

RELACJA TERAPEUTYCZNA — CO NA NIĄ WPŁYWA I JAK ONA WPŁYWA NA PROCES PSYCHOTERAPII?

THERAPEUTIC RELATIONSHIP — WHAT INFLUENCES IT AND HOW DOES IT INFLUENCE ON THE PSYCHOTHERAPY PROCESS?

Katarzyna Sass-Stańczak, Jan Czesław Czabała

Instytut Psychologii Stosowanej Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

Dyrektor: dr hab. prof. APS Barbara Weigl

**therapeutic relationship
psychotherapy process
alliance
neurobiology**

Autorzy przedstawiają wyniki badań dotyczących identyfikowania czynników zawiadujących skutecznością oddziaływań psychoterapeutycznych. Wśród nich szczególną rolę pełni relacja terapeutyczna, której aspekty są przedmiotem licznych badań naukowych. Autorzy odpowiadają na pytania dotyczące zmiennych najczęściej używanych do opisu relacji terapeutycznej, czynników wpływających na relację terapeutyczną oraz zależności między zmiennymi relacji terapeutycznej a zmiennymi procesu psychoterapii.

Summary: This article presents the review of results of psychotherapy researches presented in the Psychotherapy Research in years 2004–2012. The main point of interest was a common factor of many psychotherapeutic schools - the therapeutic relationship. Collected information were divided into three categories. The first one consist of variables which can be used to describe the relationship, specified with use of tools created for their measurement. Most of them were easy to measure, however some concerned abstract concepts. The second category consists of factors which affect the relationship. Those were classified within 4 categories: influence of a patient, his features and experience, also characteristics of a therapist and his actions. The last category was on the association between the relationship variables and variables of a therapeutic process. Those within the second category described in this article, were studied the most. Least information was provided about the third category. It clearly shows that the matter of the psychotherapeutic relationship is commonly examined by many researchers, nevertheless it still leaves place for future studies.

Wstęp

Psychoterapia jest skuteczna w leczeniu wielu zaburzeń zdrowia psychicznego. Wyniki badań empirycznych jednoznacznie pokazują, że jej efektywność zależy od bardzo wielu czynników. Ostatnio coraz częściej postuluje się, aby terapie były oparte na dowodach empirycznych. Przez ostatnie trzy dekady prowadzono wiele badań nad skutecznością psychoterapii. Ich wyniki wskazują, że jest ona skuteczna niezależnie od szkoły, w jakiej jest prowadzona [1]. Zaczęto zatem badania nad procesem psychoterapii, poszukując znaczenia jego zmiennych dla efektów leczenia. Analizy wyników wielu badań pokazują, że jedną z takich zmiennych jest relacja terapeutyczna. Norcross i Lambert [2], podsumowując wyniki badań nad skutecznością psychoterapii, prezentują czynniki ważne dla jej efektów. I tak: zmienne pacjenta wyjaśniają 30% zmienności wyników psychoterapii, relacja terapeutyczna — 12%, modalność psychoterapii — 8%, zmienne terapeuty — 7%, a 40% czynników wpływających na efektywność psychoterapii to zmienne nieznanne.

Składamy podziękowania za pomoc w stworzeniu niniejszej pracy Katarzynie Wielebskiej, Joannie Jaskólskiej, Marcinowi Błaszczakowi, Anecie Jaros, Joannie Piwońskiej, Dagmarze Boruc, Mileniu Miałkowskiej, Katarzynie Rudko, Pawłowi Stańczakowi, Arturowi Piszcze, Marcie Rutkowskiej.

W ostatnich latach prowadzonych jest wiele badań nad tym, czym jest relacja terapeutyczna i jaki jest jej związek ze zmianami obserwowanymi w wyniku oddziaływań psychoterapeutycznych. Wraz z grupą studentów psychologii z proseminarium badawczego dokonano przeglądu ostatnich roczników „Psychotherapy Research”, poszukując badań nad zmiennymi opisującymi relację terapeutyczną oraz nad znaczeniem tych zmiennych dla przebiegu i efektów psychoterapii. Znaleziono prace na ten temat, opublikowane w latach 2004–2010, przeanalizowano, poszukując odpowiedzi na trzy pytania:

Jakie zmienne używane są najczęściej do opisu relacji terapeutycznej?

Co wpływa na relację terapeutyczną?

Jakie są zależności między zmiennymi relacji terapeutycznej a zmiennymi procesu psychoterapii?

Sposoby opisu zmiennych relacji terapeutycznej

Gelso i Hayes [3], opisując składniki relacji terapeutycznej, odwołali się do definicji stworzonej przez Gelso i Carter [4], traktującej o tym, iż są to „wzajemne uczucia i postawy w relacji klient — terapeuta, a także sposób ich wyrażania” [3, s. 16]. Na bazie tej definicji skonstruowali 3 elementy, które ich zdaniem wchodziły w skład tak pojmowanej relacji terapeutycznej. Do składników tych należą: sojusz roboczy (working alliance), uznawany przez autorów za podstawę relacji rozumianej jako takiej, w której obie strony dążą do wspólnej, terapeutycznej pracy. Jest on zdaniem autorów „powszechnie uznawany za podstawowy czynnik w procesie leczenia” [3, s. 16]. Jako drugi składnik podali oni konfigurację przeniesienia (configuration of assignment), rozumianą jako zarówno relację przeniesieniową, jak i przeciwprzeniesieniową w terapii, które niejako asystując relacji od początku jej zaistnienia mają wpływ na jej kształtowanie się [3]. Ostatnim wymienianym składnikiem jest rzeczywista relacja (real relationship), czyli taka, która opiera się na autentyczności i realnych zachowaniach terapeuty i pacjenta [3]. Im bardziej rzeczywistą jest nawiązana tym większe stają się efekty terapii [3]. Na istotność elementu relacji, jakim jest jej realizm oraz autentyczność (real relationship), wskazywali także twórcy RRI (Real Relationship Inventory, Gelso i wsp., Kelley i wsp.) za: [5].

