

Marek Gajowy, Daniel Marchewka, Paweł Sala, Witold Simon

## **ANALIZA PRZYCZYŃ PRZERYWANIA PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ (DROP-OUT) W ASPEKCIE CZYNNIKÓW DOTYCZĄCYCH PACJENTA**

### **THE ANALYSIS OF DROP-OUTS IN GROUP PSYCHOTHERAPY IN THE CONTEXT OF THE VARIABLES CONNECTED WITH THE PATIENT**

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie  
Kierownik: doc. dr hab. med. Maria Siwiak-Kobayashi

**Summary:** In this paper review, the authors present various reasons of premature termination of group psychotherapy. They focus on patient variables and group them – demographic, psychological, interpersonal or external. Other variables such as therapist, patient-therapist relation, group's culture are described rather in a general manner. The paper shows many definitions of dropping-out from treatment.

**drop-out  
group psychotherapy**

### **Wprowadzenie**

Każdy pacjent i każdy terapeuta stają przed nieuniknionym i nieodwracalnym faktem zakończenia terapii. Wzbudza on zarówno nadzieję związaną z nowym początkiem, jak i często bolesne uczucia będące skutkiem separacji, zależności, bezradności i straty [1]. Pomimo różnorodności procesów towarzyszących kończeniu leczenia są one opisywane znacząco rzadziej od zjawisk dotyczących jego rozpoczęcia.

Przeglądając literaturę można napotkać wzmianki o niedużej liczbie prac dotyczących przerywania terapii [2]. Autorzy niniejszego opracowania nie podzielają w pełni tej opinii. Zaobserwowali oni dodatkowo pewną prawidłowość, że wśród publikacji na ten temat dominują te w stylu psychodynamicznym. Na podstawie dostępnej wiedzy zdecydowaliśmy się opisać poglądy na zagadnienie końca terapii zawężone do:

- zakończenia leczenia w sposób przedwczesny i niezgodny z kontraktem terapeutycznym
- psychoterapii grupowej dla osób dorosłych
- analizy przyczyn przerywania terapii tylko na podstawie czynników dotyczących pacjenta.

Pomimo tych ograniczeń ciągle mamy do czynienia z bardzo złożonym tematem.

Wycofanie się z terapii grupowej jest sytuacją angażującą zarówno osobę porzucającą leczenie, członków opuszczonej przez nią grupy, jak i prowadzącego terapię [3].

Yalom [4] bazujący na ujęciu psychodynamicznym stwierdza, że zjawisko to istnieje na dużą skalę — szacuje, że jest to 35% pacjentów podejmujących terapię. Wierzbicki i Pekarik [5, 6] w oparciu o 125 prac badawczych przeprowadzili metaanalizę. Obliczyli,

że bez względu na rodzaj terapii średnio 47% pacjentów przerywa leczenie i że ten wynik można traktować jako utrzymujący się na stałym poziomie. Fieldsteel [7] przytacza wyniki badań w obrębie leczenia psychoanalitycznego, w którym procent osób porzucających terapię waha się od 31% do 72%. Baekeland i Lundwall [8] piszą o liczbie często sięgającej wysokiego pułapu, a Grzesiuk [9] podkreśla, że jest ona większa niż w terapii indywidualnej.

Pomimo różnorodnych ujęć zjawiska, znacząca większość autorów postrzega je jako niekorzystne (osłabiające motywację) zarówno dla tych, którzy przerywają terapię, jak i dla pozostających w grupie uczestników terapii, a skutki przerwania leczenia mogą się utrzymywać przez długi czas [10, 3]. Nieliczni autorzy [11, 12] zaznaczają, że – pod warunkiem odpowiedniego przygotowania i wyważonej refleksji w grupie — przedwczesne jej opuszczenie może stać się dla rezygnującej osoby korzystnym rozwiązaniem. Klein i wsp. [6] przytaczają opinie zbieżne z tym zdaniem. Nie ma pewności, że porzucenie terapii zawsze może być traktowane jako porażka pacjenta. W odróżnieniu od terapeutów pacjenci mają skłonność do pozytywnych poglądów na temat kończenia swej terapii. Klein odwołuje się też do wyników badań mówiących o tym, że dwie trzecie grupy pacjentów przerywających terapię zgłaszało znaczącą poprawę i brak powodów do kontynuacji leczenia.

