

TERESA BERNADETTA KULIK, ANNA BIENIARZ, ANNA PACIAN,
MARIOLA JANISZEWSKA-GRZYB

Motywacja pacjenta do udziału w psychoterapii

Streszczenie

Motywacja pacjenta do podjęcia leczenia stanowi jedną z kluczowych kwestii branych pod uwagę przy kwalifikacji chorego do psychoterapii. Silnie zmotywowani pacjenci osiągają lepsze wyniki podczas leczenia farmakologicznego, jak również czynią większe postępy w toku procesu psycho-terapeutycznego niż ci niezmotywowani.

Praca stanowi przegląd dostępnej literatury na temat motywacji do podejmowania leczenia, głównie psycho-terapii, u pacjentów psychiatrycznych oraz osób poszukujących fachowej pomocy w rozwiązywaniu własnych kłopotów natury psychicznej. Szczególny nacisk został położony na takie aspekty jak:

- motywacja do pozbycia się dokuczliwych objawów,
- obawy przed konsekwencjami leczenia psychiatrycznego lub zasięgnięcia pomocy u psychologa lub psychoterapeuty,
- gotowość do poznawania przyczyn choroby lub zaburzenia psychicznego,
- zewnętrzne naciski na podjęcie leczenia,
- gotowość do zmian,
- oczekiwanie korzyści wtórnych z choroby,
- zaprzeczanie istnieniu choroby lub zaburzenia psychicznego.

Przedstawiono także wyniki najnowszych badań traktujących o wybranej tematyce. W pracy podjęto dyskusję nad przedstawionymi wynikami badań.

Słowa kluczowe: motywacja pacjenta, psychoterapia, pacjent psychiatryczny.

Patient's motivation to participate in psychotherapy

Summary

Patient's motivation for starting the therapy is one of the key points considered for qualifying the patient for psychotherapy. Strongly motivated patients get better results during pharmacological treatment and also make more progress in the course of psychotherapy process as compared to not motivated ones.

The study is an overview of accessible literature on motivation for starting therapy, mainly psychotherapy in psychiatric patients and in subjects seeking professional help in solving their psychical problems. A special emphasis has been put to the following aspects:

- motivation for getting rid of annoying symptoms
- concern about the consequences of psychotherapy or getting help from psychologist or psychotherapist
- readiness for learning the causes of disease or mental disorder
- external forces for starting therapy
- readiness for changes
- expecting secondary advantages from the disease
- denying of the disease or mental disorder.

Also the results of the recent research in this field have been presented. The study discusses the presented results of research.

Key words: patient's motivation, psychotherapy, psychiatric patient.

Motywacja pacjenta do podjęcia leczenia stanowi jedną z kluczowych kwestii branych pod uwagę przy kwalifikacji chorego do psychoterapii. Silnie zmotywowani pacjenci osiągają lepsze wyniki podczas leczenia farmakologicznego, jak również czynią większe postępy w toku procesu psychoterapeutycznego, niż ci niezmotywowani.

Istnieje wiele definicji terminu motywacja. Łukaszeński twierdzi, że motywacja odnosi się do wszelkich mechanizmów odpowiedzialnych za uruchomienie, ukierunkowanie, podtrzymanie i zakończenie zachowania. Dotyczy ona zarówno mechanizmów zachowań prostych, jak i złożonych, zarówno mechanizmów wewnętrznych, jak i zewnętrznych, afektywnych i poznawczych [1].

Celem pracy jest przegląd dostępnej literatury na temat motywacji do podejmowania leczenia, głównie psychoterapii, u pacjentów psychiatrycznych oraz osób poszukujących fachowej pomocy w rozwiązywaniu własnych kłopotów natury psychicznej.

Według innego teoretyka *motywacja to proces psychicznej regulacji dzięki któremu formują się dążenia. Funkcją dążeń jest sterowanie czynnościami człowieka w taki sposób, aby doprowadzały one do określonego, zgodnego z intencją efektu, czyli celu* [2].