W badaniach nad relacją terapeutyczną istotną zmienną jest współpraca pomiędzy pacjentem a terapeutą. Wspólnie ustalane cele i metody ich osiągnięcia stanowią dwa z trzech aspektów roboczego przymierza terapeutycznego ocenianego za pomocą WAI-S (skrótowa wersja Working Alliance Inventory, Horvath i Greenberg) [6, 7]. Tak rozumiane partnerstwo jest także istotne dla autorów ARM (Agnew Relationship Measure, Agnew-Davies i wsp.) [8] oraz HAQ-I (Helping Alliance Questionary, Alexander i Luborsky) [9]. Autorzy powyższych skal zwrócili szczególną uwagę na aspekt wspólnych celów w terapii jako służący budowaniu relacji terapeutycznej opartej na wzajemnej pracy i wysiłku. Szeroko rozumiana współpraca między obiema stronami relacji znalazła swoje odzwierciedlenie także w badaniach prowadzonych za pomocą skali CIS (Collaborative Interaction Scale, Colli i Lingiardi) [10]. Porozumienia jako ważnej zmiennej upatrują też twórcy skali CAPLAS (California Psychotherapy Alliance Scale, Marmar i wsp.) [11].

Poza współpracą, istotnymi zmiennymi są te, które każda ze stron indywidualnie wnosi do terapii oraz to, jak jest w niej postrzegana. Dla relacji terapeutycznej ważną

zmienną jest nie tylko wkład oraz zaangażowanie terapeuty (CALPAS) [11] czy rodzaj podejmowanych przez niego interwencji (CIS) [10], ale także sposób spostrzegania go jako ciepłego, pomocnego i wspierającego (HAQ-I) [9]. Jeśli chodzi o pacjenta — szczególnie istotną według badaczy zmienną jest jego wkład (contribution) (CIS) [10] i zaangażowanie w terapię (CALPAS) [11].

W powszechnie używanych do oceny relacji terapeutycznej narzędziach są także uwzględnione bardziej abstrakcyjne zmienne. Należy do nich więź między terapeutą a pacjentem (bond) (WAI-S, ARM, HAQ-I) [6, 7, 8, 9], a także jej głębia (relational depth) (RDI, Relational Depth Inventory, Wiggins i wsp.) [12] postrzegana jako zaangażowanie między stronami oceniane na podstawie takich aspektów relacji, jak respekt, intymność czy miłość.

Czynniki wpływające na relację terapeutyczną

A. Wpływ pacjenta

Bedi [za: 13] zauważył, że pacjenci nie potwierdzają własnego udziału w tworzeniu przymierza terapeutycznego. Fitzpatrick i wsp. [13] przeprowadzili badania, których celem było sprawdzenie tej obserwacji i uzyskali podobne wyniki. W mniemaniu przeciętnego pacjenta to terapeuta ponosi główną odpowiedzialność za przebieg terapii oraz za nawiązywaną w jej ramach relację. Pacjenci czynnie poszukujący przymierza sami stwarzają sytuacje wspierające zawarcie porozumienia. Ponadto, dążąc do przeżywania uczuć pozytywnych oraz w postawie otwartości poszukując alternatywnych rozwiązań dla własnych problemów, stają się motorami napędzającymi proces własnej przemiany. Fitzpatrick i wsp. [13] zwrócili ponadto w swoim artykule uwagę na fakt, iż zrozumienie wagi własnego wpływu na proces psychoterapii ma ogromne korzyści terapeutyczne. Na poparcie przywołują badania [Zwick i Attkinsson; za: 13], których wyniki zgodnie mówią o pozytywnym wpływie świadomości własnego oddziaływania na efekty terapii. Świadomość ta ma pomagać w znacznej redukcji objawów [za: 13], przejawianiu bardziej pozytywnej postawy wobec samego procesu terapii [za: 13] oraz zmniejszać ryzyko rezygnacji z niej [za: 13].

B. Cechy i doświadczenia pacjenta

Wyniki badań pokazują, że u pacjenta czynnikiem wpływającym na rodzaj relacji terapeutycznej są najczęściej zmienne kliniczne. Zaobserwowano, że bardziej zaburzeni pacjenci mają większe trudności z nawiązaniem i utrzymaniem relacji terapeutycznej niż pacjenci mniej zaburzeni [14]. Analizując za pomocą skali CALPAS współpracę terapeutyczną charakteryzującą pacjentów z różnymi typami zaburzeń, zwrócono uwagę na fakt, iż dla pacjentów paranoidalnych, schizoidalnych oraz schizotypowych budowanie współpracy jest znacznie trudniejsze, podczas gdy dla terapeutów największe wyzwanie dla stworzenia satysfakcjonującej relacji terapeutycznej niosą ze sobą pacjenci z zaburzeniami osobowości [15]. Stosując skalę SCL-90 do oceny objawów, stwierdzono, że najlepsze rezultaty w kontekście nawiązanego przymierza zarówno z punktu widzenia terapeutów, jak i pacjentów uzyskiwały osoby zależne, unikające czy też obsesyjno-kompulsywne [15].

Także objawy depresyjne wskazywane są jako utrudnienie w tworzeniu relacji terapeutycznej [13]. Na podstawie wyników przeprowadzonych badań Fitzpatrick i wsp. [13] stawiają hipotezę, że depresja pacjenta może prowadzić do wyolbrzymiania wpływu terapeuty na relację, minimalizując możliwość dostrzeżenia wpływu własnego. W celu potwierdzenia tej tezy odwołują się do badań Fresco i wsp. [16] oraz Petersona i wsp. [17], z których jednoznacznie wynika, że osoby depresyjne uważają, że pozytywne wydarzenia spowodowane są przyczynami zewnętrznymi.

Hersoug i wsp. [18] w swoich badaniach uzyskali wyniki świadczące o tym, iż nie tyle same symptomy chorobowe pacjentów mają wpływ na przymierze, ile ich ogólne funkcjonowanie. Wyniki uzyskane za pomocą skali GAS (Global Assessment Scale) oraz WAI wykazały, że obie te zmienne korelują ze sobą, co sugeruje, że lepsze funkcjonowanie przed rozpoczęciem terapii stwarza potencjalne możliwości budowania przymierza. Co istotne, różnica w roboczym przymierzu terapeutycznym między pacjentami nie była różnicą stałą, gdyż po 20 sesjach wszyscy badani uzyskiwali zbliżone wyniki. Pacjenci byli badani w trakcie 3, 12, 20, 40, 60, 80, 100 oraz 120 sesji.