### Definicje porzucania terapii grupowej

Pojęcie przedwczesnego przerwania terapii jest w literaturze zagadnieniem zróżnicowanym zarówno merytorycznie, jak i językowo. Do opisu tego fenomenu stosuje się wiele sformułowań, które często występują jako synonimy. Mogą one również nabierać specyficznego znaczenia ze względu na orientację teoretyczną badacza i perspektywę patrzenia na to zagadnienie.

Autorzy tego artykułu, przeglądając literaturę dotyczącą przedmiotu, napotkali pewne trudności. Powodem utrudnionego dotarcia do prac na ten temat może być złożoność problemu bądź różnorodne słownictwo używane do opisu zjawiska. W języku polskim stosowanym przez klinicystów i naukowców można znaleźć określenie przedwczesnych wypisów [13], które omawiane są w kontekście leczenia stacjonarnego w Klinice Nerwic IPiN w Warszawie. Grzesiuk [9] opisując różne zjawiska w psychoterapii, używa określeń: „przerywanie psychoterapii przez pacjenta” obok „porzucania terapii”, „wycofywanie się z terapii”, „rezygnacja z procesu leczenia”, „wypadanie z psychoterapii” oraz „drop-out” (jako czasownik, opis czynności). Podobnych sformułowań używają Sala i wsp. [14] proponując dodatkowo spolszczoną wersję słowa dropout w odniesieniu do pacjentów porzucających leczenie (czyli rzeczownik) — np. tych dropoutów.

W anglojęzycznej literaturze stosowane są zamiennie określenia — drop-out, early termination, early attrition, premature lub precipitous, unilateral, unplanned termination — oznaczające proces, czynność przerywania terapii lub jej przedwczesnego, nieplanowanego i jednostronnego zakończenia [15, 10, 7, 16, 17, 18]. W dziedzinie terapii słowo dropout/drop-out oznacza osobę kończącą przedwcześnie leczenie [19, 20]. W szerszym znaczeniu proponowanym np. przez słowniki PWN OXFORD czy Fundacji Kościuszkowskiej znajdujemy określenia:

- drop-out — wypaść, wycofać się z czegoś, porzucić (np. pracę czy szkołę), zniknąć, wyjść z użycia;
- dropout lub drop-out — osoba, która nie ukończyła szkoły, studiów lub odczepienia,

wyrzutek (społeczeństwa).

Powyższe określenia w przeglądanych pracach dotyczyły zarówno terapii indywidualnej, jak i grupowej. Większość prac skupia się na jakimś aspekcie psychoterapii — np. leczeniu zaburzeń odżywiania się, procesie grupowym. Wtedy autorzy proponują specyficzne rozumienie pojęcia drop-out, ale żaden z nich nie wyklucza stosowania tego terminu w szerszym zakresie. Dlatego poniższe definicje pochodzą albo z artykułów skupiających się na terapii grupowej, albo opisujących psychoterapię w ogóle — w tych wypadkach rozciągamy używane tam pojęcie na terapię grupową.

Sala i wsp. [14] proponują podział pojęcia przerywania terapii na dwie grupy:

- I Definicje porzucenia terapii, których struktura i czas trwania są arbitralnie określone — możemy ją nazwać grupą o określonych kryteriach czasowych.
- II Definicje wypadnięcia z terapii rozumiane jako złamanie innych ustaleń kontraktu.

