

## Cechy i doświadczenia pacjenta z przebiegu psychoterapii oraz skuteczność psychoterapii. Podejście strukturalne

### Characteristics and experience of the patient in psychotherapy and the effectiveness of psychotherapy. A structural approach

Agnieszka Szymańska<sup>1</sup>, Kamila Dobrenko<sup>2</sup>, Lidia Grzesiuk<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

<sup>2</sup> Instytut Psychologii Stosowanej, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

#### Summary

**Aim.** The study concerns the relationship between three groups of variables presenting the patient's perspective: (1) "patient's characteristics" before psychotherapy, including "expectations of the therapy"; (2) "experience in the therapy", including the "psychotherapeutic relationship"; and (3) "assessment of the direct effectiveness of the psychotherapy". Data from the literature are the basis for predicting relationships between all of these variables.

**Material and method.** Measurement of the variables was conducted using a follow-up survey. The survey was sent to a total of 1,210 former patients of the Academic Center for Psychotherapy (AOP) in which the therapy is conducted mainly with the students and employees of the University of Warsaw. Responses were received from 276 people. 55% of the respondents were women and 45% were men, under 30 years of age. The analyses were performed using structural equations.

**Results.** Two models emerged from an analysis of the relationship between the three above-mentioned groups of variables. One concerns the relationship between (1) the patient's characteristics (2) the course of psychotherapy, in which – from the perspective of the patient – there is a good relationship with the psychotherapist and (3) psychotherapy is effective. The second model refers to (2) the patient's experience of poor psychotherapeutic relationship and (3) ineffective psychotherapy.

**Conclusions.** Patient's expectations of the psychotherapy (especially "the expectation of support") proved to be important moderating variables in the models – among the characteristics of the patient. The mathematical model also revealed strong correlation of variables measuring "the relationship with the psychotherapist" and "therapeutic interventions".

**Słowa kluczowe:** psychoterapia, skuteczność terapii, modele statystyczne

**Key words:** psychotherapy, efficacy, statistical models

## Wstęp

Niniejsze badanie dotyczy obserwowanych w psychoterapii związków między grupami zmiennych: (1) „cechy pacjenta” przed terapią, w tym „oczekiwania wobec psychoterapii”, (2) „doświadczenia pacjenta z przebiegu terapii”, w tym „relacja z psychoterapeutą” i (3) „skuteczność psychoterapii”. Dane z literatury przedmiotu informują o wzajemnych powiązaniach wszystkich tych grup zmiennych [1–3]. W badaniach opisywanych w publikacjach z tego zakresu najczęściej poszukiwano korelacji między pojedynczymi zmiennymi [3–5].

Celem niniejszych badań było zbudowanie jednego modelu uwzględniającego wszystkie zbadane zmienne i ujawniającego ich wzajemne powiązania [6–10]. Do analiz zastosowano modelowanie matematyczne wykorzystujące układy równań strukturalnych. Umożliwiło to wykrycie wzajemnych zależności między zmiennymi w jednym modelu, ujawniło również nieistotne oraz pozorne zależności [10]. Takich informacji o rzeczywistych powiązaniach między zmiennymi nie można stwierdzić, posługując się modelami analizy ograniczającymi się do poszukiwania związków między pojedynczymi zmiennymi [11].

Uwzględnienie w niniejszym badaniu perspektywy pacjenta jest ważne z dwóch powodów, przytaczanych także w literaturze przedmiotu: (1) jedynie pacjenci są w stanie ocenić swoje doświadczenie wyniesione z procesu psychoterapii, (2) istnieje duża rozbieżność między oceną skuteczności psychoterapii z perspektywy pacjenta i terapeuty [12, 13]. Należy dodać, że badania procesu psychoterapeutycznego z perspektywy pacjenta są w piśmiennictwie z tego zakresu raczej rzadkością [14].

### *Cechy pacjenta – w tym oczekiwania wobec psychoterapii – i doświadczenia z przebiegu terapii a jej skuteczność*

Do cech charakteryzujących pacjenta przed rozpoczęciem psychoterapii najczęściej zalicza się takie zmienne, jak: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce pracy, jego osobowość, dolegliwości i problemy, które skłaniają go do podjęcia terapii, a także oczekiwania wobec psychoterapii [3, 15–17].

Na oczekiwania pacjenta wobec psychoterapii mogą się składać: (1) pragnienie likwidacji objawów chorobowych, (2) motywacja do zmiany siebie – do lepszego radzenia sobie w życiu, poznania i zrozumienia siebie, zmiany własnych cech, przyzwyczajania i zachowania, oraz (3) pragnienie uzyskania opieki i wsparcia, zmniejszenie poczucia samotności, a także uzyskanie pomocy w trudnej sytuacji [3, 17, 18]. Stopień, w jakim spełnione zostają w efekcie psychoterapii oczekiwania pacjenta, stanowi jedno z kryteriów skuteczności terapii [2, 3].

