poglądu zwracają uwagę, iż to właśnie doświadczenie pacjenta powinno być przedmiotem analiz w psychoterapii; jego opinia dotycząca procesu psychoterapii i jej skuteczności ma szczególne znaczenie. Chociaż perspektywa pacjenta jest traktowana jako trafniejsza niż obiektywna ocena terapeuty, to prowadzone są nieliczne badania skoncentrowane na subiektywnym odbiorze psychoterapii przez pacjentów (Lutz i in., 2006). Zazwyczaj jest to podyktowane obawą, że ocena pacjenta może być przejawem jego dyssymulacji bądź symulacji albo jego dążeń do zaspokojenia własnych neurotycznych potrzeb (Aleksandrowicz i Sobański, 2004). Jednakże podstawowym źródłem informacji na temat doświadczeń pacjenta jest jego własna opinia, którą mógł wyrazić w odpowiedziach na pytania ankiety katamnesticznej.

Cechy pacjenta a jego doświadczenia z przebiegu psychoterapii

Cechy pacjenta są powszechnie uznawane za ważne predyktory jego doświadczeń w procesie psychoterapii, zwłaszcza takie cechy, jak płeć, wiek, zgłaszane problemy, dolegliwości, zahamowania czy inne trudności w kontaktach z ludźmi, kłopoty z uczeniem się, a także cechy temperamentu i osobowości (Aleksandrowicz i Sobański, 2004; Cosden, Patz i Smith, 2009; Constantino, Penek, Berncker i Overtree, 2014; Grzesiuk, 2006; Kuutmann i Hilsenroth, 2012).

Jedną z istotnych charakterystyk pacjenta jest jego stosunek do psychoterapii. W badaniach Constantino i współautorów (2014) diagnoza stosunku pacjenta do terapii przy użyciu skali Credibility/Expectancy Questionnaire obejmowała zarówno jego oczekiwania, jak i ocenę wiarygodności psychoterapii. Na złożony konstrukt „stosunek wobec psychoterapii” składały się oczekiwania oraz motywacje, rodzaj pragnień, jakie terapia ma zaspokoić, zaufanie pacjenta wobec psychoterapii i jej skuteczności.

Ustosunkowania pacjenta do psychoterapii są opisywane w kategoriach oczekiwań wobec terapii, takich jak: (1) pragnienie likwidacji objawów chorobowych, (2) motywacja do zmiany siebie – do lepszego radzenia sobie w życiu, poznania i zrozumienia siebie, zmiany własnych cech, przeżywania i zachowania, a także (3) pragnienie uzyskania wsparcia (Czabała, 2006; Grzesiuk, 2005; Grzesiuk i Suszek, 2011; Miller, 2009; Rakowska, 2005; Timmer, Bleichhardt i Rief, 2006). Oczekiwanie wsparcia oznacza nadzieję, że psychoterapia (terapeuta, koterapeuci, inni pacjenci z grupy terapeutycznej) zaspokoi doraźne potrzeby, oddali jego kłopoty i trudności, dostarczy pomocy w trudnej sytuacji życiowej oraz umożliwi uzyskanie opieki i wsparcia od psychoterapeuty. Ważniejsza staje się wówczas relacja z terapeutą – substytutem bliskiej osoby, która ma zaspokoić potrzeby pacjenta – niż wewnętrzna zmiana w pacjencie, pozwalająca na zaspokajanie potrzeb poza terapią.

Istnieją rezultaty badań, które dowodzą związku między cechami pacjenta a oczekiwanymi efektami psychoterapii (Constantino i in., 2014). Problemy i dolegliwości pacjenta mogą determinować jego oczekiwania wobec psychoterapii.

W badaniach nad doświadczeniami pacjenta z **przebiegu psychoterapii** uwzględnia się: (1) ocenę pracy psychoterapeuty (a) pod względem formy terapii, strategii, interwencji służących skupianiu uwagi pacjenta na emocjach, poznaniu i rozumieniu siebie, doświadczeniach; (2) ocenę pracy terapeuty z oporem; (3) eksplorowanie przez psychoterapeutę problemów i doświadczeń pacjen-

ta; (4) pomoc w przepracowaniu problemów, uzyskaniu poprawy w funkcjonowaniu (Elliot i in., 2009; Greenberg, 2002; Tryjarska, 2006; Ward i in., 2013). Ponadto istotne są również (5) interwencje związane z kończeniem psychoterapii – podsumowanie doświadczeń z psychoterapii, pomoc pacjentowi w utrwalaniu korzystnych zmian oraz wykorzystywaniu nabytych umiejętności w przyszłości.

W badaniach nad doświadczeniami pacjenta z przebiegu psychoterapii ważna jest także grupa zmiennych dotyczących jego relacji z psychoterapeutą i z innymi pacjentami w grupie terapeutycznej oraz czas trwania psychoterapii, liczba sesji, sposób kończenia terapii (Elliot, Watson, Goldman i Greenberg, 2009; Greenberg, 2002; Hill i in., 2011; Harnett, O'Donovan i Lambert, 2010; Tryjarska, 2006).

Trójczynnikiowy model relacji między pacjentem a psychoterapeutą wyodrębnia jej trzy podstawowe elementy: (1) przymierze psychoterapeutyczne, (2) przeniesienie i przeciwprzeniesienie oraz (3) rzeczywistą relację (Cierpiałkowska, 2008; Gelso i Hayes, 2004). Przymierze terapeutyczne jest związane ze skutecznością podejmowanych interwencji psychoterapeutycznych (Bachelor, 2013; Bottella i in., 2008; Czabała, 2006; Rakowska, 2005), ale także – jak ujawniają badania skoncentrowane na perspektywie pacjenta – z jakością odbytych sesji terapeutycznych oraz odpowiednio długim czasem trwania psychoterapii (Saunders, Howard i Orlinsky, 1989). Ponadto wykazano, że pacjenci deklarujący uzyskanie w terapii poprawy częściej stwierdzali, iż doświadczali w relacji z psychoterapeutą równości i autonomii (McElvaney i Timulak, 2013).

Zazwyczaj konkluzje z badań dotyczących czasu trwania psychoterapii wyrażane są w postaci optymalnej liczby sesji (Harnett i in., 2010; Hill i in., 2011). Ten aspekt badań jest ważny m.in. ze względu na ograniczanie liczby sesji przez centra finansujące ośrodki psychoterapeutyczne. Badania perspektywy pacjentów ujawniają, że liczbie sesji terapii przypisują oni dużą wagę w osiąganiu poprawy (Weitz i in., 1975). Większość pacjentów uważa, że sesji musi być więcej niż 20 (Owen, Smith i Rodolfa, 2009).