Na podstawie zaproponowanego podziału do grupy o kryteriach czasowych można zaliczyć m.in. definicje następujących autorów:

Baekeland i Lundwall [8] w swej pracy przeglądowej opisują tendencje do określania granicy pomiędzy osobami przerywającymi terapię a tymi, którzy w niej pozostają. Pacjent przerywający terapię to ten, który uczestniczy w niej do 3. sesji, a zdaniem innych cytowanych autorów nawet do 10. sesji. Ten szeroki przedział czasu wskazuje na fakt, że mowa o terapii długoterminowej. Autorzy przedstawiają jeszcze inną prawidłowość — wielu badaczy określa drop-out nie tyle poprzez liczbę sesji, ile przez czas trwania terapii. Jednakowy przedział czasu dla pacjenta leczonego ambulatoryjnie oraz innego, poddanego terapii w trakcie hospitalizacji, nie będzie jednakowo efektywny, gdyż zwykle terapia w leczeniu szpitalnym jest bardziej intensywna. Jednak dla celów badawczych preferowane jest raczej określenie liczby sesji niż czasu trwania terapii.

Kiesler [21] opisuje drop-out jako rezygnację przed końcem terapii.

Definicja Yaloma [18] utworzona na bazie terapii dynamicznej opisuje pacjenta porzucającego leczenie jako takiego, który wypadł z terapii po udziale w nie więcej niż 12 sesjach.

Mahon [22] twierdzi, że „za osobę porzucającą terapię uważany jest pacjent, który zerwał kontakt z kliniką przed 10. sesją terapeutyczną wbrew zaleceniom terapeuty”.

Kuliszkiewicz [13] wyszczególnia 2 grupy — pacjenci nieleczeni (nie włączyli się w leczenie ze względu na zbyt krótki czas pobytu w grupie), których pobyt w Klinice Nerwicy IPiN trwał od kilku godzin do 14 dni, oraz pacjenci przebywający na leczeniu ponad 14 dni, jednakże krócej niż zakładana liczba dni terapii. Pacjenci nieleczeni nie są brani przez autorkę pod uwagę w kontekście drop-outu.

Dla grupy definicji opartych na kontrakcie mogą być reprezentatywni m.in. następujący autorzy:

- Grzesiuk [9], która opisuje wypadanie pacjenta z psychoterapii jako jednostronne podejmowanie przez niego decyzji o zakończeniu psychoterapii przed wypełnieniem się ustaleń kontraktu. Takie samowolne przerwanie terapii może być traktowane jako niepowodzenie w terapii, szczególnie w podejściach określających dokładnie cele psychoterapii i traktujących ich wypełnianie jako główne kryterium efektywności

leczenia.

- Steel i wsp., którzy uważają, że porzucenie leczenia oznacza przerwanie terapii przed zakończeniem programu CBT (terapii poznawczo-behawioralnej).
- Rice [12], który przedstawia kontinuum, na którym umieszcza różne formy kończenia terapii: począwszy od porzucenia terapii, wczesnego jej zakończenia, aż po zadowolające zakończenie.

### Przyczyny przerywania terapii grupowej

Pacjenci przerywają terapię grupową z wielu powodów i na różne sposoby.

Na podstawie podziału przyczyn przedwczesnego kończenia terapii, zaproponowanego przez Bernarda [10], pogrupujemy różnorodne kryteria dodając do nich kolejną grupę — przyczyn zewnętrznych:

A. **Przyczyny dotyczące pacjenta:** opisane są szerzej w dalszej części tej pracy.

B. Przyczyny dotyczące terapeuty:

- Nieadekwatne zakwalifikowanie pacjenta do grupy [10]
- Niewłaściwe przygotowanie pacjenta do uczestnictwa w terapii grupowej [10]
- Brak właściwych reakcji terapeuty na danego pacjenta lub na grupę jako całość [10]
- Nieumiejętne dostosowanie się terapeuty do oczekiwań pacjenta wynikających z jego wieku, płci, narodowości, rasy [16]
- Niewłaściwy przebieg terapii, nieadekwatne prowadzenie grupy przez terapeutę — zbyt intensywny przebieg (przeciążony pacjent nie jest w stanie konstruktywnie wykorzystać terapii) lub za mało intensywny (pacjent traci przekonanie, że w ogóle nastąpi jakaś zmiana) [14]
- Mała aktywność terapeuty w początkowej fazie leczenia [14]
- Choroba lub śmierć terapeuty [7]
- Inicjowanie odejścia pacjenta z grupy z powodu np. braku jego gotowości do zaangażowania się w proces grupowy (co może być efektem błędu terapeuty kwalifikującego do grupy) [7]
- Terapeuta nierealistycznie ocenia swe siły i umiejętności, np. nowy terapeuta może przeceniać swe możliwości
- Terapeuta pracuje bez superwizji