Ogólnie można by więc przyjąć, iż motywacja jest stanem gotowości człowieka do podjęcia określonego działania na skutek niezaspokojenia jakiejś potrzeby. Na motywację składa się zespół procesów psychicznych i fizjologicznych określających podłoże zachowania człowieka, jak również wszelkiego rodzaju zmian w tym zachowaniu.

W literaturze spotkano się z *następującymi rodzajami motywacji*: wewnętrzna, zewnętrzna świadoma, nieświadoma, motywacja osiągnięć, motywacja związana z obrazem własnej osoby, motywacja samoaktualizacji, motywacja do przywracania/zaburzenia równowagi, motywacja oparta na strachu/nadziei, motywacja zadaniowa, motywacje symultaniczne, motywacje hierarchiczne, motywacje afiliacyjne, motywacje autoprezentacyjne, motywacja aksjologiczna, motywacja allocentryczna [1-4].

RODZAJE MOTYWACJI A PSYCHOTERAPIA

Można wyróżnić następujące *rodzaje motywacji wiążące się z procesem psychoterapeutycznym*: motywacja do udziału w terapii, motywacja do przychodzenia na sesje, motywacja do wglądu, motywacja do zmiany, motywacja do opieki, motywacja do uzyskania renty, motywacja do pozbycia się objawów [5]. Wszystkie wymienione powyżej rodzaje motywacji składają się na motywację do leczenia – czyli podjęcie przez odczuwającego uciążliwe objawy człowieka konkretnych działań zmierzających do rozpoczęcia terapii ze specjalistą. Niektórzy autorzy przestrzegają, aby nie stawiać znaku równości pomiędzy motywacją do leczenia i motywacją do wyleczenia się, dążeniem do zdrowia [6]. Chęć uzyskania zdrowia nie oznacza bynajmniej pełnej gotowości do znoszenia wszystkich uciążliwości związanych z dochodzeniem do wglądu we własne problemy czy gotowości do zmiany dysfunkcyjnych przekonań lub też modyfikacji nieprawidłowych sposobów przeżywania, radzenia sobie z trudnymi i frustrującymi sytuacjami życiowymi. Zazwyczaj motywy kierujące pacjentem, skłaniające go do podjęcia się leczenia, nie są przez niego w pełni uświadomione [6]. Podobnie podawane przez pacjenta przyczyny jego dolegli-

wości nie pokrywają się z rzeczywistymi powodami, które nakłoniły go do odwiedzenia gabinetu terapeutycznego.

Nierzadko przyczyną zgłoszenia się chorego na psychoterapię bywa nacisk osób z jego otoczenia, rodziny, partnera, znajomych, przełożonego z pracy czy wreszcie nakaz sądowy. Decyzja o leczeniu, podjęta na wyraźne życzenie osób z otoczenia chorego, często ma miejsce w przypadku osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, alkoholu, pacjentów z zaburzeniami osobowości [7]. Motywacja tego rodzaju stanowi niezwykle utrudnienie w rozpoczęciu i kontynuowaniu psychoterapii. Grzesiuk zauważa, iż osoba zmuszona do leczenia może grać przed terapeutą rolę „dobrego pacjenta”, stwarzając pozory udanej współpracy oraz manipulując lekarzem lub psychologiem przez pewien czas, aż jej postawa nie zostanie zdemaskowana [8].

Kolejnym elementem utrudniającym leczenie jest *oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z choroby*. Zyskanie zainteresowania terapeuty, współpacjentów własną osobą może zaspokajać różnorodne potrzeby, poczynając od potrzeb kontaktu, a na potrzebach narcystycznych kończąc. Szczególnie wyraziście rysuje się w tym miejscu rozróżnienie pomiędzy motywacją do udziału w psychoterapii, a gotowością do podejmowania zmian w trakcie jej trwania. Pacjent przejawiający dobrą motywację do uczestniczenia w psychoterapii może oczekiwać, iż udział w leczeniu będzie potwierdzeniem istnienia jego choroby, a tym samym podstawą do zwolnienia go z wielu uciążliwych obowiązków. Gotowość do dokonywania zmian w sposobie przeżywania, myślenia, postępowania jest jedną z ważniejszych cech stanowiących o sukcesie w leczeniu pacjentów rozpoczynających psychoterapię. Wydaje się, iż „chęć do zmian”, połączona z odpowiednią motywacją do udziału w psychoterapii, ma decydujące znaczenie w osiągnięciu poprawy.