Poza dobrym, ogólnym funkcjonowaniem na zawiązanie silniejszego przymierza terapeutycznego na początku terapii miały wpływ także inne cechy uczestników psychoterapii. Pacjenci mający aktualnie bardziej satysfakcjonujące związki interpersonalne oraz ci, którzy zapewniali o dobrej opiece matki aż do okresu adolescencji uzyskiwali wyższe wyniki w początkowych pomiarach WAI. Hersoug i wsp. [18] tłumaczą to tym, iż byli oni bardziej gotowi do formowania więzi oraz ustalania wspólnych celów już od samego początku pracy terapeutycznej. Osoby z wysokim poziomem interpersonalnych problemów, cechujące się chłodem i zdystansowaniem, uzyskiwały początkowo niższe wyniki, lecz zmieniały się one w czasie, wyrównując się na etapie mniej więcej 20 sesji z wynikami osób mających lepsze relacje.

Podobne wyniki uzyskali Constantino i Smith-Hansen [19] w badaniach nad rozwojem przymierza terapeutycznego u pacjentów z bulimią. Wykazali oni związek bolesnych relacji interpersonalnych pacjenta z przymierzem terapeutycznym ocenianym w trakcie trwania terapii za pomocą kwestionariusza HAQ. Im bardziej bolesne i trudne były te doświadczenia, tym gorzej pacjenci oceniali sojusz terapeutyczny na początku i w trakcie terapii, jednakże w przeciwieństwie do wyników uzyskanych przez Hersouga i wsp. [18] były one dość stałe. Odwrotne wyniki uzyskano w odniesieniu do potrzeby afiliacji. Osoby, które cechowały się silnym dążeniem do bycia z ludźmi, nawiązywania i podtrzymywania relacji, były bardziej skłonne do zgadzania się na planowane zadania oraz cele terapii, do lepszego oceniania zawartego sojuszu, uzyskane zaś przez nich wyniki były nie tylko wyższe, ale i rosnące. Pacjenci byli badani w trakcie 19 sesji trwających przez 20 tygodni [19].

W opozycji do powyższych badań stoją wyniki uzyskane przez Sextona i wsp. [20]. Autorzy nie wykazali żadnego związku z przymierzem terapeutycznym ($p > 0,05$), ocenianym za pomocą WAI, zarówno symptomów pacjenta, jak i jego funkcjonowania sprzed okresu terapii czy też stwierdzonych zaburzeń osobowości. Zastanawiająca jest rozbieżność wyników uzyskanych w badaniach Hersoug i wsp. [18] oraz Sextona i wsp. [20] z uwagi na fakt zastosowania w obu badaniach WAI do oceny przymierza terapeutycznego oraz skali GAS do pomiaru poziomu funkcjonowania. Być może powodem, dla którego Sexton i wsp., w przeciwieństwie do Hersoug i wsp., nie uzyskali wyników wskazujących na

związek przymierza z wcześniejszym funkcjonowaniem pacjentów było to, iż pomiary WAI dokonywane były jedynie przez dwie pierwsze sesje terapeutyczne z instrukcją, aby badani oceniali przymierze dla każdej sesji oddzielnie (niejako „punktowo”, czyli niezależnie od siebie), podczas gdy badania Hersoug i wsp. [18] uwzględniały wyniki uzyskiwane w kontekście trwającej terapii aż do 120 sesji.

Sexton i wsp. [20] stwierdzają jednak, że takie zachowanie pacjenta, jak mówienie o sobie oraz zaangażowanie w terapię, ma pozytywny wpływ na zacieśnienie związku z terapeutą — zaś zmienna ta stanowiła ok. 20% wariancji przymierza pacjenta oraz 25% wariancji przymierza terapeuty ocenianego podczas 2 sesji. Autorzy sugerują, że związek (connection) między pacjentem a terapeutą może stanowić rodzaj markera przymierza terapeutycznego w mikroprocesie terapeutycznym podczas sesji.

Cechy pacjenta mające wpływ na przymierze terapeutyczne wiążą się także z typowym dla niego stylem przywiązania, zawiera on bowiem w sobie takie aspekty, jak: komfort i pewność człowieka w bliskich związkach, lęk przed odrzuceniem, tęsknotę za intymnością bądź też preferencję samowystarczalności oraz interpersonalnego dystansu. Diener i wsp. [21] wykazali na poziomie istotności statystycznej, iż osoby cechujące się bezpiecznym stylem przywiązania deklarują bardziej pozytywne przymierze niż te, które cechują się innymi stylami. Ponadto Fuertes i wsp. [5] zauważyli, że bezpieczne przywiązanie do terapeuty wiąże się z tym, iż pacjent postrzega zachodzącą między nimi relację jako bardziej prawdziwą ($r = 0,33$, $p < 0,05$) niż wtedy, kiedy cechuje go lękowo-unikający styl przywiązania do prowadzącego terapię ($r = -0,64$, $p < 0,001$).

Za cechy utrudniające terapeutę okazanie pacjentowi współczucia, stanowiącego według autorów głębsze i szersze pojęcie niż empatia, Vivino i wsp. [22] podają oziębłość pacjenta, jego dystansowanie się, niezaangażowanie w proces terapeutyczny oraz unikanie brania odpowiedzialności za własne zachowania, a także zaburzenia (np. pedofilia), które wywołują w terapeutę negatywne emocje. Jest to istotne, gdyż pacjenci okazanie współczucia odczuwają jako kojącą dobroć, życzliwość, otwartość, akceptację bez oceniania [22]. Sprawia to, że stają się oni bardziej gotowi do otwarcia się, zmierzenia się z własnym cierpieniem i pogłębiania doświadczeń, co następnie skutkuje poczuciem ulgi, uleczenia dzięki temu, że zostali wysłuchani, zrozumiani i otoczeni opieką przez współczującego terapeutę.

Ponadto ciekawe wyniki otrzymano w odniesieniu do wieku pacjentów — starsi uzyskiwali lepsze wyniki w przymierzu terapeutycznym [18], co zgadza się z tezą Di Giuseppe i innych [za: 23]. Sugerowali oni, że różne komponenty przymierza powinny być związane z różnymi grupami wiekowymi badanych. Odnotowali oni, że na młodszych pacjentów większy wpływ ma aspekt więzi niż zgodność co do celów i działań terapii.