C. Sfera relacji pacjent — terapeuta:

- Przyjęte postawy: terapeuta nie lubi pacjenta / pacjent nie lubi terapeuty lub nie ufa jego kompetencjom [10]; to samo zjawisko Fieldsteel [7] nazywa przeciwprzeniesieniem negatywnym
- Zjawisko wręcz przeciwne — postawa terapeuty oparta na przeciwprzeniesieniu wyrażona w potrzebie zatrzymania pacjenta za wszelką cenę lub uniknięcia porzucenia przez pacjenta, co może okazać się dla niego nadmiernym przeciążeniem [7]
- Prowadzenie grupy w agresywnym, zbyt dyrektywnym czy konfrontującym stylu — pacjent ratuje się ucieczką [10]
- Pozostawienie biernego, wycofującego się pacjenta samemu sobie [10]
- Terapeuta nie potrafi omówić i przepracować w grupie acting-outów pacjenta i karnie

go wypisuje

- W wypadku poważnych lub częstych przekroczeń regulaminu leczenia przez pacjenta terapeuta lub zespół leczący podejmuje decyzję o przerwaniu leczenia [13]
- Skierowanie pacjenta do szpitala z powodu psychozy lub chorób somatycznych [13]

D. Kultura grupy:

- Tworzenie podgrup — pacjent opuszcza grupę po tym, jak pomimo prób nie może przeniknąć do zawiązanej bez niego podgrupy [10]
- Reakcja na tzw. wczesne prowokacje, czyli przyciągające uwagę, często spektakularne zachowania pewnych członków grupy chcących zastraszyć, dominować bądź obwiniać innych od początku trwania terapii — pacjent nie jest w stanie tolerować takich zachowań, które wzbudzają przerażenie lub są w jakiś sposób zagrażające [10]
- Przewlekły konflikt/impas w grupie, który nie jest rozwiązany i wzbudza w danym pacjencie lub w całej grupie postawę frustracji i zniechęcenia [10]

E. Czynniki zewnętrzne:

- Rozwiązanie grupy z przyczyn niezależnych ani od pacjenta, ani od terapeuty, np. likwidacja oddziału czy ośrodka, w którym terapia grupowa się odbywała.
- Przerwanie terapii na skutek interwencji rodziny pacjenta [13].

Roback i Smith [2] proponują rozumienie osoby przerywającej terapię w aspekcie interakcji pomiędzy pacjentem, grupą a terapeutą, zamiast skupiać się tylko na osobowościowych charakterystykach samego pacjenta. W odróżnieniu od terapii indywidualnej osoba przerywająca terapię grupową swą decyzją wpływa w znaczący sposób na pozostających w leczeniu pacjentów i na prowadzącego grupę terapeutę. Może to sprowokować w grupie kolejne drop-outs lub przyspieszenie tych, które były spodziewane — autorzy niniejszej pracy proponują nazwać to zjawisko efektem domina. W modelu interakcyjnym Roback i Smith [2] zestawiają ze sobą m.in. pacjenta w obliczu grupy oraz pacjenta w obliczu terapeuty. Porzucenie terapii rozpatrywane z perspektywy pacjenta — grupa może prowadzić np. do wniosku, że pacjent, który ma wiele konfliktów w jednej grupie, może funkcjonować bezkonfliktowo w innej. Natomiast z analizy interakcji pacjent — terapeuta może wynikać konkluzja, że odejście pacjenta z grupy może być skutkiem zaburzenia tej relacji.