Motywacja do podejmowania leczenia „traci na znaczeniu” już po kilku spotkaniach, na rzecz motywacji do „przychodzenia na sesje” lub „motywacji do pozostania w terapii” [5, 7]. Najistotniejsze stają się wtedy stopień nasilenia dolegliwości i relacja z terapeutą lub grupą psychoterapeutyczną. W sytuacji gdy dolegliwości pacjenta ulegną znacznemu zmniejszeniu, a związek z terapeutą lub grupą terapeutyczną nie jest zbyt silny, może nastąpić rezygnacja z dalszego leczenia. Doświadczana przez pacjenta wczesna poprawa objawowa, następująca w wyniku uzyskiwania wglądu we własne problemy, może zwiększać motywację do korzystania z psychoterapii. Zrozumienie przyczyny powstawania objawów prowadzi do poczucia kontroli nad sobą i swoją sytuacją.

Nasilenie objawów w początkowym okresie leczenia *wzmacnia motywację do psychoterapii*, lecz utrzymywanie się ich w dalszym czasie trwania leczenia wpływa na osłabienie motywacji, ujawniające się w budzących się wątpliwościach dotyczących przychodzenia na spotkania z terapeutą. Pozytywne emocje wynikające z kształtującego się związku terapeutycznego „zagłuszają” wahania pacjenta i wpływają na utrzymywanie się motywacji na wysokim poziomie. Podobne działanie ma spójność grupy terapeutycznej. Czasem pojawia się zagrożenie wytworzenia się zbyt dużej zależności od grupy terapeutycznej czy od spotkań z terapeutą indywidualnym. Sytuacja taka stwarza szczególnie trudności w końcowej fazie leczenia, gdy pacjent powinien zwiększać własną autonomię i funkcjonować prawie samodzielnie.

Znaczne nasilenie objawów w czasie leczenia może przyczynić się do zerwania przymierza terapeutycznego. Stąd też sugeruje się, iż terapeuta powinien poinformować pacjenta na wstępie terapii, iż może dojść u niego do eskalacji objawów.

Jak wynika z przedstawionych powyżej uwag, *współpraca między terapeutą i pacjentem* ma kolosalne znaczenie dla rozpoznawania i kontrolowania poziomu motywacji podczas całego leczenia.

MOTYWACJA A DOBÓR PACJENTA DO PSYCHOTERAPII

Motywacja pacjenta do podjęcia leczenia stanowi jedną z kluczowych kwestii branych pod uwagę przy kwalifikacji chorego do psychoterapii. Silnie zmotywowani pacjenci osiągają lepsze wyniki podczas leczenia farmakologicznego, jak również czynią większe postępy w toku procesu psychoterapeutycznego niż ci niezmotywowani.

Istnieją różnice zdań co do wagi przykładanej do poziomu motywacji u pacjenta przed rozpoczęciem leczenia. Niektórzy praktycy sądzą, iż niski poziom motywacji do leczenia dyskwalifikuje pacjenta do podjęcia psychoterapii. Swój pogląd argumentują tym, iż niezmotywowany pacjent stawia silny opór wobec zmian, wyrażający się między innymi milczeniem w terapii, odmawianiem współpracy nad analizowaniem istotnych kwestii dotyczących jego życia, jak również kierowaniem uwagi terapeuty na tematy niewiele wnoszące do procesu dokonywania przemian w sposobie przeżywania, zachowania i modyfikowania błędnych schematów poznawczych.