Autorzy badali także cechy pacjenta niesprzyjające budowaniu przymierza terapeutycznego. Na chłód ze strony pacjenta jako czynnik niesprzyjający budowaniu przymierza wskazywali Hersoug i wsp. [18], zaś Sexton i wsp. [20] wskazują, że mściwość i pamiętliwość pacjenta wyjaśnia aż 11% wariancji przymierza. Nieustępliwi i nieprzyjaźni klienci zaś mogą przymierze postrzegać wręcz negatywnie. Praca z takim klientem może wymagać od terapeuty więcej uważności odnośnie przymierza już na samym początku terapii [19].

Przeszkodą w nawiązaniu przymierza może być niewypowiedziana przez pacjenta potrzeba otrzymywania od terapeuty więcej niż jest on w stanie dać. Fitzpatrick i wsp.

[13] jako przykłady podają oczekiwanie poświęcenia przez terapeutę dodatkowego czasu pacjentowi, które niezrealizowane przerodziły się w przekonanie o tym, iż terapeuta tak jak inne osoby z otoczenia pacjenta był zbyt zapracowany, aby poświęcić mu czas. W efekcie klient był zły i niepewny tego, czy terapeuta darzy go jakąkolwiek sympatią. Podobnie niezrealizowane oczekiwanie, aby terapeuta częściej odzywał się podczas sesji, wywołało w innym kliencie tendencję do unikania tematów, które były dla niego istotne. W efekcie klient czuł się niezrozumiany przez terapeutę i postrzegał go jako chłodnego i niezaangażowanego w terapię, przez co poczuł, że sam musi się uporać ze swoimi problemami. Sytuacje, w których się zdarzają tego typu „niewypowiedziane potrzeby” prowadzą prostą drogą do zaprzestania uczestniczenia w terapii uznawanej przez pacjentów za niesatysfakcjonującą [13].

C. Interwencje terapeuty

Istotne znaczenie dla relacji terapeutycznej mają interwencje terapeuty we wczesnym okresie terapii. Z badań [13] wynika, że terapeuci stosują wiele oddziaływań prowadzących do polepszenia przymierza terapeutycznego. Należą do nich takie działania podejmowane przez terapeutę, jak: ułatwianie kreowania nowych myśli i działań, wspieranie, nieosądzanie, komunikowanie zrozumienia, jak również wrażliwość terapeuty, uczestniczenie przez niego w doświadczeniu pacjenta oraz uwaga mu poświęcana. Fitzpatrick i wsp. [13] wskazują tu na zgodność z wynikami badań Ackermana i Hilsenrotha [za: 13], na podstawie których obserwowano, że wsparcie, zrozumienie, pomoc w poszukiwaniu nowych rozwiązań oraz otwartość terapeuty przyczyniają się w znacznej mierze do budowy przymierza.

Jeżeli za sprawą interwencji podejmowanych przez terapeutę pacjent poczuł, że terapeuta jest godny jego zaufania, zaś on sam jest akceptowany, prowadziło to do większej otwartości z jego strony. Odwrotny skutek przynosiły interwencje, które sugerowały niedostatek wiedzy czy doświadczenia terapeuty bądź też jego zdenerwowanie [24]. Istotny jest także związek między klientem a terapeutą, definiowany już w niniejszej pracy jako łatwo obserwowalny aspekt przymierza terapeutycznego. Może się on obniżyć wtedy, gdy terapeuta nie jest w pełni zaangażowany w terapię, na co może wskazywać pozbawiony emocji ton jego wypowiedzi oraz dostarczanie pacjentowi ogólnych informacji i rad [20]. Nie jest to jednak związane z kompetencjami terapeuty [25].

Receptą na negatywny wpływ niektórych interwencji terapeuty mogą być wnioski z wyników pracy Crits-Christoph i innych [26]. Na podstawie trzykrotnego badania pacjentów prowadzonych przez terapeutów poddanych treningowi z zakresu psychoterapii behawioralno-poznawczej, zaobserwowali, że w miarę postępu treningu pacjenci coraz bardziej pozytywnie oceniali sojusz terapeutyczny. Badacze użyli tu takich narzędzi do pomiaru przymierza, jak między innymi CALPAS czy HAq-II. Autorzy podkreślają eksploracyjny charakter badania i sugerują, iż warto byłoby przeprowadzić badania podobne, z uwzględnieniem różnych rodzajów treningów oraz odmiennych przypadków pacjentów.

Do ciekawych wniosków doszli Oddli i Rønnestad [27], którzy zajmowali się badaniem technicznych aspektów przymierza terapeutycznego. Zidentyfikowali oni osiem działań terapeutów, następnie sklasyfikowanych w 2 kategorie. Pierwszą z nich było wspieranie działań pacjenta. Zawierały się w niej takie interwencje, jak: eksplorowanie sposobów

radzenia sobie pacjenta, podkreślanie jego wyborów/autorytetu, koncentrowanie się na zmianach tutaj i teraz oraz nazywanie ich jako sposobu okazywania otwartości (np.: To prawda, Twój wyraz twarzy się zmienił.), demonstrowanie współpracy za pomocą używanego przez terapeutę charakterystycznego stylu wypowiedzi, polegającego m.in. na używaniu form hipotetycznych, niekończeniu zdań, co ma dawać pacjentowi szansę na ich dokończenie (jako sposób zaproszenia do współpracy). Drugą kategorię stanowiły działania terapeuty polegające na natychmiastowym wdrażaniu konkretnych technik — terapeuci już w trakcie przygotowywania pacjenta do zadania podawali jego elementy w instrukcji (przedstawianie omawianego materiału do tu i teraz za pomocą odgrywania ról lub wyobrażeń jako sposób pracy z problemem, nie zaś mówienia o problemie), edukowanie (wprowadzanie nowych informacji, np. o technikach radzenia sobie ze stresem itp.), prowokowanie zmian w sposobie widzenia siebie samego, problemu oraz mechanizmów zmiany (np. prezentacja alternatywnych możliwości), stawianie siebie w roli eksperta (odwoływanie się do własnej wiedzy, doświadczenia oraz opinii). Autorzy stwierdzili także, że techniczne aspekty początkowej współpracy nie mogą być w pełni zrozumiałe w odniesieniu do umowy między pacjentem a terapeutą podkreślającej otwartą negocjację między dwiema, niezależnymi osobami. Postulują, by zwrócić większą uwagę na odpowiedzialność terapeuty jako osoby podejmującej decyzje dotyczące stosowanych metod uzyskiwania zmiany i wprowadzanych sposobów rozwiązywania problemów.