### **Przyczyny przerywania terapii grupowej — czynniki dotyczące pacjenta**

Liczba czynników i kryteriów, które mają wpływ na leczenie pacjenta, jest bardzo duża — począwszy od neurofizjologii po wpływ środowiska. Wszystkie one mogą mieć znaczenie zarówno w trakcie trwania terapii, jak i w momencie jej przedwczesnego zakończenia. Spośród tak wielu informacji należy wybierać te, które okazują się istotne dla badanego zjawiska [16]. W poprzedniej części opisaliśmy czynniki wpływające na porzucanie terapii przez pacjenta, pogrupowane w punkty od A do E. W tej części rozbudujemy punkt A, czyli bardziej szczegółowo opisujemy przyczyny dotyczące pacjenta, które można podzielić na kilka grup:

#### **1. Czynniki demograficzne:**

- Wiek — większość badań wskazuje na fakt, że wiek nie ma wpływu na zjawisko prze-

rywania terapii. Wiek wpływa na potrzeby adekwatne do etapu życia; niewłaściwe ich rozpoznanie i odniesienie się do nich w terapii sprzyja jej przerwaniu [15, 16]. Sytuacja, w której jeden z pacjentów w grupie w jaskrawy sposób odbiega wiekiem od reszty grupy, może sprzyjać przerwaniu terapii.

- Płeć – jest rozpatrywana w odniesieniu do płci terapeuty. Istnieją jednak sprzeczne doniesienia na temat wpływu tego czynnika na terapię [16].
- Status socjoekonomiczny — im niższy, tym większe prawdopodobieństwo przerwania terapii [2, 15, 16].
- Wykształcenie — obok wysokości przychodu jest wymieniane jako znaczące dla przebiegu terapii. Im niższy poziom wykształcenia (i co często idzie w parze — niższe zarobki pacjenta), tym większe prawdopodobieństwo porzucenia terapii [6].
- Rasa — wiele badań tego aspektu wskazuje raczej na brak relacji z formą zakończenia terapii, ale zależy to też od rasy terapeuty [6, 16]. Jest to czynnik brany pod uwagę szczególnie w literaturze amerykańskiej.

## 2. Czynniki osobowościowe:

- Odchylenia od normy: pacjenci porzucający leczenie w znaczący sposób różnili się od pozostałych członków grupy w ważnych dla leczenia sferach [18]
- Zachowania określane jako bierna agresja wobec terapeuty i/lub grupy [8]
- Pojawienie się choroby psychicznej i w konsekwencji objęcie inną formą leczenia
- Tzw. wewnętrzne porzucenie terapii — pomimo że pacjent fizycznie pozostaje w grupie, na pewnym etapie wycofuje swe zaangażowanie w leczenie
- Motywacja (odnosi się do leczenia w instytucji związanej z izolacją od rodziny), którą możemy rozpatrywać w następujących aspektach:
  - zbyt długi pobyt wynikający np. z obserwacji pacjenta utrudnia rozwiązanie problemów rodzinnych czy zawodowych [13]
  - ocena przez pacjenta, że może sobie już poradzić w życiu pozaoddziałowym (terapia prowadzona w Klinice Nerwic IPiN) [13]
  - badania przeprowadzone w Klinice Nerwic IPiN wskazują na to, że pod względem czynników motywacji pacjenci kończący pomyślnie leczenie różnili się od dropoutów tylko w zakresie czynnika zagrożenia — u dropoutów był on niższy [24]
- Oczekiwania, rozumiane jako:
  - negatywny stosunek do metod leczenia [13]
  - brak wiary, że terapia przyniesie rezultaty [16]
  - nieadekwatne nastawienie do terapii: nieznajomość podstawowych warunków uczestniczenia w terapii grupowej, nierealistyczne oczekiwania zarówno od siebie, jak i terapeuty, i członków grupy [18], przy czym porzuceniu terapii mogą sprzyjać zarówno zbyt niskie, jak i nadmierne, wygórowane oczekiwania [25]
  - rozbieżność pomiędzy oczekiwaniami pacjenta a terapeuty [8]