Inni natomiast uważają, że *niski poziom motywacji pacjenta nie stanowi wystarczającej podstawy do wykluczenia go z leczenia psychoterapeutycznego*. Twierdzą oni, iż niewielka motywacja może być podwyższona przy zastosowaniu określonych technik i metod postępowania. Gottschalk, Kernberg i Liebermann wnioskują, iż na motywację do podejmowania zmian w psychoterapii ma wpływ poziom depresji [9]. Wyższy poziom depresji obniża motywację pacjenta do podejmowania leczenia. Podobną rolę odgrywa natężenie objawów paranoidalnych [1, 10].

Ogólnie przyjmuje się, iż *czynnikiem motywującym pacjentów* do zmiany własnych wadliwych wzorców postępowania, a w związku z tym do czynnego poszukiwania fachowej pomocy, jest *cierpienie psychiczne*. Mohr wyróżnił dwie kategorie cierpienia psychicznego. Pierwszą z nich stanowi cierpienie związane z indywidualnymi trudnościami konkretnej jednostki, natomiast druga to cierpienie wynikające z niepowodzeń w sferze kontaktów interpersonalnych. Na podstawie przeprowadzonych przez niego badań wynika, iż osoby nieuzyskujące widocznych efektów w trakcie psychoterapii przejawiały słabszą motywację do podejmowania zmian w sobie, jak również cechowały się niskim poziomem cierpienia związanego z indywidualnymi problemami oraz niskim poziomem cierpienia wywodzącego się z kłopotów w relacjach międzyludzkich [11]. Pacjenci, których stan się pogorszył po psychoterapii, przejawiali niski poziom cierpienia wiążącego się z kłopotami intrapsychoicznymi, a wysoki poziom cierpienia dotyczącego tworzenia relacji z innymi. Osoby, u których odnotowano znaczną poprawę w trakcie psychoterapii, charakteryzował wysoki poziom cierpienia wynikającego z problemów indywidualnych w początko-

wej fazie leczenia. Wysoki poziom cierpienia związanego z trudnościami interpersonalnymi był wiązany zarówno za zmianami w kierunku pozytywnym, jak i ze zmianami negatywnymi (pogorszenie zdrowia psychicznego podczas psychoterapii).

CZYNNIKI POZYTYWNE WPŁYWAJĄCE NA MOTYWACJĘ

Wśród czynników, *pozytywnie wpływających na motywację pacjenta przed podjęciem leczenia*, Simon (2004) wyróżnia: poczucie konieczności, zdolność do identyfikacji problemu, gotowość do konfrontowania problemu, gotowość do przeżywania lęku i niepewności, gotowość do wysiłku, nadzieja, realistyczne oczekiwania, wsparcie społeczne, pragnienie zmiany siebie, inne [5].

Tryjarska (2000), wśród czynników pozytywnie wpływających na *motywację pacjenta do przychodzenia na kolejne sesje psychoterapeutyczne* w terapii grupowej, wyróżnia następujące: wzbudzenie nadziei, poczucie podobieństwa, dostarczanie wiedzy, informacji, altruizm, korektywne odzwierciedlanie rodziny pierwotnej, uczenie umiejętności społecznych, naśladowanie, interpersonalne uczenie, spójność grupy, odreagowanie (katharsis), czynnik egzystencjalny [12].

PRACA NAD NISKĄ MOTYWACJĄ U PACJENTA

Niski poziom motywacji u pacjenta często wyraża się poprzez ujawniany przez niego opór w terapii. W terapii ukierunkowanej psychoanalitycznie pacjent ma kłopoty z przypomnieniem sobie treści własnych marzeń sennych, ma trudności w tworzeniu skojarzeń itp. Natomiast w terapii poznawczej widoczna jest niechęć do wykonywania zadań domowych lub innych aktywności, których wykonanie wiąże się z własną pracą pacjenta.