Badania ujawniają także, że cechy pacjenta, z jakimi przystępuje do psychoterapii, mają wpływ na przebieg procesu psychoterapeutycznego, zwłaszcza na początku terapii (Kuutmann i Hilsenroth, 2012). Terapeuci, którzy mają do czynienia z pacjentami silniej zaburzonymi, a także przejawiającymi zaburzenia w relacjach interpersonalnych, bardziej koncentrują się na relacji terapeutycznej przede wszystkim na początku psychoterapii.

Odpowiedź na pierwsze pytanie badawcze – dotyczące powyżej pokrótce przedstawionych zależności między dwiema grupami zmiennych – ma doprowa-

dzić do stworzenia modelu związków między cechami pacjenta przed psychoterapią a jego doświadczeniami z przebiegu terapii.

Doświadczenia pacjenta z przebiegu psychoterapii a jej skuteczność

Zróznicowane są wyniki badań dotyczących **skuteczności psychoterapii** w zależności od sposobu ujmowania tej zmiennej, która nie jest w literaturze przedmiotu określana precyzyjnie (Jakubowska, 2006). Źródłem informacji o efektach psychoterapii mogą być pacjenci, psychoterapeuci, rezultaty testowych badań itd. (Fila, 1993; Grzesiuk, 2006; Lutz i in., 2006). Kryterium skuteczności terapii może być np. redukcja po odbytej psychoterapii objawów chorobowych pacjenta w stosunku do okresu przed podjęciem terapii czy też w odniesieniu do funkcjonowania osób zdrowych (Prochaska i Norcross, 2006; Rakowska, 2006, 2015). Wyodrębnia się skuteczność (1) bezpośrednią – gdy odnosi się do efektów stwierdzanych po zakończeniu procesu psychoterapii, i (2) odroczonej – kiedy dotyczy efektów długoterminowych (Rakowska, 2006). W badaniach nad psychoterapią czynniki wspólne – zmienne dotyczące pacjenta i psychoterapeuty – są związane z efektami psychoterapii w większym stopniu niż specyficzne metody psychoterapii (Czabała, 2006; Prochaska i Norcross, 2006; Rakowska, 2006, 2015).

Wyniki badań porównujących skuteczność stosowanych form psychoterapii – podsumowane w metaanalizach – prowadzą do wniosku, że ich przeciętne rezultaty są porównywalne (Rakowska, 2006). Generalnie wyodrębniane nurty psychoterapii uzyskują w metaanalizach rezultaty wskazujące na ich skuteczność (Prochaska i Norcross, 2006). Niektóre wyniki badań wykazują nieznaczną przewagę interwencji (metod) poznawczych i behawioralnych nad metodami psychodynamicznymi i humanistycznymi (Rakowska, 2006).

Na podstawie metaanaliz rezultatów badań szacuje się, iż czynniki związane z relacją psychoterapeutyczną są odpowiedzialne za zmienność – od kilku do 30% – wyników psychoterapii (Cooper, 2010). Przymierze terapeutyczne jest najczęściej badanym czynnikiem powiązaniem ze skutecznością psychoterapii, choć niewiele wiadomo o jego komponentach traktowanych osobno (Bachelor, 2013; Botella i in., 2008; Cierpiałkowska, 2014; Clemence i in., 2005; Dinger, Strack, Leichsenring i Schauenburg, 2007; Patterson, Anderson i Wei, 2014). Z podsumowania wniosków z badań naukowych wynika, że skuteczna psychoterapia zależy nie tylko od działań psychoterapeuty, lecz także od doświadczeń wywoływanych u pacjenta (Cierpiałkowska i Czabała, 2013). Efekty psychoterapii

pii zależą od umiejętności – przez dostarczanie informacji – kształtowania przez terapeutę relacji z pacjentami, w której odgrywają oni rolę partnerów (nie obiektów oddziaływań). Jako warunek skutecznej psychoterapii traktuje się również wzajemną akceptację partnerów, wyrażanie pozytywnych emocji.

Odpowiedź na drugie pytanie badawcze – dotyczące opisanych powyżej związków między dwiema grupami zmiennych – ma doprowadzić do zbudowania modelu zależności między doświadczeniami pacjenta z przebiegu psychoterapii a jej skutecznością.

Metoda badań

Plan badań

Badanie miało charakter naturalistyczno-korelacyjny (Jakubowska, 2006). Status zmiennych uwzględnionych w pierwszym pytaniu badawczym był następujący. Zmiennymi wyjaśniającymi były (1) cechy pacjenta, takie jak: (1.1) powody zgłoszenia się na psychoterapię, czyli dolegliwości, objawy chorobowe, rodzaj i nasilenie problemów, (1.2) oczekiwania wobec psychoterapii – rodzaj i nasilenie motywacji do podjęcia terapii: likwidacja objawów chorobowych, pragnienie zmiany siebie, motywacja do uzyskania wsparcia. Zmienne wyjaśniane stanowiły (2) doświadczenia z przebiegu psychoterapii: (2.1) interwencje psychoterapeutyczne, (2.2) relacja psychoterapeutyczna, ustosunkowania emocjonalne między psychoterapeutą a pacjentem: pacjent → terapeuta i terapeuta → pacjent, (2.3) liczba sesji i czas trwania psychoterapii, (2.4) adaptacja pacjenta do terapii.

Status zmiennych uwzględnionych w drugim pytaniu badawczym był następujący. Zmienną wyjaśnianą była (3) globalna ocena skuteczności psychoterapii bezpośrednio po jej zakończeniu, zmienne wyjaśniające odnosiły się do (2) doświadczeń pacjenta z przebiegu psychoterapii (w pierwszym pytaniu badawczym miały status zmiennej wyjaśnianej).

Sposób pomiaru zmiennych, badana próba i procedura badawcza

Pomiaru zmiennych dokonano przy użyciu ankiety katamnesticznej, która składa się z czterech części odnoszących się do następujących grup zmiennych (Fila, 1993; Grzesiuk, 2006):

- część I opisuje **cechy pacjenta** przed podjęciem psychoterapii;
- część II dotyczy doświadczeń pacjenta z **przebiegu psychoterapii**;

– część III diagnozuje **skuteczność psychoterapii bezpośrednio** po jej zakończeniu;

– część IV zawiera ocenę **odroczonej skuteczności psychoterapii** dotyczącą czasu, w którym wypełniana była ankieta (okres katamnezy wahał się od 1 roku do 12 lat).

W niniejszym badaniu wykorzystano odpowiedzi badanych pacjentów na wybrane pytania z części I, II i III ankiety. Ankieta katamnesticzna jest narzędziem pomiaru bazującym na zróżnicowanych skalach, o formatach odpowiedzi ilościowych, kategoryalnych i jakościowych. Umożliwia stosowanie szerokiego spektrum analiz statystycznych – od złożonych modeli (np. modele strukturalne wykorzystane w niniejszym badaniu) po analizy jakościowe.