## 3. Czynniki interpersonalne:

- Czynniki związane z reakcją pacjenta na grupę:
  - nierozwiązane konflikty wewnętrzne sprawiają, że pacjent odtwarza w grupie sytuacje ze swego wcześniejszego życia, w których był porzucany lub porzucał innych
  - problem bliskości w relacjach: obejmuje wycofanie się w schizoidalnym stylu, wysoki

poziom lęku wobec ujawniania swych intymnych spraw (np. homoseksualizm), narzucanie członkom grupy nadmiernie szybkiego tempa w przechodzeniu do omawiania najcięższych problemów [18]

– prowokacje: obejmuje to zachowania pacjenta wywołujące duże poruszenie w grupie i następujące po tym nagle jego zniknięcie; wchodzenie w role tzw. twardego sędziego, wypełniacza ciszy, czarnej owcy prowokują pozostałych członków grupy do odrzucenia takiej osoby [18]

– tzw. zarażanie się emocjami od innych członków grupy — brak psychicznego dystansu wobec problemów innych osób [18]

• Czynniki związane z relacją pacjenta z terapeutą:

– niezdolność do dzielenia się terapeutą z innymi członkami grupy [18]

– komplikacje wynikłe z równoległego uczestniczenia w terapii grupowej i indywidualnej [18]

– poczucie bycia porzuconym przez terapeutę przebywającego na urlopie — tzw. wakacyjny drop-out

4. **Czynniki zewnętrzne:**

• Zmiana pracy czy miejsca zamieszkania [18]

• Obciążające zobowiązania pacjenta w innych sferach życia uniemożliwiające mu dalsze zaangażowanie w terapię [18]

• Podjęte już w trakcie trwania terapii ważne decyzje życiowe, np. o rozpoczęciu studiów

• Złe warunki oddziału, jak np. duże sale, hałas, umieszczenie oddziału na terenie szpitala psychiatrycznego [13]; ten czynnik odnosi się do leczenia w instytucji.

5. **Pozostałe:**

• objęcie pacjenta inną formą leczenia ze względu na pogorszenie się stanu jego zdrowia somatycznego

• Pacjent przerywa terapię wbrew zaleceniom terapeuty [6]

• Przerwanie terapii bez żadnych wyjaśnień (przypadki rzadko występujące) [13]

• Zgon pacjenta

Wyjaśnienia porzucania terapii zależą od charakterystyki pacjentów oraz metod badawczych i wstępnych założeń badaczy. Populacja dropoutów opisanych przez Yaloma [18] bazującego na założeniach psychodynamicznych w zestawieniu z pacjentami kontynuującymi terapię różniła się znacząco w obrębie 4 zmiennych zawierających się w opisanych kategoriach. Osoby, które przerwały terapię: 1) ujawniły mniej swych problemów niż pozostałe, 2) miały mniejszą motywację do leczenia, 3) były mniej zaangażowane w podgrupy, 4) były mniej zainteresowane poznawaniem innych członków grupy. Najbardziej znaczącym czynnikiem wpływającym na przerwanie terapii była nie tyle struktura charakteru pacjenta, ile rola, jaką podejmował w grupie.

### **Podsumowanie**

Przerywanie terapii grupowej to złożona sytuacja. Jest ona wynikiem współdziałania całej konstelacji czynników. Ich interakcja zaczyna się już w momencie zgłoszenia się potencjalnego pacjenta po specjalistyczną pomoc. Analogicznie do przedwczesnego prze-

rwania terapii można mówić o przedwczesnym szukaniu pomocy.

Skuteczna psychoterapia grupowa wymaga zarówno właściwej selekcji pacjentów, jak i umiejętności rozpoznawania potencjalnych przyczyn przerwania leczenia. Gdy terapeuta zna czynniki sprzyjające przedwczesnemu zakończeniu terapii, może uniknąć drop-outu lub przyczynić się do tego, że pacjent opuszczający grupę zrobi to w jak najbardziej korzystny dla siebie i grupy sposób.