Potoczek (1996) wskazuje *następujące metody, mające na celu poprawienie motywacji pacjenta w czasie sesji terapeutycznych*: 1) psychoedukacja dotycząca istoty zaburzeń pacjenta i procesu terapii; 2) metoda sokratejska; 3) nakłanianie pacjenta do podejmowania samodzielnych wyborów; 4) uczenie współpracy i zawierania ustępstw; 5) przegląd argumentów za i przeciw; 6) empatia w odpowiedzi na opór pacjenta; 7) omówienie wspólnie z pacjentem hipotezy poznawczej; 8) próba użycia „języka” pacjenta; 9) nacisk na decydowanie pacjenta o sobie; 10) łagodny nacisk w sytuacji, gdy pacjent nie podąża za wymaganiami terapii [13].

Psychoedukacja jest szczególnie ważna w przypadku pacjentów trafiających po raz pierwszy na terapię poznawczą, nastawioną na modyfikację wadliwych i dysfunkcyjnych przekonań. Natomiast wiedza pacjenta o jego chorobie bywa uważana za pomocną, uwrażliwiającą i nakierowującą uwagę pacjenta na pojawiające się u niego objawy oraz kojarzenia ich z określonymi problemami życiowymi.

Metoda sokratejska polegająca na zadawaniu pytań służących aktywizacji sfery intelektualnej i emocjonalnej pacjenta, ma także wzbudzać jego ciekawość poznawczą. Pozwala na łączenie z sobą faktów w sposób odmienny od dotychczas stosowanego i wyciągania samodzielnych wniosków. Metoda ta jest szczególnie polecana w pracy z pacjentami ceniącymi sobie autonomię, a dyrektywność terapeuty postrzegającymi jako zagrożenie dla własnej osoby.

Podobną rolę pełni kolejna metoda, umożliwiająca pacjentowi wybór tematyki pojawiającej się na sesjach oraz zgoda na wyznaczanie przez chorego kierunku rozwoju poszczególnych spotkań terapeutycznych. Jednakże konieczność ogólnej strukturyzacji sesji oraz wytyczanie odpowiednich granic czasowych terapii zmusza terapeutę i pacjenta do poszukiwania *kompromisu* satysfakcjonującego obydwie strony. Przyjrzenie się wszystkim argumentom „za” i „przeciw” zmianie oraz jej brakowi staje się możliwe przy dokładnej analizie błędnych przekonań pacjenta, powodujących opór podczas terapii. Zazwyczaj okazuje się, iż u podstaw wadliwych schematów poznawczych leży silna obawa przed zmianą, rozumiana jako niebezpieczeństwo dla struktury tożsamości pacjenta. Już samo zwerbalizowanie wstrzymujących zmianę przekonań wpływa na zmniejszenie ich siły. Sposobem poprawiania motywacji pacjenta jest także dyskusja nad odległymi konsekwencjami braku zmiany, co ma wpływać mobilizująco na chorego. *Empatia wyrażana wobec oporu pacjenta* jest jawnym sygnałem szacunku dla odmienności i indywidualności ludzkiej. Akceptacja trudności pacjenta z jednoczesnym omawianiem możliwych przyczyn oporu wpływa na wzrost zaufania do terapeuty, wywołując u chorego motywację ku zmianom w toku procesu terapeutycznego.

Dyskusja nad problemami pacjenta przejawiającego niski poziom motywacji powinna uwzględniać *hipotezę poznawczą* – czyli przekonania pacjenta o samym sobie, świecie i przyszłości, strategie kompensacyjne i trudności w radzeniu sobie oraz konkretne przykłady sytuacji, w których wymienione czynniki wpływają na zachowanie chorego.

Posługiwanie się *rozumiałym, dostosowanym do poziomu intelektualnego pacjenta językiem* zmniejsza dystans oddzielający obu uczestników terapii. Dopuszczalne jest również posługiwanie się technikami angażującymi wyobraźnię (np. metafory) celem omawiania zagrażających dla chorego tematów.

Przyjmowanie odpowiedzialności za własne postępowanie ze strony pacjenta powinno być priorytetowym celem każdej terapii. Technika wspomagająca wzrost refleksyjności i odpowiedzialności pacjenta jest prośba prowadzenia dzienniczka, w którym zapisuje on postępy w terapii. Sugeruje się także systematyczne zapisywanie magnetofonowe lub z użyciem techniki wideo przebiegu każdej sesji, a następnie udostępnianie kaset ze spotkań pacjentowi.