Ankiety katamnesticzne wysyłano od lat 90. XX wieku do 2013 roku, w sumie uwzględniono 1210 byłych pacjentów AOP. W AOP prowadzona jest psychoterapia indywidualna i grupowa, głównie studentów i pracowników warszawskich uczelni. Uzyskano odpowiedzi od 276 osób, co stanowi około 23% liczby wysłanych ankiet. Ten względnie niski procent respondentów może się wiązać z (1) względnie długim w niektórych przypadkach (nawet 12 lat) okresem katamnezy i z (2) często występującą wśród studentów/absolwentów zmianą miejsca zamieszkania. Respondenci to 55% kobiet i 45% mężczyzn, w większości poniżej 30 roku życia (min. 21-25 lat – dane przedziałowe; max. powyżej 40 lat – dane przedziałowe; średnia – 26 lat; mediana – 28 lat; odchylenie standardowe – 3,779; wszystkie wartości przedstawione są dla danych sklasyfikowanych). Wiek podany w metryczce ankiety katamnesticznej odnosi się do okresu, w którym ankieta była wypełniana.

Na podstawie informacji od psychoterapeutów stwierdzono, że częściej respondentami byli ci pacjenci AOP, którzy (1) odbyli więcej sesji terapeutycznych, dłużej trwała ich psychoterapia, nie przerywali jej; (2) deklarowali większe korzyści z odbytej psychoterapii; (3) ich okres katamnesticzny był względnie krótki (Fila, 1993). Natomiast w analizach wywiadów, także z pacjentami AOP, przeprowadzonych przez Lenkiewicz (1992), nie stwierdzono różnic między (1) respondentami a (2) nie-respondentami w zakresie cech pacjentów, przebiegu i efektów psychoterapii. Rozbieżność wyników obu przytoczonych badań można tłumaczyć m.in. różnicą diagnozowanych perspektyw – psychoterapeuty i pacjenta.

Metoda analizy danych

Na podstawie danych z literatury dotyczących badań nad psychoterapią trudno jest zbudować model wyjaśniający związki między zmiennymi uwikłanymi w proces psychoterapeutyczny, ponieważ prawie wszystkie z tych zmiennych są wzajemnie powiązane. Stwarza to problem metodologiczny dotyczący konstrukcji modelu (Jonkisz, 1998; Szymańska, w druku). Z matematycznego punktu widzenia nie należy budować modeli strukturalnych, które mają powiązane wzajemnie wszystkie zmienne¹ (Bartholomew, Steele, Moustaki i Galbraith, 2008; Hair, Black, Babin, Anderson i Tatham, 2006; Heck, Thomas i Tabata, 2010). Dlatego w niniejszym badaniu zbudowano model badanego zjawiska za pomocą metody eksploracyjnej, która polega na długotrwałym uwalnianiu związków² między zmiennymi i przyjęciu tego modelu, który posiada tylko związki istotne statystycznie, a także jest dopasowany do danych (Hair i in., 2006).

W przypadku modeli eksploracyjnych jest jednak problem z generalizacją zależności, jakie opisuje model, na populację (Gajda, 1992). Dlatego model, jaki powstanie po analizie danych, wymaga w przyszłości empirycznej weryfikacji (Bartholomew i in., 2008; Hair i in., 2006; Heck, Thomas i Tabata, 2009; Szymańska, w druku). Innymi słowy, pozyskane przez nas rozwiązanie powinno zostać zweryfikowane na innej próbie.

W zbiorze danych znalazła się grupa zmiennych, która nie mogła być analizowana za pomocą układów równań strukturalnych ze względu na swój jakościowy charakter. Ponieważ dotyczyły one ważnych aspektów psychoterapii (takich jak ustosunkowania do terapeuty, czas trwania terapii, liczba sesji, łatwość przyzwyczajania się do psychoterapii i skuteczność psychoterapii), wykorzystano je do budowy modeli szacujących powiązania między zmiennymi jakościowymi. Chciano sprawdzić, z jakimi poziomami zmiennej skuteczność psychoterapii (wyrażonej w odpowiedziach „poprawa”, „niewielka poprawa”, „brak zmian”, „pogorszenie”) wiążą się poziomy zmiennych wyjaśniających (np. dla zmiennej liczba sesji: „za dużo”, „w sam raz”, „za mało”). Taką możliwość w przypadku zmiennych jakościowych dawał nieparametryczny odpowiednik analizy czynnikowej dla zmiennych jakościowych, jakim jest analiza korespondencji (Aranowska i Ciok, 1992; Bartholomew i in., 2008).

¹ Gdyż modele takie niczego nie wyjaśniają.

² Wyłączanie/usuwanie z modelu związków nieistotnych ze statystycznego punktu widzenia.

Uzyskane wyniki

Cechy pacjenta a jego doświadczenia z psychoterapii

Budowa modelu równań strukturalnych odzwierciedlającego strukturę związków między cechami pacjenta a spostrzeganym przebiegiem psychoterapii miała trzy etapy. W etapie pierwszym przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową w celu sprawdzenia, które pozycje skali konstytuują czynniki. Czynniki wyodrębnione to: (1) w zakresie **cech pacjenta**: (1.1) zahamowania w kontaktach z ludźmi, (1.2) problemy w kontaktach z ludźmi, (1.3) dolegliwości w zakresie uczenia się, (1.4) zgłaszane przez pacjenta problemy z nauką, (1.5) oczekiwanie wsparcia ze strony terapeuty, (1.6) pozostałe oczekiwane efekty psychoterapii, w tym: (1.6.1) pozbycie się dolegliwości (1.6.2) osiągnięcie zmian wewnętrznych; (2) w zakresie **przebiegu psychoterapii**: (2.1) skupianie się przez psychoterapeutę na relacji przeniesieniowej, (2.2) interpretowanie i informowanie pacjenta, (2.3) aktywizowanie go, (2.4) ocena relacji z psychoterapeutą jako dobrej, (2.5) ocena relacji z psychoterapeutą jako niedobrej, (2.6) walka z psychoterapeutą.

W etapie drugim wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej zostały zweryfikowane za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej. Po ustaleniu, że zaproponowane przez analizę czynnikową rozwiązanie jest poprawne, w etapie trzecim zbudowano model strukturalny, który wykorzystywał czynniki wyłonione przez analizę czynnikową.