Badania ujawniają, że oczekiwania pacjenta wobec terapii są determinowane przez pozostałe jego cechy [16]. I tak, dla przykładu, pacjenci cierpiący na zaburzenia afektywne dwubiegunowe (epizod maniakałny) przejawiają bardzo optymistyczne

oczekiwania wobec procesu psychoterapii. Z kolei pacjenci uzależnieni od substancji psychoaktywnych mają raczej negatywne oczekiwania wobec terapii.

Badania pokazują, że cechy pacjenta wpływają na jego zaangażowanie oraz na pracę psychoterapeuty [19]. Cechy pacjenta – takie jak np. jego wiek – mogą mieć wpływ na skuteczność psychoterapii [20]. Badania ujawniają również, że cechy osobowości determinują skuteczność terapii. Dla przykładu, okazuje się, że pacjenci o nasilonych cechach dominacji odnoszą względnie większe korzyści z psychoterapii [21]. Istnieją badania, w których stwierdzono, że zaburzenia osobowości wyjaśniają skuteczność psychoterapii w większym stopniu niż przymierze psychoterapeutyczne [22].

### *Oczekiwania pacjenta wobec psychoterapii a jego doświadczenia z jej przebiegu*

Istotną zmienną charakteryzującą doświadczenia pacjenta z psychoterapii jest relacja terapeutyczna. Psychoterapeuci zgadzają się, że w relacji terapeutycznej należy wyodrębnić trzy elementy. Zgodnie z trójczynnikiem modelem relacji między pacjentem a psychoterapeutą są to: (1) przymierze terapeutyczne (*working alliance*), (2) przeniesienie i przeciwprzeniesienie oraz (3) rzeczywista relacja [23–27].

Oczekiwania pacjenta wobec terapii mogą determinować sposób, w jaki pacjent doświadcza zdarzeń podczas psychoterapii, jak je interpretuje; doświadczenia te odnoszą się zwłaszcza do przymierza terapeutycznego. Wyniki badań ujawniają, że pozytywne oczekiwania wobec psychoterapii są związane z dobrą relacją między pacjentem a terapeutą [18, 28]. Badacze procesu psychoterapii są zdania, że relacja terapeutyczna jest główną zmienną pośredniczącą między oczekiwaniami pacjenta wobec terapii a jej skutecznością [18].

Pierwsza hipoteza w niniejszym badaniu dotyczy istnienia związków między oczekiwaniami pacjenta a jego doświadczeniami z przebiegu procesu psychoterapii.

### *Oczekiwania pacjenta wobec psychoterapii a jej skuteczność*

W badaniach stwierdzono, że oczekiwania pacjenta wobec psychoterapii mogą być bezpośrednio związane ze skutecznością terapii [18, 28, 29]. Taki charakter związku między oczekiwaniami a skutecznością ma wyjaśniać nadzieja jako główny czynnik leczący w psychoterapii. Jednakże nadmierne pozytywne oczekiwania wobec psychoterapii mogą być przyczyną nieudanej terapii. Pacjenci oczekujący znacznej poprawy mogą czuć się rozczarowani, zawiedzeni zbyt niską – w ich opinii – efektywnością psychoterapii i ostatecznie uznać, że proces zakończył się porażką [17].

Jak wynika z badań, oczekiwania wobec procesu psychoterapii są dodatnio związane z relacją terapeutyczną oraz skutecznością wyrażającą się w lepszym radzeniu sobie w życiu oraz rozwiązywaniu problemów interpersonalnych [28]. W innych badaniach ujawniono, że oczekiwania łączą się z poprawą rozumianą jako ogólnie lepsze funkcjonowanie pacjenta, ujmowane zwłaszcza jako konsekwencja odczuwalnej ulgi w cierpieniu [18].

Druga hipoteza w niniejszym badaniu dotyczy zależności między oczekiwaniami pacjenta wobec przebiegu psychoterapii a ocenianą przez niego skutecznością tego procesu.

### *Relacja terapeutyczna a skuteczność psychoterapii*

Wyniki wielu badań potwierdzają tezę Carla Rogersa, że jakość relacji terapeutycznej może mieć charakter leczący [18, 21, 22, 30–36]. Dla przykładu, pacjenci, którzy oceniali terapię jako udaną, stwierdzali, że w jej trakcie mieli dużo autonomii, nawiązali dobrą relację z psychoterapeutą i nie czuli się traktowani z góry, tylko na równi z terapeutą [37]. Na podstawie metaanaliz wyników badań szacuje się, że czynniki związane z relacją psychoterapeutyczną są odpowiedzialne za zmienność – od kilku do 30% – wyników [4]. Konkluzja dotycząca wyników badań naukowych brzmi: skuteczna psychoterapia zależy nie tylko od działań psychoterapeuty, ale także od tego, jakie doświadczenia wnosi z niej pacjent [25].

Trzecia hipoteza w niniejszym badaniu dotyczy zależności między jakością relacji psychoterapeutycznej a ocenianą przez pacjenta skutecznością psychoterapii.