Coraz częściej w badaniach pojawiają się próby zrozumienia wpływu, jaki na jakość relacji mają sposoby radzenia sobie z kryzysem w relacji terapeutycznej. Kwestią przełomowych momentów w terapii zajęli się Fitzpatrick i wsp. [24]. W celu sprawdzenia sposobu rozumienia przez pacjentów tego, jakie znaczenie dla rozwoju przymierza terapeutycznego mają momenty przełomowe, dane z wywiadów były analizowane metodą „consensual qualitative research” (CQR) [28, 29]. Metoda ta umożliwia tworzenie spójnych i wiarygodnych uporządkowań. Na podstawie analizy badacze wyszczególnili 5 kategorii określających krytyczne wydarzenia w terapii, które należy rozumieć jako te zdarzenia, które były spostrzegane jako krytyczne z powodu znaczenia, jakie pacjenci przypisywali podejmowanym przez terapeutów interwencjom, nie zaś z powodu typu interwencji samej w sobie.

Pierwszą z wyszczególnionych kategorii był opis momentu krytycznego. Kategoria ta polegała na wskazaniu przez pacjentów, które z interwencji terapeuty zainicjowały przełomy w terapii. Do tego typu działań należały m.in. pomoc w zmianie sposobu myślenia pacjentów, zachęcanie ich do zaangażowania się w terapię, odpowiadanie na ich potrzeby, dostarczenie narzędzi niezbędnych do osiągnięcia celów terapii oraz udzielenie przez terapeutę znaczącej informacji lub podanie pozytywnej informacji zwrotnej. Drugą kategorią było przypisywane zdarzeniom krytycznym znaczenie, trzecią zaś — wniesiony w nie wkład, np. poprzez otwartość na proces pomocy, co stanowiło podstawę rozwoju relacji terapeutycznej. Wpływ zdarzeń na relację poprzez wyzwolenie za ich pomocą pozytywnych uczuć typu zaufania do terapeuty oraz ogólny rezultat krytycznych momentów, jakim było zwiększenie produktywności, otwartości pacjenta, a także wyzwolenie jego pozytywnych emocji i oczekiwań stanowiły czwartą i piątą kategorię. Autorzy wykazali, że te istotne dla pacjenta momenty we wczesnej fazie terapii pozwalają na ujawnienie się pozytywnych emocji oraz chęci eksploracji, w konsekwencji ułatwiając nawiązanie więzi

oraz wyznaczenie celów i zadań terapii. Takie wydarzenia mogą zatem dać podwaliny eksploracyjnego procesu wspierającego pracę terapeuty.

Wpływ różnych czynników zakłócających proces psychoterapii — zarówno ze strony terapeuty, jak i pacjenta — na budowanie przymierza badali Aspland i wsp. [30]. Wykorzystując Agnew Relationship Measure (ARM), mierzącą poziom przymierza, oraz bazując na pracach Bordina [za: 30] wyznaczyli aż 24 momenty w terapii, w których mogą wystąpić zakłócenia. Do najważniejszych zakłóceń wynikających ze strony pacjenta zaliczyli jego brak poczucia bezpieczeństwa, niechęć do eksploracji emocjonalnych doświadczeń, kwestionowanie wartości i celów terapii, a także odmienne oczekiwania wobec terapeuty. Za zakłócenia wynikające ze strony terapeuty uznali przecenianie przez niego własnych możliwości tworzenia przymierza oraz niebranie pod uwagę dotychczasowych doświadczeń własnych pacjenta. Do zakłóceń angażujących obie strony relacji, w opinii autorów, należą zaś problemy komunikacyjne oraz zerwanie emocjonalnego porozumienia.

Jako receptę na powyższe problemy Aspland i wsp. [23] proponują utrzymywanie pozytywnego charakteru przymierza, pozytywne rozwiązywanie kryzysów komunikacyjnych oraz angażowanie pacjenta w proces planowania terapii, jednakże nie wyjaśniają, w jaki sposób działania te miałyby być realizowane. Zachęcają terapeutę do uznawania własnego wkładu w trudności w relacji. Wyniki powyższych badań w ciekawy sposób uzupełniają prace wcześniejsze, wskazując na nie poruszaną dotąd kwestię przeceniania własnych możliwości przez terapeutę oraz niebrania przez niego po uwagę wyjątkowości doświadczenia pacjenta. Jest to interesujące, gdyż zarówno poczucie niedostateczności własnych kompetencji, jak i ich przecenianie może mieć negatywny wpływ na proces tworzenia się terapeutycznej relacji. Wskazane jest zatem zarówno pielęgnowanie świadomości własnych umiejętności, jak i ciągła refleksja nad nimi oraz pacjentem jako osobą.

D. Cechy terapeuty

Terapeuci o unikającym stylu przywiązania rzadziej oceniali relację jako prawdziwą [5], nastawieni zaś lękowo gorzej oceniali postępy swoich pacjentów, a co za tym idzie — niżej oceniali nawiązany sojusz terapeutyczny. Co ciekawe, empatia także korelowała negatywnie z oceną postępów pacjenta, jednakże autorom nie udało się znaleźć wyjaśnienia tego wyniku.

Interesujące są wyniki uzyskane w badaniach nad współczuciem (compassion). Vivino i wsp. [22] konstrukt ten definiują jako związek terapeuty z cierpiącym pacjentem oraz dążenie do zmian poprzez działanie. Związek ten ma być łatwo obserwowalnym aspektem przymierza z uwagi na to, iż jest miarą intymności i zaangażowania między pacjentem a terapeutą. Współczucie pomaga pacjentowi poczuć się zrozumianym oraz uwolnić od syndromów. Terapeuta nie może się go nauczyć, może jedynie obudzić je w sobie. Autorzy w swoim artykule przedstawiają wiele sposobów jego odnajdywania. Jednym z nich jest próba zrozumienia tego, co stało się z pacjentem, że doprowadziło go do działań, które podjął. Współczucie nie jest stałą cechą terapeuty, ale zależy od kontekstu całej sytuacji terapeutycznej. Na ujawnienie się współczucia ma wpływ wiele czynników: ogromne cierpienie pacjenta, możliwość zrozumienia pacjenta przez terapeutę, polubienie go, identyfikacja z nim oraz jego zaangażowanie w terapię. Ponadto czynnikiem, który wpływa na

zrodzenie się współczucia, jest zawarcie dobrej relacji terapeutycznej — terapeuci, którzy oceniali relację jako dobrą, łatwiej odczuwali współczucie dla pacjentów.