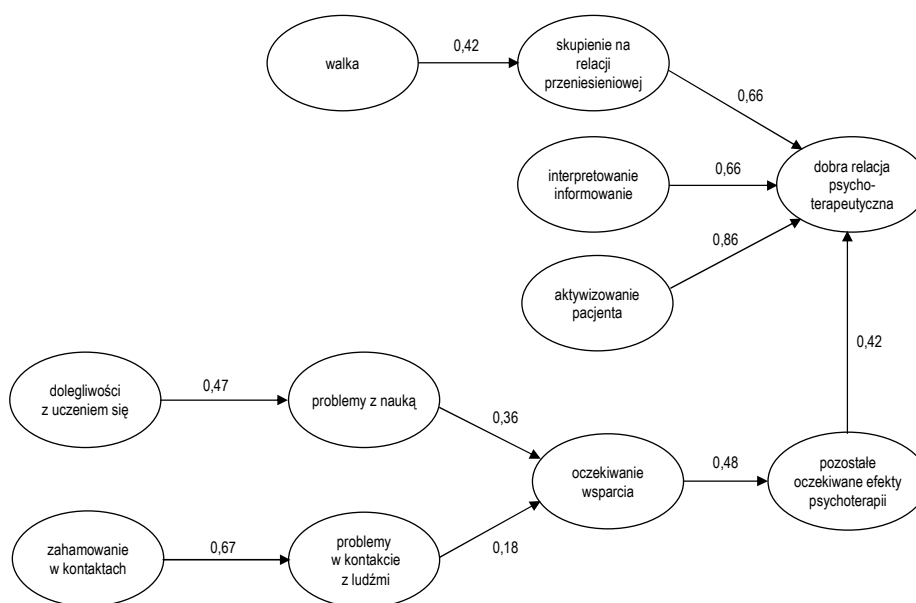
Ponieważ pozycje w ankiecie katamnesticznej opisane były na formatach odpowiedzi 0-1 oraz porządkowych, w weryfikacji modeli zastosowano estymator WLSMV³ odporny na rozkłady odbiegające od normalnych. Wyniki analiz modeli równań strukturalnych ujawniają, że model teoretyczny jest dobrze dopasowany do uzyskanych danych empirycznych, co ujawnia statystyka RMSEA, której wartość 0,040 jest mniejsza niż kryterium 0,08, oraz χ^2/df , której wartość 1,449 jest mniejsza niż kryterium 2,5. Zmienne latentne⁴ charakteryzowały się również wystarczającą rzetelnością, na co wskazywał fakt, że ładunki czynnikowe (λ) zmiennych latentnych były względnie wysokie.

³ Podobnie jak estymator korelacji Pearsona szacuje związek liniowy między dwiema zmiennymi, tak też estymator WLSMV jest przeznaczony do badania powiązań między wieloma zmiennymi, których rozkłady odbiegają od normalnych.

⁴ Zmienne nie podlegające bezpośredniemu pomiarowi, o których wariacji wnioskuje się na podstawie wartości zmiennych obserwowalnych. Przykładem zmiennej latentnej może być *inteligencja*, której nie da się bezpośrednio zaobserwować, a wnioskuje się o jej występowaniu (lub nie) u osoby na podstawie jej zachowań.

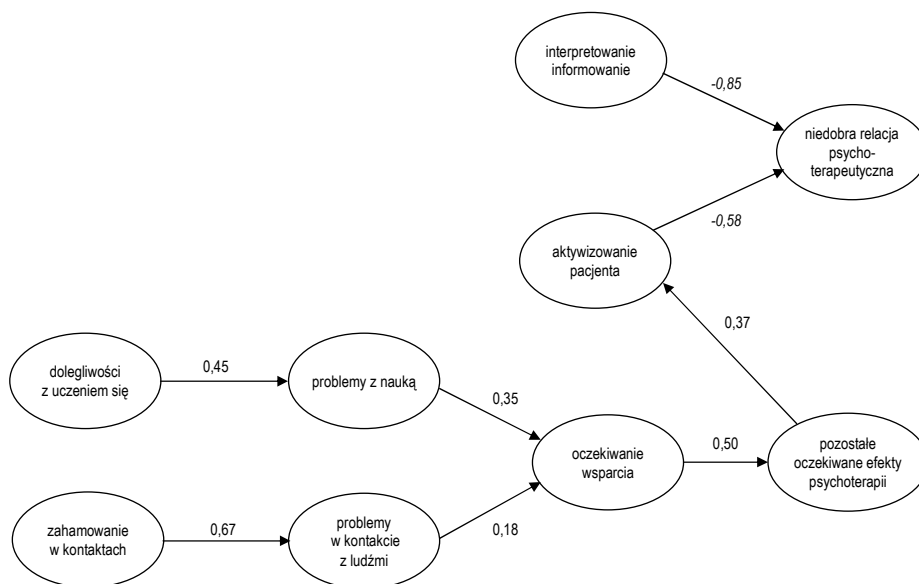
Podczas obliczania modeli strukturalnych okazało się, że wszystkie zmienne grupują się wokół dwóch zmiennych: „dobra relacja psychoterapeutyczna” i „nie dobra relacja psychoterapeutyczna”. Dobrą relację terapeutyczną charakteryzowało wrażenie pacjentów, że dobrze rozumieli się z psychoterapeutą, współpracowali z nim, chcieli być tacy jak terapeuta, pragnęli, by spotkać się z nim po zakończeniu psychoterapii. Pacjenci określający relację terapeutyczną jako nie-dobrą mieli wrażenie, że psychoterapeuta ich nie rozumiał, mało się opiekował, nie interesował się nimi.

Grupowanie zmiennych wykluczało wprowadzenie obu tych zmiennych do jednego modelu, ponieważ dwóch zmiennych negatywnie skorelowanych („dobra relacja psychoterapeutyczna” i „nie dobra relacja psychoterapeutyczna”) nie można wprowadzać do jednego modelu, gdyż spada wówczas wartość dopasowania modeli i wartość interpretacyjna (Rysunki 1 i 2). Rysunek 1 przedstawia model pierwszy dla dobrej relacji z psychoterapeutą, ze związkami między zmiennymi latentnymi, a Rysunek 2 – wyniki modelu drugiego dla nie dobrej relacji z psychoterapeutą.



$\chi^2 = 882,377$; $df = 609$; CFI = 0,795; RMSEA = 0,040. Oczekiwane efekty psychoterapii to usunięcie dolegliwości chorobowych i zmiana siebie. Przedział ufności wyniku RMSEA dla prawdopodobieństwa 90% to 0,034-0,046.

Rysunek 1. Model pierwszy – dobra relacja psychoterapeutyczna.



$\chi^2 = 608,246$; $df = 366$; $CFI = 0,817$; $RMSEA = 0,049$. Przedział ufności wyniku $RMSEA$ dla prawdopodobieństwa 90% to 0,042-0,056. Związki ujemne zaznaczone kursywą

Rysunek 2. Model drugi – niedobra relacja psychoterapeutyczna.

Oba modele pokazują, że ważną zmienną pośredniczącą między dolegliwościami i problemami pacjentów a oczekiwanymi efektami psychoterapii (w postaci zmian wewnętrznych i poznania siebie, a także ustąpienia objawów i dolegliwości) jest oczekiwanie wsparcia (czyli odpoczynku, uzyskania pomocy i opieki od terapeuty).