### *Interwencje psychoterapeutyczne a skuteczność psychoterapii*

Stosowane przez psychoterapeutę interwencje pozostają w związku z charakterem relacji terapeutycznej. Badacze podkreślają wagę pracy nad przeniesieniem w kształtowaniu relacji terapeutycznej [38]. Stwierdzono związek zachowania terapeuty z przymierzem terapeutycznym [39]. Przymierze terapeutyczne łączy się zarówno z zachowaniem pacjenta, jak i psychoterapeuty [40]. Przymierze terapeutyczne pozostaje również w związku ze skutecznością podejmowanych interwencji psychoterapeutycznych [30, 31, 39], a te z kolei mogą wpływać na skuteczność psychoterapii. Początkowe zadowolenie z sesji ma związek ze skutecznością terapii [41, 42], na którą pozytywnie oddziałuje też odpowiednia liczba sesji – wystarczająco duża, ale niezbyt duża [43–45].

W badaniach stwierdzono również, że doświadczenia pacjenta w trakcie psychoterapii oraz doświadczenie opieki psychiatrycznej mają wpływ na ocenianie psychoterapii jako wiarygodnej [46].

Czwarta hipoteza w niniejszym badaniu dotyczy zależności między interwencjami psychoterapeutycznymi a ocenianą przez pacjenta skutecznością terapii.

## **Metoda**

Na podstawie przytoczonej literatury przedmiotu, zwłaszcza dotyczącej badań nad psychoterapią, trudno 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 [10, 47]. Z matematycznego punktu widzenia nie należy budować modeli strukturalnych, które mają powiązane wzajemnie wszystkie zmienne<sup>1</sup> [7–10]. Dlatego w niniejszym badaniu stworzono model badanego zjawiska za pomocą me-

<sup>1</sup> Gdyż modele takie niczego nie wyjaśniają.

tody eksploracyjnej, która polega na długotrwałym uwalnianiu związków<sup>2</sup> między zmiennymi i przyjęciu tego modelu, który posiada tylko związki istotne statystycznie, a także jest dopasowany do danych [8, 10].

W przypadku modeli eksploracyjnych jest jednak problem z generalizacją stwierdzonych zależności, jakie opisuje model, na populację [48]. Dlatego model, jaki powstanie po analizie danych, możemy potraktować jako teoretyczny – z zastrzeżeniem, że wymaga on w przyszłości empirycznej weryfikacji [7–10]. Innymi słowy, zaproponowane przez nas rozwiązanie powinno zostać zweryfikowane na innej próbie.

### Plan badań

Badanie miało charakter naturalistyczno-korelacyjny. Grupami zmiennych wyjaśniających były:

1. „cechy pacjenta” przed terapią – w tym:
  - 1.1 powody zgłoszenia się do ośrodka psychoterapeutycznego, czyli dolegliwości, objawy chorobowe, rodzaj i nasilenie problemów (m.in. związane z nauką, zahamowania w kontaktach z ludźmi, inne problemy w kontakcie z innymi ludźmi),
  - 1.2 oczekiwania wobec psychoterapii, w tym rodzaj i nasilenie motywacji do podjęcia psychoterapii:
    - 1.2.1 likwidacja objawów chorobowych,
    - 1.2.2 pragnienie zmiany siebie,
    - 1.2.3 uzyskanie wsparcia ze strony terapeuty, pacjentów;
2. „doświadczenia z przebiegu psychoterapii”:
  - 2.1 interwencje psychoterapeutyczne,
  - 2.2 relacja terapeutyczna.
 Zmienną wyjaśnianą była ocena
3. bezpośredniej skuteczności psychoterapii po jej zakończeniu.

### Sposób pomiaru zmiennych, badana próba i procedura badawcza

Pomiaru zmiennych dokonano z użyciem ankiety katamnesticznej – wysyłanej do byłych pacjentów Akademickiego Ośrodka Psychoterapii (AOP) – która składa się z czterech części opisujących: 1) cechy pacjenta przed podjęciem psychoterapii, 2) jego doświadczenia z przebiegu terapii oraz jego ocenę skuteczności psychoterapii, 3) bezpośrednio po jej zakończeniu i 4) odroczoną w czasie (okres katamnety wahał się od roku do 12 lat).

W niniejszym badaniu wykorzystano odpowiedzi badanych pacjentów na wybrane pytania z trzech pierwszych części ankiety.

Ankiety katamnesticzną wysłano do 1210 byłych pacjentów AOP. Uzyskano odpowiedzi od 276 osób, co stanowi około 23% liczby wysłanych ankiet. Ten względnie

<sup>2</sup> Wylączenie/usuwanie z modelu związków nieistotnych ze statystycznego punktu widzenia.

niski odsetek respondentów może się wiązać z: (1) dość długim w niektórych przypadkach okresem katamnezy i z (2) często występującą wśród studentów/absolwentów zmianą miejsca zamieszkania. W gronie respondentów było 55% kobiet i 45% mężczyzn; w większości poniżej 30. roku życia (wiek podany w metryczce ankiety katamnesticznej odnosi się do okresu, w którym ankieta była wypełniana).