Jakie są zależności między zmiennymi relacji terapeutycznej a zmiennymi procesu psychoterapii?

Istnieją dane potwierdzające związek między efektami i ukończeniem psychoterapii a rodzajem przymierza terapeutycznego. Botella i wsp. [31] wskazują na powiązanie między siłą sojuszu, mierzoną za pomocą skróconej wersji Working Alliance Inventory (WAI-S), a redukcją syndromów przejawianych przez pacjenta zarówno w trakcie, jak i pod koniec terapii. Uzyskano statystycznie istotne korelacje między przymierzem a poziomem objawów dla każdej sesji, dla której zbierane były dane — sesji trzeciej, czwartej oraz co czwartej aż do 32. spotkania. Dane uzyskane po 32. sesji terapeutycznej nie mogły zostać poddane interpretacji z uwagi na zbyt mało liczną grupę badaną. Liczba badanych malała z każdą sesją, co badacze interpretowali jako przedwczesne kończenie terapii przez coraz większą liczbę jej uczestników. Od sesji 3. do 24. uzyskano korelacje ujemne, narastające w kolejnych pomiarach, między stanem symptomów a siłą przymierza terapeutycznego, wahające się w przedziale od $r = -0,302$ ($p < 0,001$, $N = 168$) dla sesji 4. do $r = -0,444$ ($p < 0,01$, $N = 42$) dla 20. sesji. Dla ostatnich dwóch sesji, których wyniki zostały poddane analizom, uzyskano średnie korelacje ujemne — dla sesji 28. $r = -0,610$ ($p < 0,01$, $N = 20$) oraz $r = -0,615$ ($p < 0,01$, $N = 19$) dla 32. sesji. Najsilniejszą, lecz nie poddawaną dalszym interpretacjom z uwagi na zaledwie 14-osobową grupę badaną, korelację uzyskano dla sesji 36. ($r = -0,822$, $p < 0,001$). Zaprezentowane powyżej dane mogą oznaczać, że wcześniej kończyli terapię pacjenci o niższej zależności między poziomem przymierza a zmniejszeniem się nasilenia objawów. Lingiardi i wsp. [15] w swojej pracy zwracają uwagę na związek między dwoma aspektami przymierza z perspektywy terapeuty a pozostaniem lub wypadnięciem pacjentów z terapii. Na podstawie przeprowadzonej analizy wariancji wykazali, iż na początku terapii (5. sesja) terapeuci charakteryzowali się większym zaangażowaniem i zrozumieniem pacjenta ($F(1,45) = 6,92$, $p < 0,05$) oraz gotowością do konsensusu w decydowaniu o podejmowanych w trakcie terapii działaniach ($F(1,45) = 6,88$, $p < 0,05$) względem pacjentów, którzy w przyszłości pozostali w terapii niż tych, którzy z niej zrezygnowali. Artykuł autorstwa Barbera i wsp. [32] pokazuje, że można przewidywać wyniki terapii na podstawie oceny siły sojuszu. W swoich badaniach dowiedli oni, że pomiar poziomu przymierza dokonany podczas 2. sesji terapeutycznej nie wykazuje możliwości przewidywania wyników terapii. Taką możliwość daje pomiar dopiero około 5. sesji terapeutycznej. Oba z wcześniej wymienionych badań spełniały postulat „5 sesji”. W badaniach Zuroffa i Blatta [za: 13] potwierdzono, że u pacjentów z silniejszym przymierzem obserwowany jest szybszy spadek objawów depresyjnych niż u innych. Badania Staasi i wsp. [za: 13] wykazały zaś moderujący wpływ przymierza na związek między wynikiem terapii a innym niż bezpieczny styl przywiązania, sprawiając, iż efekt wspomnianego stylu przywiązania stał się nieistotny dla pacjentów z rozpoznaniem depresji. Barber i wsp. [32] piszą między innymi o wynikach uzyskiwanych w terapii w zależności od siły przymierza terapeutycznego. Na podstawie badań nad powiązaniem liniowego i krzywoliniowego związku zależności pomiędzy przestrzeganiem zasad terapii,

kompetencjami terapeuty, a jakością przymierza autorzy stwierdzili, że najlepsze wyniki w terapii badani uzyskiwali będąc w relacji terapeutycznej o umiarkowanej sile przymierza oraz przestrzegania zasad terapii w takim samym stopniu. Wskazali tym samym na konieczność uwzględnienia złożoności umiarkowanego efektu terapeutycznego przymierza.

Podsumowanie

Przedstawione powyżej wyniki badań można podsumować stwierdzeniem, że nie do końca są uzasadnione wnioski Kazdina [33], który twierdzi, że nadal nie wiadomo, jak i dlaczego psychoterapia prowadzi do zmiany, a dotychczasowe badania wnoszą zaledwie zdawkowe informacje do wiedzy na ten temat. Wcześniej prowadzone badania dały nam jedynie podstawy, by sądzić, że dobra relacja terapeutyczna wpływa na proces oraz wynik psychoterapii w sposób pozytywny. Obecnie istnieją jednak coraz bardziej precyzyjne oceny pomiaru relacji terapeutycznej. Oznacza to, iż trudny do zdefiniowania związek terapeutyczny udaje się opisać za pomocą konkretnych zmiennych i możliwe jest ich mierzenie. Już teraz możemy powiedzieć, iż związek terapeutyczny to poczucie więzi — coraz częściej postrzegane nie tylko poprzez wzajemne, emocjonalne zaangażowanie, ale także wspólny, intelektualny wysiłek. Wyniki badań empirycznych pokazują, że bardziej niż dotychczas możemy określić, jakie właściwości i zachowania pacjenta oraz terapeuty korelują z jakością relacji terapeutycznej.