Zdarzają się sytuacje, w których chory na wszelkie zadane mu pytanie odpowiada: „nie wiem”. W takich przypadkach warto *posłużyć się jednym ze wzorcowych twierdzeń* w stylu: „Nie musi pan wiedzieć na pewno. Możemy wspólnie zastanowić się nad tym, co pan podejrzewa”; „Czy to, że pan nie wie, nie oznacza raczej, że nie chce pan zająć się tą sprawą?” itp.

Schematy poznawcze są silnie związane z emocjami, stąd też warto zastanowić się nad włączeniem do terapii elementów psychodramy, dzięki której pacjent będzie mógł, odgrywając sytuacje z przeszłości, uporządkować uczucia towarzyszące kluczowym momentom z jego życia.

ELEMENTY WPŁYWAJĄCE NA SUKCES W TERAPII

Według niektórych psychoterapeutów (Aleksandrowicz, Bierzyński i wsp., 1986) *najważniejszymi zmianami decydu-*

jącymi o sukcesie terapii u pacjentów nerwicowych są: zmniejszenie ilości i intensywności zaburzeń nerwicowych, korekta nieprawidłowości w osobowości pacjenta oraz subiektywne poczucie zdrowia [14].

Wydaje się, iż jednym z ważniejszych elementów branych pod uwagę przy ocenie skuteczności leczenia jest subiektywne znaczenie procesu psychoterapii dla jej uczestników – paradygmat badań nad psychoterapią, który pojawił się w latach 90. XX wieku [15]. Elliot i James (1989) wymieniają następujące *badane obszary i kategorie przeżyć klientów w trakcie psychoterapii w ramach „subiektywnego znaczenia procesu psychoterapii dla pacjenta” (SZPPP)* [16]:

- I Przeżycia dotyczące własnego „ja”
 - a) intencje lub zadania klienta,
 - b) uczucia lub stany emocjonalne klienta,
 - c) styl ustosunkowywania się (postawy) do terapeuty,
 - d) centralne problemy klienta.
- II Przeżycia dotyczące terapeuty
 - a) spostrzeganie przez klienta intencji i działań terapeuty,
 - b) percepcja uczuć terapeuty i jego stylu odnoszenia się.
- III Przeżycia dotyczące terapii
 - a) wpływ terapeutyczny, zadowolenie lub wynik
 - ogólna użyteczność lub ogólne zadowolenie,
 - wpływy terapeutyczne związane z zadaniami lub rozwiązywaniem problemów,
 - wpływy terapeutyczne – interpersonalno-afektywne,
 - zmiany związane z leczeniem;
 - b) spostrzegane pomocne aspekty terapii
 - aspekty interpersonalne,
 - aspekty zadaniowe.

Orlinsky i Howard (za: Mroziak, 1992) przeanalizowali szereg badań, w których dostrzegli następujące czynniki wpływające na pozytywny wynik końcowy terapii:

1. **Postawa pacjenta** (obronność/otwartość), od której zależy jego „chłonność” terapeutyczna
2. **Związek terapeutyczny**: wzajemna afirmacja, ciepło i akceptacja pacjenta i terapeuty
3. **Percepcja terapeuty i terapii przez pacjenta**: zaangażowanie terapeuty, jego pewność siebie i wiarygodność, autentyczność oraz spostrzegane przez pacjenta podobieństwo do terapeuty
4. **Zaangażowanie pacjenta w pracę terapeutyczną**: stwierdzono, że wynik terapii jest lepszy, jeśli pacjent więcej mówi podczas terapii, w większym stopniu przyjmuje na siebie odpowiedzialność, dokonuje autoeksploracji, bardziej koncentruje się na swoich problemach podczas sesji, jest bardziej ekspresyjny i ma **wysoką motywację**
5. **Nacisk na przeżycia emocjonalne pacjenta podczas sesji**: wynik terapii jest lepszy, jeśli pacjent i terapeuta podczas sesji koncentrują się na emocjach pacjenta lub jego reakcjach przeniesieniowych, jeśli wystąpiło rozładowanie emocjonalne (katharsis) oraz jeśli na początku terapii ujawniły się negatywne emocje pacjenta [17].