Zbadano różnice między respondentami a pacjentami, którzy nie odesłali ankiety [17]. Wykorzystano do tego celu informacje od psychoterapeutów. Okazało się, że częściej respondentami byli pacjenci, którzy: (1) odbyli więcej sesji terapeutycznych; ich psychoterapia trwała dłużej; nie przerywali jej; (2) deklarowali większe korzyści z odbytej terapii; (3) ich okres katamnesticzny był krótszy [49]. W badaniach opartych na wynikach wywiadów z pacjentami AOP nie stwierdzono różnic między respondentami i nierespondentami w zakresie cech pacjentów, przebiegu i efektów psychoterapii [50]. Różnice rezultatów obu badań mogą wynikać z odmiennych danych – w badaniu I uwzględniano perspektywę psychoterapeutów, w badaniu II – pacjentów.

## Wyniki

Do konstrukcji modelu związku cech pacjenta z doświadczeniami z przebiegu psychoterapii i oceną jej bezpośredniej skuteczności wykorzystano metodę analizy statystycznej, jaką stanowi model równań strukturalnych (SEM). Wprowadzanie modelu SEM jest zaawansowaną, wielozmiennową metodą statystyczną służącą do weryfikacji teorii, jednak w prezentowanych badaniach posłużył do budowy modelu empirycznego. Nie ma zatem statusu modelu weryfikującego teorię, ponieważ powstał z tego, na co pozwalały uzyskane w badaniu dane [48, 49]. Może się on przyczynić do rozwoju teorii, jeżeli inne badania potwierdzą wykryte zależności [9].

Jako że pozycje w ankiecie katamnesticznej opisane były na formatach odpowiedzi 0–1 oraz porządkowych, modele zweryfikowano za pomocą odpowiednich procedur<sup>3</sup>. Wyniki obu modeli ujawniają, że są one dobrze dopasowane do uzyskanych danych empirycznych<sup>4</sup>. Zmienne latentne<sup>5</sup> charakteryzowały się również wystarczającą rzetelnością<sup>6</sup>.

Na podstawie rezultatów obliczeń modeli strukturalnych stwierdzono, że wszystkie zmienne grupują się wokół zmiennych „dobra relacja z psychoterapeutą” i „nie dobra relacja z psychoterapeutą”, a także wokół zmiennej „bezpośrednia skuteczność terapii”

<sup>3</sup> W tym przypadku zastosowano estymator – czyli wzór, z którego uzyskana liczba szacuje wartość parametru w populacji – odporny na rozkłady odbiegające od normalnych. Był to estymator WLSMV. O ile estymator korelacji Pearsona szacuje związek liniowy między dwiema zmiennymi, o tyle estymator WLSMV jest przeznaczony do badania powiązań między wieloma zmiennymi, których rozkłady odbiegają od normalnych.

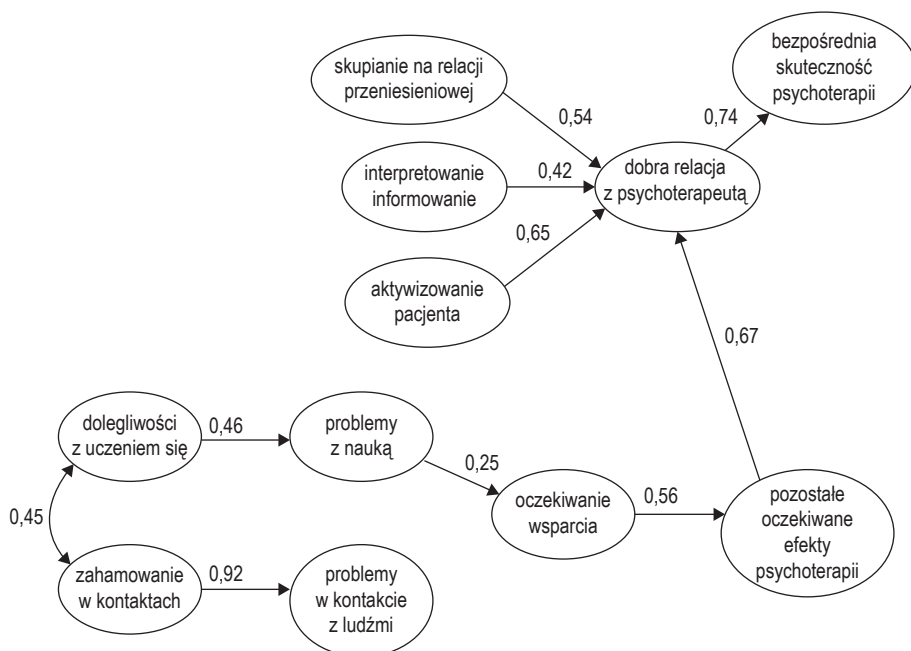
<sup>4</sup> Co ujawnia statystyka RMSEA, której wartość 0,040 jest mniejsza niż kryterium 0,08 oraz  $\chi^2/df$ , którego wartość 1,449 i 1,619 jest mniejsza niż kryterium 2,5.