### Piśmiennictwo

1. Klein RH. Introduction to special section on termination and group therapy. *Int. J. Group Psychother.* 1996; 46(1): 1–4.
2. Roback HB, Smith M. Patient attrition in dynamically oriented treatment groups. *Am. J. Psychiatry.* 1987; 144: 426–431.
3. Connelly JL, Piper WE, De Carufel FL, Debbane EG. Premature termination in group therapy: pretherapy and early therapy predictors. *Int. J. Group Psychother.* 1986; 36(1).
4. Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy.* Basic Books, 3<sup>rd</sup> ed. New York: 1985.
5. Wierzbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional psychology: Res. Pract.* 1993; 2: 190–195.
6. Klein EB, Stone WN, Hicks MW, Pritchard IL. Understanding dropouts. *J. Ment. Health Couns.* 2003; 25 (2): 89–90.
7. Fieldsteel ND. The process of termination in long-term psychoanalytic group therapy. *Int. J. Group Psychother.* 1996; 46(1): 25–39.
8. Backeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: a critical review. *Psychol. Bull.* 1975; 82, 5: 738–783.
9. Grzesiuk L, red. *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1998.
10. Bernard HS. Guidelines to minimize premature terminations. *Int. J. Group Psychother.* 1989; 39 (4): 523–529.
11. Lothstein LM. The group psychotherapy dropout phenomenon revisited. *Am. J. Psychiatry* 1978; 135(12): 1492–1495.
12. Rice CA. Premature termination of group therapy: a clinical perspective. *Int. J. Group Psychother.* 1996; 46(1): 5–23.
13. Kuliszkiwicz D. Analiza przyczyn przedwczesnych wypisów pacjentów Kliniki Nerwic. *Biul. Inst. Psychoneurol.* 1972; 3: 3(8).
14. Sala P, Marchewka D, Simon W. Porzucanie leczenia (drop-out) w trakcie psychoterapii zaburzeń odżywiania. *Psychoter.* 2002; 1 (120): 33–40.
15. Bergin AE, Garfield SL. *Handbook of psychotherapy and behavior change.* Fourth edition. John Wiley and Sons; 1994.
16. Lambert MJ. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, Fifth Edition. John Wiley and Sons; 2004.
17. Reber AS. *Dictionary of psychology.* Penguin Books; 1995.
18. Yalom ID. A study of group therapy dropouts. *Arch. Ben. Psychiatry* 1966; 14: 393–414.
19. Fisiak J, red. *Nowy słownik Fundacji Kościuszkowskiej, angielsko-polski.* New York: The Kosciuszko Foundation Inc.; 2003.
20. Linde-Usikiewicz J, red. *Wielki słownik angielsko-polski.* Warszawa: PWN–OXFORD, 2002.
21. Kiesler DJ. Experimental designs in psychotherapy research. W: Bergin AE, Garfield SL, red. *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis.* New York: J. Wiley and Sons, Inc; 1971.
22. Mahon J, Bradley N, Harvey P, Winston A, Palmer R. Childhood trauma has dose-effect relationship with dropping out from psychotherapeutic treatment form bulimia nervosa: a replication. *Int. J. Eat. Dis.* 2001;



30: 138–148.

23. Steel Z, Jones J, Adcock S, Clancy R, Brigford-West L, Austin J. Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behaviour therapy for bulimia nervosa? *Int. J. Eat. Dis.* 2000; 28: 209–214.
24. Simon W. Motywacja do psychoterapii jako czynnik wpływający na wyniki leczenia psychoterapią behawioralno-poznawczo-społeczną w Klinice Nerwic IPiN (nieopublikowana praca doktorska). Warszawa: IPiN; 2004.
25. Alexiev AS. Oczekiwania a przebieg i wyniki leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi (nieopublikowana praca doktorska). Warszawa: IPiN; 1973.

Adres:     Klinika Nerwic IPiN  
            al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