PODSUMOWANIE

Jak wynika z przedstawionego zarysu problematyki dotyczącej motywacji pacjenta do psychoterapii, brak jest jednoznacznego stanowiska w tej sprawie. Powszechnie twierdzi się, iż motywacja pacjenta odgrywa ważną rolę

w przewidywaniu sukcesów leczenia. U mniej zmotywanych pacjentów szczególnego znaczenia nabiera praca nad niską motywacją na wstępnym etapie leczenia. Trudno jednak sugerować się dokładnymi wytycznymi w ocenie chęci do leczenia zgłaszającego się do nas pacjenta. Najważniejszą kwestią wydaje się być doświadczenie i szczególne umiejętności interpersonalne u terapeuty.

PIŚMIENNICTWO

1. Łukaszeński W. Motywacja w najważniejszych systemach teoretycznych. W: Psychologia. Podręcznik akademicki. Gdańsk: GWP; 2000.
2. Reykowski J. Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość. Warszawa: PWN; 1992.
3. Doliński D, Łukaszeński W. Mechanizmy leżące u podstaw motywacji. W: Psychologia. Podręcznik akademicki. Gdańsk: GWP; 2000.
4. Doliński D. Inni ludzie w procesach motywacyjnych. W: Psychologia. Podręcznik akademicki. Gdańsk: GWP; 2000.
5. Simon W. Motywacja do psychoterapii jako czynnik wpływający na wyniki leczenia psychoterapią behawioralno-poznawczo-społeczną w Klinice Nerwic IPiN [praca doktorska]. Warszawa: IPiN; 2004.
6. Aleksandrowicz JW, Czabała Cz. Psychoterapia. W: Psychiatria. Terapia, zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne. Wrocław: Urban & Partner; 2003.
7. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia. Warszawa: PZWL; 2000.
8. Grzesiuk L, (red.). Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy. Warszawa: PWN; 2000.
9. Liebermann MA, Yalom ID, Miles MB. Encounter Groups, first facts. New York: Basic Books; 1973.
10. Horowitz L. Clinical prediction in psychotherapy. New York: Jason Aronson; 1974.
11. Mohr DC, Beutler LE, Engle D, Shoham-Salomon V, Bergan J, Kaszniak AW, Yost EB. Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* 1990;58(5):622-8.
12. Tryjarska B. Psychoterapia grupowa. W: Grzesiuk, (red.). Psychoterapia. Warszawa: PWN; 2000.
13. Potoczek A. Trudne momenty w procesie psychoterapii poznawczej. *Psychoterapia.* 1996;97:53-68.
14. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak J, Trzcieniecka A, Zgud J. Skuteczność niektórych form i metod psychoterapii nerwic. *Psychoterapia.* 1986;53:5-16.
15. Zwoliński M. Subiektywne znaczenie procesu psychoterapii dla pacjenta: paradygmat i metody badania. *Psychoterapia.* 1992;83:33-43.
16. Elliot R, James E. Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review.* 1989;9: 443-67.
17. Mroziak B. Orlinsky'ego i Howarda ogólny model psychoterapii. *Psychoterapia.* 1992;81:19-25.

Informacja o Autorach

Prof. zw. dr hab. n. med. TERESA BERNADETTA KULIK – Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, kierownik, dr n. med. ANNA PACIAN – adiunkt, mgr MARIOLA JANISZEWSKA-GRZYB – asystent, mgr ANNA BIENIARZ – doktorant, Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Adres do korespondencji

Dr n. med. Anna Pacian
Katedra Zdrowia Publicznego
ul. Chodźki 1, 20-092 Lublin