<sup>5</sup> Zmienne niepodlegające bezpośredniemu pomiarowi, o których wariancji 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.

<sup>6</sup> Co wynikało z tego, że ładunki czynnikowe ( $\lambda$ ) zmiennych latentnych były dość wysokie.

(ryc. 1 i 2). Grupowanie to wykluczało wprowadzenie dwóch pierwszych zmiennych do jednego modelu, ponieważ prowadziłyby to do spadku wartości dopasowania modeli i wartości interpretacyjnej.

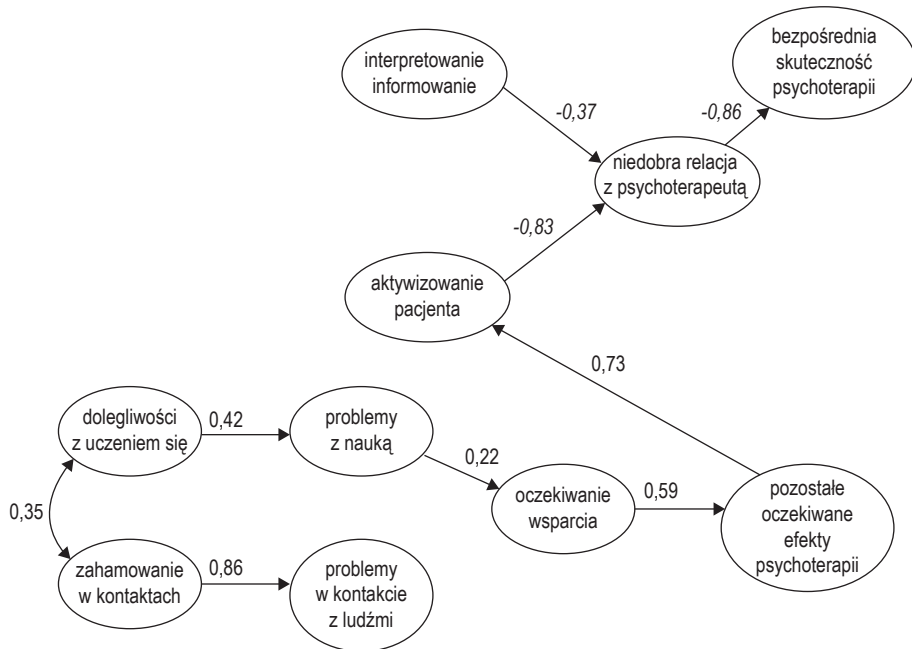
Na rycinie 1 przedstawiono model pierwszy dotyczący pacjentów, którzy uznali relację z terapeutą za dobrą i oceniali terapię jako skuteczną. Rycina 2 pokazuje wyniki modelu drugiego, w którym występują niedobra relacja z psychoterapeutą i nieskuteczna terapia.



Rycina 1. Model pierwszy – prezentujący skuteczny proces psychoterapii,  $\chi^2 = 1273,447$ ;  $df = 880$ ;  $\chi^2/df = 1,449$ ; CFI = 0,842; RMSEA = 0,040

Oba modele ujawniają, że ważną zmienną pośredniczącą między dolegliwościami i problemami pacjentów a oczekiwanymi efektami psychoterapii – w postaci zmian wewnętrznych i poznania siebie – jest „oczekiwanie wsparcia”, czyli odpoczynku, uzyskania pomocy i opieki od terapeuty czy grupy terapeutycznej oraz pomocy w trudnej sytuacji.

Związki między relacją terapeutyczną a bezpośrednią skutecznością psychoterapii są silne. W modelu pierwszym jest to związek dodatni – im bardziej pozytywna jest „relacja terapeutyczna”, tym wyższa „bezpośrednia skuteczność psychoterapii”. W modelu drugim związek między relacją psychoterapeutyczną a bezpośrednią skutecznością psychoterapii jest ujemny – im większe jest nasilenie złej „relacji psychoterapeutycznej”, tym niższa jest „bezpośrednia skuteczność psychoterapii”.



Rycina 2. Model drugi – prezentujący nieskuteczny proces psychoterapii,  $\chi^2 = 942,738$ ;  $df = 582$ ;  $\chi^2/df = 1,619$ ;  $CFI = 0,857$ ;  $RMSEA = 0,047$

Związki ujemne oznaczono kursywą (-0,37; -0,83; -0,86).

Model skutecznej psychoterapii ujawnia, że gdy pacjenci oceniali relację z psychoterapeutą jako dobrą, wskazywali również, że terapeuta ich (1) aktywizował, (2) interpretował i informował oraz (3) skupiał się na relacji przeniesieniowej. „Dobra relacja z psychoterapeutą” jest silnie dodatnio związana ze zmienną (4) „bepośrednia skuteczność psychoterapii”.