Model dobrej relacji psychoterapeutycznej ujawnia, że gdy pacjenci oceniali relację z psychoterapeutą jako dobrą, wskazywali również, że terapeuta ich aktywizował, interpretował i informował oraz koncentrował uwagę na relacji przeniesieniowej. Pacjenci ci twierdzili też, iż w relacji z psychoterapeutą był element walki związany ze skupianiem się na relacji przeniesieniowej.

W modelu drugim – dotyczącym nieodrodnej relacji psychoterapeutycznej – element walki ani skupiania na relacji przeniesieniowej nie występuje. Niedobra relacja psychoterapeutyczna związana jest ujemnie z aktywizowaniem i interpretowaniem doświadczeń pacjenta czy informowaniem go.

Doświadczenia pacjenta z przebiegu psychoterapii a jej skuteczność

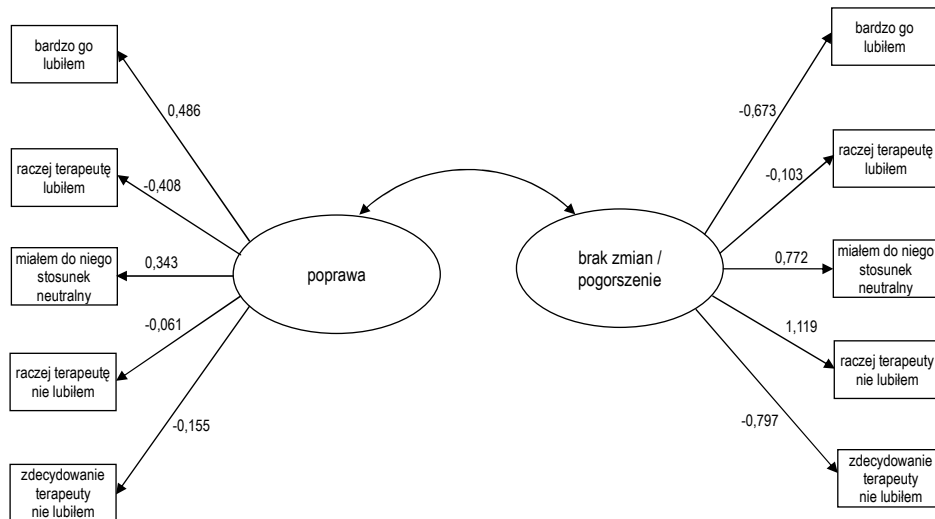
Wobec wymienionych w tytule zmiennych zastosowano **analizę korespondencji**, czyli odpowiednik analizy czynnikowej dla zmiennych jakościowych (Aranowska i Ciok, 1992; Bartholomew i in., 2008).

W niniejszych badaniach wyodrębniono cztery poziomy zmiennej wyjaśnianej *bezpośrednia skuteczność psychoterapii*: (1) **poprawa** dotyczyła odpowiedzi: *pełna poprawa* i *znaczna poprawa* – stwierdzona u 108 pacjentów; (2) **niewielka poprawa** – u 108 osób badanych; (3) **brak zmian** bezpośrednio po zakończeniu psychoterapii – u 35 osób badanych; (4) **pogorszenie** – deklarowane przez 14 pacjentów.

Analiza korespondencji powiązała cztery poziomy zmiennej wyjaśnianej z wyodrębnionymi kategoriami zmiennych wyjaśniających. Zmienne, które stanowiły predyktory bezpośredniej skuteczności psychoterapii, dotyczyły: interwencji psychoterapeutycznych, stosunku emocjonalnego między pacjentem a psychoterapeutą, typu relacji (walka, współpraca, porozumienie), przyzwyczajenia się pacjenta do psychoterapii, czasu trwania psychoterapii, liczby sesji psychoterapeutycznych, sposobu zakończenia psychoterapii. Za pomocą tych predyktorów zbudowano modele analizy korespondencji, spośród których tylko cztery okazały się istotne statystycznie (Rysunki 3-6). Dla przykładu, Rysunek 3 pokazuje zależność między poziomami zmiennej „ustosunkowania do psychoterapeuty” i trzema poziomami zmiennej „skuteczność psychoterapii”, jakimi są: (1) „poprawa” oraz (2) „pogorszenie” i „brak zmian”. W przypadku dwóch poziomów zmiennej dotyczącej skuteczności psychoterapii – „pogorszenie” i „brak zmian” – stwierdzono te same zależności z poziomami zmiennej wyjaśniającej. Brak na Rysunku 3 poziomu „niewielka poprawa” oznacza, że analiza korespondencji nie wykryła istotnych zależności między tą zmienną a poziomami zmiennej „ustosunkowania do psychoterapeuty”.

Prezentowane wagi w wymiarach („poprawa” i „pogorszenie/brak zmian”), które zostały wyłonione przez analizę korespondencji, nie są wystandaryzowane⁵, zatem przyjmują wartości od $-\infty$ do $+\infty$.

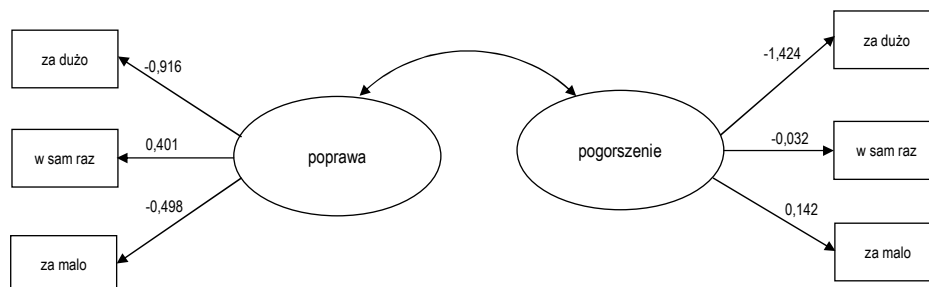
⁵ Dane wystandaryzowane to wartości wyrażone na skali standardowej, gdzie średnia wynosi 0, a wyniki przyjmują wartości od -3 z do +3 z.



Analiza korespondencji: $\chi^2 = 29,066$; $p = 0,004$.

Rysunek 3. Ustosunkowania do psychoterapeuty a skuteczność psychoterapii.