Dotychczas wykorzystanych do opisu relacji terapeutycznej zmiennych jest stosunkowo niewiele. Można spotkać się z takimi zmiennymi, jak głębia relacji czy więzi między terapeutą a pacjentem, będącymi trudnymi do zdefiniowania, oraz takimi, jak współpraca, partnerstwo czy porozumienie — odnoszącymi się głównie do łatwo mierzalnego aspektu relacji, jakim jest wspólne ustalanie celów oraz metod, za pomocą których mają zostać one osiągnięte. Ponadto nie tylko konfiguracja przeniesienia, ale także realizm oraz autentyczność relacji wchodzi w skład opisujących ją zmiennych. Po stronie terapeuty za ważną zmienną przyjmuje się rodzaj podejmowanych interwencji [10, 24, 26], pacjenta zaś — sposób, w jaki postrzega on terapeutę [Bedi; za: 13]. W przypadku obu stron terapii ogromną rolę odgrywa zaangażowanie i wnoszony przez każdego z uczestników wkład [6–8, 10–12, 15, 20, 22, 24, 30].

Ze strony pacjenta istotnym czynnikiem wpływającym pozytywnie na relację terapeutyczną jest nie tylko zaangażowanie w terapię [20] czy też otwartość na przyjęcie pomocy [24], ale także dostrzeganie własnego udziału w tworzeniu przymierza [Bedi; Zwick i Attkisson; Acosta i wsp.; Reis i Brown; za: 13]. Ważną zmienną demograficzną dla kształtowania relacji terapeutycznej okazał się wiek. Osoby starsze nawiązują silniejszy sojusz niż młodsze, przy czym zwracają także uwagę na inne jego aspekty [18, Di Giuseppe; za: 23]. Im starsza osoba, tym więcej uwagi poświęca celom i metodom wykorzystywanym w terapii, a mniej — więzi między nią a terapeutą. Istotne znaczenie dla relacji mają także zmienne kliniczne [13–17] oraz ogólne funkcjonowanie pacjentów [18, 20], choć uzyskane w tym obszarze dane są ze sobą sprzeczne. Poza powyższymi cechami duże znaczenie ma styl przywiązania [5, 21] osoby uczestniczącej w terapii — osoby o bezpiecznym stylu przywiązania łatwiej zawiązują sojusz terapeutyczny. Podobne wyniki uzyskują osoby o dużej potrzebie afiliacji [19].

Pacjenci postrzegani jako oziębli, dystansujący się, mściwi, niezaangażowani w terapię oraz unikający przyjmowania odpowiedzialności za własne działania, utrudniają terapeutom tymi cechami i zachowaniami nawiązanie silnego sojuszu terapeutycznego [20, 22]. Natomiast osoby nie wyrażające swoich potrzeb i oczekiwań związanych z terapią, nieprzyjazne i nieustępliwe same mają trudności z nawiązaniem satysfakcjonującej relacji z terapeutą [13, 19].

Do najważniejszych zakłóceń wynikających ze strony pacjenta należą: brak poczucia bezpieczeństwa, niechęć do eksploracji emocjonalnych doświadczeń, kwestionowanie wartości i celów terapii, a także odmienne oczekiwania wobec terapeuty [30].

Do ułatwiających terapeutę nawiązywanie silnej relacji terapeutycznej należą takie działania, jak komunikowanie zrozumienia, okazywanie współczucia, wrażliwość i uczestniczenie w doświadczeniu pacjenta, uważność, otwartość i brak osądzania, wspieranie pacjenta oraz ułatwianie mu tworzenia nowych myśli i działań [13, Ackerman i Hilsenroth za: 14, 22, 27]. Istotne są także działania terapeuty, które inicjują przełomy w terapii stanowiące dla pacjentów momenty krytyczne [24]. Tego typu interwencje przeprowadzają terapeuci, którzy zachęcają pacjentów do zaangażowania się w proces terapeutyczny, odpowiadają na ich potrzeby, pomagają w zmienianiu sposobów myślenia pacjentów i dostarczają im narzędzi pomocnych w osiągnięciu celów. Także ci terapeuci, którzy dzielą się ze swoimi pacjentami pozytywnymi refleksjami na ich temat czy też osobistymi spostrzeżeniami, podejmują interwencje sprzyjające nawiązaniu przymierza [24]. Istotną cechą terapeutów jest ich styl przywiązania [5] — tak jak w przypadku pacjentów, bezpieczny styl pomaga w lepszej ocenie nawiązanej relacji.

Do interwencji utrudniających zawarcie silnego sojuszu terapeutycznego zaliczyć można działania sugerujące niedostatek wiedzy lub doświadczenia terapeuty, ukazujące jego zdenerwowanie oraz brak zaangażowania [20, 24]. Także przecenianie własnych możliwości i nieuwzględnianie wcześniejszych doświadczeń pacjenta nie sprzyja budowaniu sojuszu [30].

Do związków między zmiennymi terapeutycznej relacji a procesem psychoterapii należy związek siły sojuszu z redukcją objawów oraz jego moderujący wpływ na relację między wynikiem terapii a stylem przywiązania pacjenta [Staasi i wsp. za: 14, 31]. Silny sojusz modyfikuje negatywny wpływ, jakie, odmienne od bezpiecznego, style przywiązania wywierają na proces psychoterapii. Wart zapamiętania jest fakt, że najbardziej efektywnie działający sojusz to taki, który jest na umiarkowanym poziomie.

Oczywiście, mimo niezaprzeczalnego postępu w badaniach nad relacją terapeutyczną, wciąż stanowi ona niewyczerpane dotąd źródło naukowych inspiracji dla rozlicznych badań. Z roku na rok zwiększa się liczba publikacji dotyczących tego aspektu psychoterapii, co dobrze wróży zwiększeniu stanu wiedzy na jej temat.

Piśmiennictwo

1. Lambert MJ. Introduction to psychotherapy research. W: Beutler LE, Cargo M, red. *Psychotherapy research. An international review of programmatic studies*. Washington: American Psychological Association; 1991, s. 1–11.
2. Norcross JC, Lambert MJ. Evidence-based therapy relationship. W: Norcross JC, red. *Psychotherapy relationships that work*. NY: Oxford Univ. Press; 2011, s. 3–21.