W modelu drugim – odnoszącym się do nieskutecznej psychoterapii – „nieodobra relacja z psychoterapeutą” związana jest z (1) niewielkim aktywizowaniem pacjenta, (2) niewielkim interpretowaniem i informowaniem go oraz (3) jest wysoko ujemnie skorelowana ze zmienną „bepośrednia skuteczność psychoterapii”.

## Wnioski

W przedstawionym badaniu stwierdzono istnienie związków między trzema grupami zmiennych: (1) „cechy pacjenta” przed terapią, w tym oczekiwania, z jakimi przystępował do psychoterapii, (2) „doświadczenia z przebiegu terapii” oraz (3) „bepośrednia skuteczność psychoterapii”.

Tym, co wyróżnia prezentowane badanie od znanych z piśmiennictwa z tego zakresu, jest m.in. wykrycie ważnej zmiennej mediującej – „oczekiwanie wsparcia”.



Pośredniczy ona między pozostałymi cechami pacjenta a oczekiwanymi efektami terapii. Jednakże w niniejszym badaniu stwierdzono, że związek ten dotyczy wyłącznie (dość licznej) grupy pacjentów – głównie studentów doświadczających problemów z nauką. W przypadku rezultatów osób doświadczających problemów w kontaktach z ludźmi związek ten był statystycznie nieistotny. Opisane w literaturze przedmiotu badania także prowadziły do stwierdzenia, że tylko niektóre cechy pacjenta powiązane są z oczekiwanymi efektami terapii [16].

W badaniu okazało się, że z grupą zmiennych „cechy pacjenta” przed terapią związane są zmienne z grupy „doświadczenia z przebiegu terapii”. Dwa modele ujawniły, że wśród doświadczeń ważne są te zmienne, które opisują postrzeganie przez pacjenta metod i interwencji stosowanych przez terapeutę. Interwencje terapeutyczne operacjonalizowane przez trzy zmienne latentne: (1) „aktywizowanie pacjenta”, (2) „interpretowanie i informowanie” oraz (3) „skupianie się na relacji przeniesieniowej” – na poziomie umiarkowanym i wysokim wyjaśniają zmienne „dobra” i „nie dobra relacja z psychoterapeutą”. Gdy pacjenci doświadczali, że terapeuta stosował wymienione interwencje, to relację z nim odbierali jako dobrą, czyli mieli wrażenie, że terapeuta jest zainteresowany ich problemami, oceniali, że relacja ta miała charakter partnerski. Wyniki modelu drugiego ujawniają inne zależności – dotyczą one pacjentów, którzy postrzegali własnego terapeuta jako słabo aktywizującego i interpretującego, a zarazem gorzej oceniali swoją z nim relację.

Modele nie ujawniły bezpośrednich zależności między zmiennymi „cechy pacjenta” przed terapią a „bezpośrednia skuteczność psychoterapii”. Te dwie grupy zmiennych wiążą zmienne mediujące, do których należą:

(1) „cechy pacjenta” przed terapią – w tym „oczekiwanie wsparcia” i oczekiwanie pozostałych efektów psychoterapii,

(2) „doświadczenia z przebiegu terapii”, na które składają się: (2.1) metody i techniki stosowane przez terapeutów oraz (2.2) „relacja z psychoterapeutą” – ta zmienna jest związana w obu modelach z bezpośrednią skutecznością psychoterapii. Od tego zatem, jak pacjent oceniał metody i interwencje stosowane przez terapeuta, zależało, jak odbierał relację z psychoterapeutą, a następnie jaka była według niego bezpośrednia skuteczność psychoterapii.

Prezentowany wynik jest spójny z wieloma doniesieniami z badań, które informują, że relacja terapeutyczna jest najsilniejszym predyktorem skuteczności psychoterapii [18, 21, 22, 33, 34, 41–45]. Istnieją liczne dane empiryczne dowodzące, że techniki i metody stosowane przez psychoterapeutów mają mniejsze znaczenie dla skuteczności terapii niż relacja terapeutyczna [4, 12, 14, 16, 25]. Na podstawie literatury przedmiotu nie można jednoznacznie określić, jakie metody i techniki bardziej od innych sprzyjają skuteczności psychoterapii [2]. Wyniki badań w tym zakresie są rozbieżne i niejednorodne.

Wynik badania uzyskany z użyciem modeli równań strukturalnych pozwala – jak się wydaje – tę kwestię rozstrzygnąć. Relacja terapeutyczna okazała się najsilniejszym predyktorem bezpośredniej skuteczności psychoterapii. Jednakże techniki i metody stosowane przez terapeuta także mają znaczenie. Wprawdzie nie wykryto ich bezpośrednich związków ze skutecznością psychoterapii, ale obecność technik interpreto-

wania i informowania, aktywizowania pacjenta oraz skupianie się na przeniesieniu można traktować jako metody pozwalające pacjentom odczuć, że psychoterapeuta jest zainteresowany ich problemami, chce im pomóc. Model drugi pokazuje, że brak interpretowania doświadczeń pacjenta i informowania go oraz nieaktywizowanie go łączą się z niedobłą relacją terapeutyczną, która jest negatywnie związana z bezpośrednią skutecznością psychoterapii.