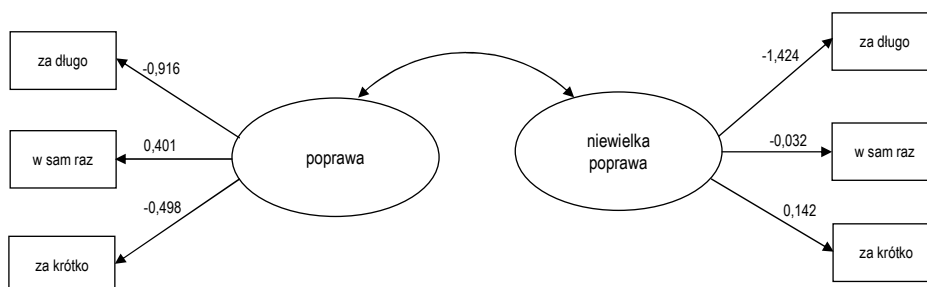
Jak pokazuje Rysunek 3, **poprawa** jest związana najwyraźniej z silnym lubieniem terapeuty lub neutralnym do niego stosunkiem. Waga 0,343, odnosząca się do neutralnego stosunku tej podgrupy pacjentów wobec psychoterapeuty, jest słabsza niż w podgrupie osób twierdzących, że doznały pogorszenia lub braku zmian, gdzie waga wyniosła 0,772. W podgrupie pacjentów, którzy podawali, że uzyskali poprawę, nie stwierdzono silnej wagi dla zmiennej „zdecydowanie nie lubię terapeuty”. **Pogorszenie** i **brak zmian** pozostają w dodatnim związku z nielubieniem terapeuty lub neutralnym do niego stosunkiem. Natomiast ujemnie związane są z lubieniem psychoterapeuty i z silnym nielubieniem terapeuty. Nie stwierdzono natomiast zależności między – ocenianymi przez pacjentów – ustosunkowaniami psychoterapeuty wobec pacjenta.



Analiza korespondencji: $\chi^2 = 12,774$; $p = 0,04$.

Rysunek 4. Liczba sesji a skuteczność psychoterapii.

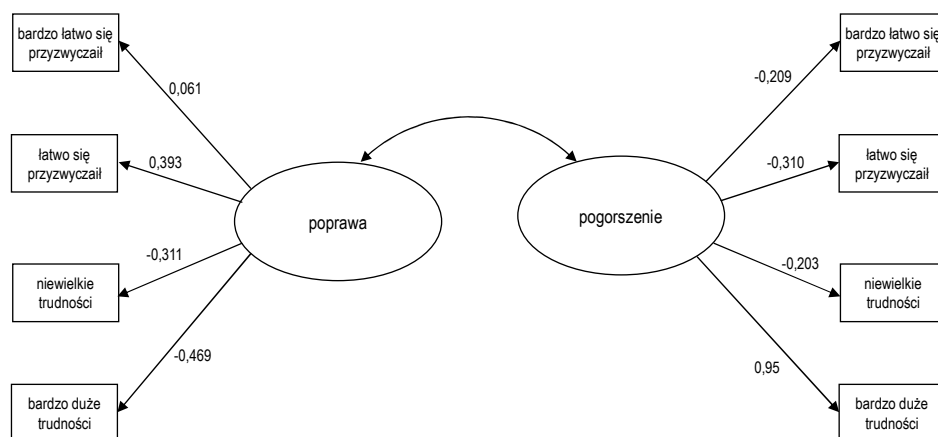
Model dotyczący związku liczby sesji ze skutecznością psychoterapii ukazuje Rysunek 4. **Poprawa** związana jest z odpowiednią – zdaniem pacjenta – liczbą sesji, a **pogorszenie** – ze zbyt małą liczbą sesji.



Analiza korespondencji: $\chi^2 = 16,217$; $p = 0,013$.

Rysunek 5. Czas trwania psychoterapii a jej skuteczność.

Model dotyczący związku czasu trwania psychoterapii ze skutecznością psychoterapii zaprezentowano na Rysunku 5. **Poprawa** związana jest z odpowiednim – według pacjenta – czasem trwania psychoterapii, a **niewielka poprawa** – ze zbyt krótkim czasem jej trwania.



Analiza korespondencji: $\chi^2 = 19,371$; $p = 0,022$.

Rysunek 6. Przyzwyczajanie się do psychoterapii a jej skuteczność.

Model dotyczący związku łatwości przyzwyczajania się do psychoterapii z jej skutecznością został zaprezentowany na Rysunku 6. Z rysunku tego wynika, że **brak zmian** pozostaje w związku z łatwym lub bardzo łatwym przyzwyczajaniem się do psychoterapii. **Pogorszenie** jest związane z dużymi trudnościami z przyzwyczajaniem się do terapii.

Podsumowując wyniki analizy korespondencji, **poprawa** związana jest z lubieniem psychoterapeuty lub neutralnym do niego stosunkiem oraz z odpowiednim – zdaniem pacjenta – czasem trwania psychoterapii i liczbą sesji. **Pogorszenie** i **brak zmian** związane są z nielubieniem psychoterapeuty lub neutralnym stosunkiem do niego. Samo **pogorszenie** natomiast związane jest z dużymi trudnościami w przyzwyczajaniu się do terapii oraz z poczuciem, że psychoterapia trwała zbyt krótko.

Zakończenie i dyskusja wyników

Zastosowane w badaniach dwie metody analizy danych – w postaci modeli strukturalnych oraz analizy korespondencji – ujawniły nowe, wcześniej nie opisywane zależności (Fila, 1993; Grzesiuk, 2006), a przede wszystkim pozwoliły dostrzec złożoną strukturę zależności między zmiennymi. Podczas gdy poprzednie analizy statystyczne ograniczały się do ujawnienia związków między pojedynczymi zmiennymi (Fila, 1993; Grzesiuk, 2006; Lenkiewicz, 1992), modele

równań strukturalnych pozwoliły na syntetyczne ujęcie wyników w postaci dwóch modeli prezentujących zmienne w sieci wzajemnych zależności. Zmienne w modelach strukturalnych zgrupowały się wokół dobrych oraz niedobrych relacji psychoterapeutycznych (Fila, 1993; Grzesiuk, 2006; Lenkiewicz, 1992).

W obu modelach, w których zmienne grupowały się zarówno wokół dobrych, jak i niedobrych relacji psychoterapeutycznych, badania ujawniły istnienie związku między oczekiwaniem (1) wsparcia oraz (2) efektów psychoterapii w postaci ustąpienia objawów i zmian wewnętrznych. Zmienna *uzyskanie wsparcia* wydaje się pośredniczyć w związku cech pacjenta z pozostałymi badanymi oczekiwaniami wobec psychoterapii. Być może pacjenci zaczynają psychoterapię z przeważającą motywacją do uzyskania wsparcia, a w wyniku pracy psychoterapeutycznej nad tym rodzajem motywacji mogą pojawiać się u nich motywacje do uzyskania dwóch pozostałych efektów psychoterapii w postaci lepszego poznania siebie czy zmiany własnego zachowania (Grzesiuk, 2005).