3. Gelso CJ, Hayes JA. Relacja psychoterapeutyczna. Gdańsk: GWP; 2004, s. 20–25.
4. Gelso CJ, Carter JA. Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *J. Couns. Psychol.* 1994; 41: 296–306.
5. Fuertes JN, Mislowack A, Brown S, Gur-Arie S, Wilkinson S, Gelso CJ. Correlates of the real relationship in psychotherapy: A study of dyads. *Psychother. Res.* 2007; 17(4): 423–430.
6. Horvath AO, Greenberg LS. The development of the Working Alliance Inventory. W: Greenberg LS, Pinsof WM, red. *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press; 1986, s. 529–556.
7. Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J. Couns. Psychol.* 1989; 36: 139–149.
8. Agnew-Davies R, Stiles WB, Hardy GE, Barkham M, Shapiro DA. Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *Brit. J. Clin. Psychol.* 1998; 37: 155–172.
9. Alexander LB, Luborsky L. The Penn Helping Alliance Scales. W: Greenberg LS, Pinsof WM, red. *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press; 1986, s. 325–366.
10. Colli A, Lingardi V. The Collaborative Interactions Scale: A new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychother. Res.* 2009; 19(6): 718–734.
11. Marmar CR, Horovitz MJ, Weiss DS, Marziali E. The development of the therapeutic alliance rating system. W: Greenberg LS, Pinsof WM, red. *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press; 1986, s. 367–390.
12. Wiggins S, Elliott R, Cooper M. The prevalence and characteristics of relational depth events in psychotherapy. *Psychother. Res.* 2012; 22 (2): 139–158.
13. Fitzpatrick MR, Janzen J, Chamodraka M, Gamberg S, Blake E. Client relationship incidents in early therapy: Doorways to collaborative engagement. *Psychother. Res.* 2009; 19(6): 654–665.
14. Huber D, Henrich G, Brandl T. Working relationship in a psychotherapeutic consultation. *Psychother. Res.* 2005; 15(1–2): 129–139.
15. Lingardi V, Filippucci L, Baiocco R. Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychother. Res.* 2005; 15(1–2): 45–53.
16. Fresco DM, Alloy LB, Reilly-Harrington N. Association of attributional style for negative and positive events and the occurrence of life events with depression and anxiety. *J. Soc. Clin. Psychol.* 2006; 25: 1140–1159.
17. Peterson C, Bettes BA, Seligman MEP. Depressive symptoms and unprompted causal attributions: Content analysis. *Behav. Res. Theory* 1985; 23: 379–382.
18. Hersoug AG, Høglend P, Havik OE, von der Lippe A, Monsen JT. **Pretreatment patient characteristics** related to the level and development of working alliance in long-term psychotherapy. *Psychother. Res.* 2009; 19(2): 172–180.
19. Constantino M, Smith-Hansen L. Patient interpersonal factors and the therapeutic alliance in two treatments for bulimia nervosa. *Psychother. Res.* 2008; 18(6): 683–698.
20. Sexton H, Littauer H, Sexton A, Tømmerås E. Building an alliance: Early therapy process and the client–therapist connection. *Psychother. Res.* 2005; 15(1–2): 103–116.
21. Diener MJ, Hilsenroth MJ, Weinberger J. A primer on meta-analysis of correlation coefficients: The relationship between patient-reported therapeutic alliance and adult attachment style as an illustration. *Psychother. Res.* 2009; 19(4–5): 519–526.
22. Vivino BL, Thompson BJ, Hill CE, Ladany N. Compassion in psychotherapy: The perspective of therapists nominated as compassionate. *Psychother. Res.* 2009; 19(2): 157–171.

23. Faw L, Hogue A, Johnson S, Diamond GM, Liddle HA. The Adolescent Therapeutic Alliance Scale (ATAS): Initial psychometrics and prediction of outcome in family-based substance abuse prevention counseling. *Psychother. Res.* 2005; 15(1–2): 141–154.
24. Fitzpatrick MR, Janzen J, Chamodraka M, Park J. Client critical incidents in the process of early alliance of development: A positive emotion-exploration spiral. *Psychother. Res.* 2006; 16(4): 486–498.
25. Hoffart A, Borge FM, Sexton H, Clark DM. The role of common factors in residential cognitive and interpersonal therapy for social phobia: A process- outcome study. *Psychother. Res.* 2009; 19(1): 54–65.
26. Crits-Christoph B, Connolly Gibbons MB, Crits-Christoph K, Narducci J, Schamberger M, Gallop R. Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychother. Res.* 2006; 16(3): 268–281.
27. Oddli HW, Rønnestad MH. How experienced therapists introduce the technical aspects in the initial alliance formation: Powerful decision makers supporting clients' agency. *Psychother. Res.* 2012; 22(2): 176–193.
28. Hill CE, Thompson BJ, Williams EN. A guide to conducting consensual qualitative research. *Couns. Psychol.* 1997; 25: 517–572.
29. Hill CE, Knox S, Thompson BJ, Williams EN, Hess S, Ladany N. Consensual qualitative research: An update. *J. Couns. Psychol.* 2005; 52: 196–205.
30. Aspland H, Lewelyn S, Hardy GE, Barkham M, Stiles W. Alliance ruptures and rupture resolutions in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychother. Res.* 2008; 18(6): 699–710.
31. Botella L, Corbella S, Belles L, Pacheco M, Gomez A, Herrero O, Ribas E, Pedro N. Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychother. Res.* 2008; 18(5): 535–542.
32. Barber JP, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Thase MA, Weiss RD, Gibbons MBC. The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychother. Res.* 2006; 16(2): 229–240.
33. Kazdin A. Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother. Res.* 2009; 19 (4–5): 418–428.

Adres: k.sass.stanczak@gmail.com

ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Volume 17 Issue 1 March 2015

CONTENT

- 5 **Effectiveness of topiramate in lipomatosis comorbid with agoraphobia and migraine**
Horst J. Koch
- 9 **Influence of individual psychological support on the severity of psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia**
Bogumiła Witkowska
- 15 **The prevalence of post-traumatic stress disorder among women with normal vaginal delivery in Zahedan city**
Mahboubeh Firouzkouhi Moghadam, Alireza Shamsi, Fatemeh Hajizadeh Moro
- 21 **Efficient and valid assessment of personality traits: population norms of a brief version of the NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)**
Annett Körner, Zofia Czajkowska, Cornelia Albani, Martin Drapeau, Michael Geyer and Elmar Braehler
- 33 **The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in reducing pathological worry in patients with generalized anxiety disorder: a preliminary study**
Rezvani Farima, Shiva Dowlatabadi, Safieh Behzadii
- 45 **Multidimensional unconscious structural changes in Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. Part I**
Catherine Margaret Hickey
- 53 **Multidimensional unconscious structural changes in Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. Part II**
Catherine Margaret Hickey
- 59 **The experience of adoption in a biographical narration of adoptive parents**
Arkadiusz Wąsiński