Podsumowując: badanie ujawniło, że wiele czynników ma znaczenie dla bezpośredniej skuteczności psychoterapii, ale tylko relacja terapeutyczna jest związana z jej bezpośrednią skutecznością. Aby pacjent odbierał relację terapeutyczną jako dobrą, powinny wystąpić specyficzne techniczne działania psychoterapeuty umożliwiające jej zaistnienie.

Uzyskane w niniejszym badaniu wyniki – z zastosowaniem matematycznego modelu o charakterze empirycznym – wymagają dalszej weryfikacji w badaniach przeprowadzonych z innymi grupami pacjentów.

### Piśmiennictwo

1. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
2. Prochaska JO, Norcross JO. *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2006.
3. Grzesiuk L. red. *Psychoterapia. Badania i szkolenie*. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2006.
4. Cooper M. *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2010.
5. Rakowska JM. *Wyniki badań nad skutecznością psychoterapii podsumowane w metaanalizach*. W: Grzesiuk L. red. *Psychoterapia. Badania i szkolenie*. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2006. s. 83–100.
6. Aranowska E. *Pomiar ilościowy w psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2005.
7. Bartholomew DJ, Steele F, Moustaki I, Galbraith JI. *Analysis of multivariate social science data*. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC Press; 2008.
8. Hair JJ, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. New Jersey: Upper Saddle River; 2006.
9. Heck RH, Thomas SL. *Introduction to multilevel modeling techniques*. New York: Routledge; 2009.
10. Szymańska A. *Założenia formalne modeli weryfikowanych przy pomocy układów równań strukturalnych*. *Studia Psychologica*. [w druku].
11. Kinnear PR, Gray CD. *SPSS 15 made simple*. Hove–New York: Psychology Press Taylor & Francis Group; 2008.
12. Mander J, Wittorf A, Klingberg S, Teufel M, Zipfel S, Sammet I. *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*. 2014; 24(2): 122–137.

13. Ward A, Wood B, Awal M. *A naturalistic psychodynamic psychotherapy study: Evaluating outcome with a patient perspective*. British Journal of Psychotherapy 2013; 29(3): 292–314.
14. Lutz W, Lambert MJ, Harmon SC, Tschitsaz A, Schürch E, Stulz N. *The probability of treatment success, failure and duration – What can be learned from empirical data to support decision making in clinical practice?* Clin. Psychol. Psychot. 2006; 13: 223–232.
15. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. red. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2004.
16. Constantino MJ, Penek S, Bernecker SL, Overtree CE. *A preliminary examination of participant characteristics in relation to patients' treatment beliefs in psychotherapy in a training clinic*. Journal of Psychotherapy Integration 2013; 24(3): 238–250.
17. Grzebiuk L. *Badania nad psychoterapią prowadzoną w Akademickim Ośrodku Psychoterapii*. W: Grzebiuk L. red. *Psychoterapia. Badania i szkolenie*. Warszawa: Eneteia; 2006. s. 333–350.
18. Patterson CL, Anderson T, Wei C. *Clients' pretreatment role expectations, the therapeutic alliance, and clinical outcomes in outpatient therapy*. J. Clin. Psychol. 2014; 70(7): 673–680.
19. Huang T, Hill C, Gelso C. *Psychotherapy engagers versus non-engagers: Differences in alliance, therapist verbal response modes, and client attachment*. Psychother. Res. 2013; 23(5): 568–577.
20. Karlina BE, Walserc RD, Yesavage J, Zhangd A, Trockeld M, Taylord CB. *Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: Comparison among older and younger veterans*. Aging Ment. Health 2013; 17(5): 555–563.
21. Dinger U, Strack M, Leichsenring F, Schauenburg H. *Influences of patients' and therapists' interpersonal problems and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy*. Psychother. Res. 2007; 17(2): 149–161.
22. Hersoug AG, Høglend P, Gabbard GO, Lorentzen S. *The combined predictive effect of patient characteristics and alliance on long-term dynamic and interpersonal functioning after dynamic psychotherapy*. Clin. Psychol. Psychot. 2013; 20: 297–307.
23. Andrusyna TP, Tang TZ, DeRueis RJ, Luborsky L. *The factor structure of the Working Alliance Inventory in cognitive-behavioral therapy*. J. Psychother. Pract. Res. 2001; 10: 173–178.
24. Bordin ES. *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice. 1979: 252–260.
25. Cierpiałkowska L, Czabała C. *Psychoterapia indywidualna i grupowa*. W: Sęk H. red. *Psychologia kliniczna*, tom 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2013. s. 269–298.
26. Gelso CJ, Carter JA. *Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment charles*. J. Couns. Psychol. 1994; 41(3): 296–306.
27. Gelso CJ. *Real relationship. The time has come: The real relationship in psychotherapy research*. Psychother. Res.. 2009; 19(3): 278–282.
28. Tsai M, Ogrodniczuk JS, Sochting I, Mirmiran J. *Forecasting success: Patients' expectations for improvement and their relations to baseline, process and outcome variables in group cognitive-behavioural therapy for depression*. Clin. Psychol. Psychot. 2014; 21: 97–107.
29. Elkin I, Ainbinder A, Park S, Yamaguchi J. *Positive aspects of patients' state: A measure for assessing outcome and predicting follow-up of treatment for depression*. Psychother. Res. 2006; 16(5): 550–565.
30. Bachelor A. *Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome*. Clin. Psychol. Psychot. 2013; 20: 118–135.
31. Botella L, Corbella S, Belles L, Pacheco M, Gomez AM, Herrero O i wsp. *Predictors of therapeutic outcome and process*. Psychother. Res. 2008; 18(5): 535–542.