Zwraca również uwagę zależność ujawniona przez model, którego zmienne skupiły się wokół dobrych relacji terapeutycznych; dotyczy ona walki z psycho-terapeutą, pracy nad przeniesieniem oraz ocenianiem relacji psychoterapeutycznej jako dobrej (Rysunek 1). Wynik ten ujawnia, że w grupie, która odbierała relację terapeutyczną jako dobrą, praca podczas procesu terapii dotyczyła relacji przeniesieniowej. Nie wykryto natomiast takiej zależności w modelu drugim, którego zmienne zgrupowały się wokół niedobrej relacji psychoterapeutycznej. Być może oznacza to, że istnieją różnice między grupami osób, które oceniały relację psychoterapeutyczną jako dobrą, i osób oceniających relację jako niedobłą – w zakresie nie tylko stosowanych przez terapeuta interwencji, lecz także celu pracy. Znamienne jest, że pacjenci oceniający relację terapeutyczną jako dobrą zwracali uwagę, iż w relacji tej był element walki i pracy nad przeniesieniem, co jest traktowane jako niezbędne, zwłaszcza w psychoanalizie (Sokolik, 2005).

Pozostałe uzyskane przez nas wyniki są spójne z rezultatami badań analizujących perspektywę pacjentów dotyczącą ich oceny psychoterapii (Owen i in., 2009; Saunders i in., 1989; Weitz i in., 1975). Nasze badania ujawniają istnienie dodatniego związku między interwencjami terapeutycznymi a dobrą relacją psychoterapeutyczną, co jest spójne z doniesieniami Saundersa i współpracowników (1989). Ich badania ujawniły, że im lepiej pacjenci oceniali relację z psycho-terapeutą, tym lepiej oceniali jakość sesji. Nasze wyniki potwierdziły, że związki te nie tylko są istotne, lecz także silne. Ponadto model drugi ukazał, że ta sama zasada działa również w przeciwną stronę. Mianowicie im gorzej pacjenci oceniali relację psychoterapeutyczną, tym gorzej również oceniali stosowane przez

terapeutę metody i interwencje. Innymi słowy, pacjenci oceniali relację psychotherapeutyczną jako dobrą (m.in. poczucie współpracy z psychotherapeutą, zrozumienia przez niego, identyfikacji z nim), gdy byli przez terapeutę aktywizowani, interpretowani, informowani oraz koncentrowani na relacji przeniesieniowej. Natomiast oceniali relację psychotherapeutyczną jako niedobłą (m.in. mieli wrażenie braku zrozumienia, braku zainteresowania i opieki ze strony terapeuty), gdy psychotherapeuta w niewielkim stopniu interpretował, informował i ich aktywizował.

W części badania – nastawionej na uzyskanie odpowiedzi na drugie pytanie badawcze – wykorzystującej analizę korespondencji możliwe było określenie czynników determinujących zmienną „skuteczność psychotherapii” (poprawa, niewielka poprawa, brak zmian, pogorszenie), takich jak: ustosunkowania do psychotherapeuty (lubienie/stosunek neutralny/nielubienie psychotherapeuty) oraz formalne aspekty psychotherapii (czas trwania, liczba sesji), przyzwyczajanie się pacjenta do psychotherapii.

Rezultaty analizy korespondencji pozwalają stwierdzić, iż poprawa bezpośrednio po zakończeniu psychotherapii związana jest z lubieniem psychotherapeuty przez pacjenta, odpowiednim czasem trwania terapii oraz odpowiednią liczbą sesji. Pogorszenie i brak zmian pozostają w związku z nielubieniem psychotherapeuty lub neutralnym stosunkiem do niego. Pogorszenie związane jest z dużymi trudnościami w przyzwyczajaniu się do psychotherapii oraz poczuciem, że trwała ona zbyt krótko. Rezultaty te są spójne z doniesieniami mówiącymi o tym, że aby oddziaływanie psychotherapeutyczne było ocenione jako skuteczne, nie może ono być zbyt krótkie (Harnett i in., 2010; Hill i in., 2011). Pacjenci, którzy mają trudności z przyzwyczajaniem się do warunków panujących w psychotherapii, potrzebują bowiem zazwyczaj więcej sesji, aby wejść głębiej w proces terapeutyczny, co ujawniają efekty interakcji (Szymańska, Dobrenko i Grzesiuk, 2014). Ponadto wiele badań informuje, że jakość relacji psychotherapeutycznej jest związana z efektami terapii (Clemence i in., 2005; Cooper, 2010; Dinger i in., 2007; Howgego, Yellowless, Owen, Meldrum i Dark, 2003; Patterson i in., 2014).

Charakterystyczne dla uzyskanych rezultatów jest to, że nie wykryto istotnego statystycznie efektu dla związku skuteczności psychotherapii z tym, jak pacjenci odbierali stosunek terapeuty (w kategoriach lubienie – neutralny stosunek – nielubienie) do nich. Istotne statystycznie zależności dotyczyły wyłącznie ustosunkowań pacjenta wobec psychotherapeuty. Innymi słowy, własne ustosunkowania pacjenta do psychotherapeuty okazały się ważniejsze dla skuteczności psychotherapii niż przypisywane psychotherapeucie. Być może również odpowiedzi pa-

cjentów dotyczące ustosunkowań psychoterapeuty mogły być mniej jednoznaczne i jednorodne, dlatego wyniki okazały się nieistotne statystycznie.

Omawiany problem ukazuje równocześnie ograniczenia prezentowanych w doniesieniu analiz. Zastosowanie ankiety katamnesticznej, choć wiarygodnie mierzy doświadczenie pacjenta, to równocześnie implikuje ograniczenia związane z obiektywnym pomiarem realnych zdarzeń, realnej oceny rzeczywistości, a także stosunku i odczuć psychoterapeuty. Nie wiadomo bowiem, jaki jest udział w badanych relacjach pacjenta z terapeutą składających się na tę zmienną czynników – przymierza psychoterapeutycznego, przeniesienia i rzeczywistej relacji.

LITERATURA CYTOWANA

- Aleksandrowicz, J. W. i Sobański, J. A. (2004). *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- Aranowska, E. i Ciok, A. (1992). Związki między zmiennymi w interpretacji analizy składowych głównych i analizy korespondencji. W: E. Aranowska (red.), *Wybrane problemy metodologii badań* (s. 133-181). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(2), 118-135.
- Bartholomew, D. J., Steele, F., Moustaki, I. i Galbraith, J. I. (2008). *Analysis of multivariate social science data*. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC Press.
- Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., Gomez, A. M., Herrero i Pedro, N. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*, 18(5), 535-542.
- Cierpiałkowska, L. (2008). Relacja i przymierze terapeutyczne a efektywność psychoterapii. W: J. M. Brzeziński i L. Cierpiałkowska (red.), *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki* (s. 140-159). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cierpiałkowska, L. (2014). *Przymierze terapeutyczne a efektywność terapii alkoholików*. Referat wygłoszony na I Krajowej Konferencji Psychologii Klinicznej, Poznań.
- Cierpiałkowska, L. i Czabała, Cz. (2013). Psychoterapia indywidualna i grupowa. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 1, s. 269-298). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Clemence, A. J., Mark, J., Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Strassle, C. G. i Handler, L. (2005). Facets of the therapeutic alliance and perceived progress in psychotherapy: Relationship between patient and therapist perspectives. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(6), 443-454.
- Constantino, M. J., Penek, S., Bernecker, S. L. i Overtree, C. E. (2014). A preliminary examination of participant characteristics in relation to patients' treatment beliefs in psychotherapy in a training clinic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 238-250.
- Cooper, M. (2010). *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP

- Cosden, M., Patz, S. i Smith, S. (2009). Do problems with information processing affect the process of psychotherapy for adults with learning disabilities or attention deficit/hyperactivity disorder? *Learning Disabilities Research & Practice*, 24(4), 165-173.
- Czabała, J. C. (2006). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F. i Schauenburg, H. (2007). Influences of patients' and therapists' interpersonal problems and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(2), 149-161.
- Elliot, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. i Greenberg, L. S. (2009). *Psychoterapia skoncentrowana na emocjach. Wprowadzenie do praktyki i szkolenia psychoterapeutów*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Fila, U. (1993). *Badania katamnesticzne nad psychoterapią. Związek między problematyką pacjenta, procesem psychoterapeutycznym a efektami psychoterapii*. Niepublikowana praca magisterska, Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Gajda, J. (1992). Modele strukturalne w naukach społecznych. W: E. Aranowska (red.), *Wybrane problemy metodologii badań* (s. 100-132). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Garfield, S. L. i Bergin, A. E. (red.) (1990). *Psychoterapia i zmiana zachowania. Analiza empiryczna*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Gelso, Ch. J. i Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296-306.
- Gelso, Ch. J. i Hayes, J. A. (2004). *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Greenberg, L. G. (2002). Integrating an emotion focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(2), 154-189.
- Greenspan, S. I. i Pollock, G. H. (red.) (1991). *The course of life*. Vol. 4: *Adolescence*. Madison, CT: International Universities Press, Inc.
- Grzesiuk, L. (red.) (2005). *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Grzesiuk, L. (2006). Badania nad psychoterapią prowadzoną w Akademickim Ośrodku Psychoterapii. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Badania i szkolenie* (s. 333-350). Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Grzesiuk, L. i Suszek, H. (red.) (2011). *Psychoterapia. Problemy pacjentów*. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Hair, J. J., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. i Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis*. New Jersey: Upper Saddle River.
- Harnett, P., O'Donovan, A. i Lambert, M. J. (2010). The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy. *Clinical Psychologist*, 14(2), 39-44.
- Heck, R. H., Thomas, S. L. i Tabata, L. N. (2010). *Multilevel longitudinal modeling with IBM SPSS*. New York-London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Hill, C. E., Chui, H., Huang, T., Jackson, J., Liu, J. i Spangler, P. (2011). Hitting the wall: A case study of interpersonal changes in psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 34-42.
- Howgego, I. M., Yellowlees, P., Owen, C., Meldrum, L. i Dark, F. (2003). The therapeutic alliance: The key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 169-183.

- Jakubowska, U. (2006). Modele badań nad psychoterapią. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Badania i szkolenie* (s. 21-43). Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Jonkisz, A. (1998). *Ciągłość teoretycznych wytworów nauki. Ujęcie strukturalne*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kuutmann, K. i Hilsenroth, M. J. (2012). Exploring in-session focus on the patient–therapist relationship: Patient characteristics, process and outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(3), 187-202.
- Lenkiewicz, M. (1992). *Badania katamnesticzne nad psychoterapią. Związek pomiędzy problematyką pacjenta, przebiegiem procesu psychoterapeutycznego a efektami psychoterapii*. Niepublikowana praca magisterska, Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Lutz, W., Lambert, M. J., Harmon, S. C., Tschitsaz, A., Schürch, E. i Stulz, N. (2006). The probability of treatment success, failure and duration: What can be learned from empirical data to support decision making in clinical practice? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(4), 223-232.
- Mander, J., Wittorf, A., Klingberg, S., Teufel, M., Zipfel, S. i Sammet, I. (2014). The patient perspective on therapeutic change: The investigation of associations between stages of change and general mechanisms of change in psychotherapy research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(2), 122-137.
- McElvaney, J. i Timulak, L. (2013). Clients' experience of therapy and its outcomes in „good” and „poor” outcome psychological therapy in a primary care setting: An exploratory study. *Counseling and Psychotherapy Research*, 13(4), 246-253.
- Miller, J. (2009). The effects of expectations on experiences with psychotherapy. *Counseling Psychology Quarterly*, 22(3), 343-346.
- Owen, J., Smith, A. i Rodolfa, E. (2009). Clients' expected number of counseling sessions, treatment effectiveness, and termination status: Using empirical evidence to inform session limit policies. *Journal of College Student Psychotherapy*, 23(2), 118-134.
- Patterson, C. L., Anderson, T. i Wei, C. (2014). Clients' pretreatment role expectations, the therapeutic alliance, and clinical outcomes in outpatient therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 70(7), 673-680.
- Polskie Towarzystwo Psychologiczne (2016). *Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa*. Strona internetowa: <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29>
- Prochaska, J. O. i Norcross, J. O. (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Rakowska, J. M. (2005). *Skuteczność psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Rakowska, J. M. (2006). Wyniki badań nad skutecznością psychoterapii podsumowane w metaanalizach. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Badania i szkolenie* (s. 83-100). Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Rakowska, J. M. (2015). Wyniki badań z obszaru psychologii w praktyce psychoterapii. *Roczniki Psychologiczne*, 18(3), 261-268.
- Saunders, S. M., Howard, K. I. i Orlinsky, D. E. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(4), 323-330.
- Sokolik, M. (2005). Psychoanaliza. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria* (s. 33-132). Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Szymańska, A. (w druku). Założenia formalne modeli weryfikowanych przy pomocy układów równań strukturalnych. *Studia Psychologica*.

-
- Szymańska, A., Dobrenko, K. i Grzesiuk, L. (2014). *Doświadczenie pacjenta z przebiegu psychoterapii a jej bezpośrednia skuteczność*. Referat wygłoszony na I Krajowej Konferencji Psychologii Klinicznej, Poznań.
- Timmer, B., Bleichhardt, G. i Rief, W. (2006). Importance of psychotherapy motivation in patients with somatization syndrome. *Psychotherapy Research*, 16(3), 348-356.
- Tryjarska, B. (2006). Psychoterapia grupowa. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Praktyka* (s. 15-72). Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Ward, A., Wood, B. i Awal, M. (2013). A naturalistic psychodynamic psychotherapy study: Evaluating outcome with a patient perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 29(3), 292-314.
- Weitz, L. J., Abramowitz, S. I., Steger, J. A., Calabria, F. M., Conable, M. i Yarus, G. (1975). Number of sessions and client-judged outcome: The more the better? *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12(4), 337-340.