32. Ackerman SJ, Hilsenroth MJ, Baity MR, Blagys MD. *Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment*. J. Pers. Assess. 2000; 75(1): 82–109.
33. Gullo S, Lo Coco G, Gelso C. *Early and later predictors of outcome in brief therapy: The role of real relationship*. J. Clin. Psychol. 2012; 68(6): 614–619.
34. Hall AM, Ferreira PH, Maher CC, Latimer J, Ferreira ML. *The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: A systematic review*. Phys. Ther. 2010; 90(8): 1099–1110.
35. Saunders SM, Howard KI, Orlinsky DE. *The therapeutic bond scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness*. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology 1989; 1(4): 323–330.
36. Wettersten KB, Lichtenberg JW, Mallinckrodt B. *Associations between working alliance and outcome in solution-focused brief therapy and brief interpersonal therapy*. Psychother. Res. 2005; 15(1–2): 35–43.
37. McElvaney J, Timulak L. *Clients' experience of therapy and its outcomes in "good" and "poor" outcome psychological therapy in a primary care setting: An exploratory study*. Counselling and Psychotherapy Research 2013; 13(4): 246–253.
38. Gelso CJ, Palma B, Bhatia A. *Attachment theory as a guide to understanding and working with transference and the real relationship in psychotherapy*. J. Clin. Psychol. 2013; 69(11): 1160–1171.
39. Karver M, Shirk S, Handelsman JB, Fields S, Crisp H, Gudmundsen G i wsp. *Relationship processes in youth psychotherapy measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement*. J. Emot. Behav. Disord. 2008; 16(1): 15–28.
40. Gellhaus TSE, Werner-Wilson RJ, Murphy MJ. *Influence of therapist and client behaviors on therapy alliance*. Contemporary Family Therapy 2005; 27(1): 19–35.
41. Fluckiger C, Holtforth MG, Znoj HJ, Caspar F, Wampold BE. *Is the relation between early post-session reports and treatment outcome an epiphenomenon of intake distress and early response? A multi-predictor analysis in outpatient psychotherapy*. Psychother. Res. 2013; 23(1): 1–13.
42. Zeeck A, Hartmann A. *Relating therapeutic process to outcome: Are there predictors for the short-term course in anorexic patients?* Eur. Eat. Disord. Rev. 2005; 13: 245–254.
43. Owen J, Smith A, Rodolfa E. *Clients' expected number of counseling sessions, treatment effectiveness, and termination status: Using empirical evidence to inform session limit policies*. Journal of College Student Psychotherapy 2009; 23: 118–134.
44. Weitz LJ, Abramowitz SI, Steger JA, Calabria FM, Conable M, Yarus G. *Number of sessions and client-judged outcome: the more the better?* Psychotherapy: Theory, Research, and Practice 1975; 12(4): 337–340.
45. Saunders SM. *Clients' assessment of the affective environment of the psychotherapy session: Relationship to session duality and treatment effectiveness*. J. Clin. Psychol. 1999; 55(5): 597–605.
46. Frovenholt J, Bragesjo M, Clinton D, Sandell R. *How do experiences of psychiatric care affect the perceived credibility of different forms of psychotherapy?* Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice 2007; 80: 205–215.
47. Jonkisz A. *Ciągłość teoretycznych wytworów nauki. Ujęcie strukturalne*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 1998.
48. Gajda J. *Modele strukturalne w naukach społecznych*. W: Aranowska E. red. *Wybrane problemy metodologii badań*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 1992. s. 100–132.

49. Fila U. *Badania katamnastyczne nad psychoterapią. Związek między problematyką pacjenta, procesem psychoterapeutycznym a efektami psychoterapii*. Niepublikowana praca magisterska. Warszawa: Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski; 1993.
50. Lenkiewicz M. *Badania katamnastyczne nad psychoterapią. Związek pomiędzy problematyką pacjenta, przebiegiem procesu psychoterapeutycznego a efektami psychoterapii*. Niepublikowana praca magisterska. Warszawa: Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski; 1992.

Adres: Agnieszka Szymańska  
Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego  
01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3 bud. 14

Otrzymano: 11.02.2016  
Zrecenzowano: 29.03.2016  
Otrzymano po poprawie: 30.03.2016  
Przyjęto do druku: 1.04.2016