

Czynniki motywacyjne a wynik psychoterapii

Motivational factors and the psychotherapeutic change

Witold Simon

Klinika Nerwic IPiN w Warszawie
Kierownik: doc. dr hab. n. med. M. Siwiak-Kobayashi

Summary

Aim. The purpose of the study was to investigate the stability of motivation to psychotherapy and the relationship between motivation and clinical improvement.

Methods The data were collected from 274 patients. As the key questionnaire, we used the Questionnaire of Motivation, measuring four factors: helplessness, activity, sense of wrong, sense of threat. Three other questionnaires were applied: Hopkins Symptoms Check List, Adjective Check List, Sense of Coherence.

Results. Motivation was found an important, but not a dominant factor influencing the psychotherapy outcome. Motivation showed the strongest influence on symptom level at the time of admission to the clinic. The personality variables had stronger influence at the end of the treatment. Helplessness, sense of wrong and sense of threat showed a steady decline both during the waiting list period and during the therapy. The level of activity factor rosed significantly during the treatment, parallel to the clinical improvement. The helplessness motivational factor was predominant at both pre-treatment occasions.

Conclusions. The ability to being active was an important predictor of psychotherapeutic change. The role of helplessness at the beginning of the treatment may be considered as powerlessness in the face of intensity of symptoms.

Słowa klucze: psychoterapia integracyjna, motywacja, aktywność, bezradność
Key words: integrative psychotherapy, motivation, activity, helplessness

Wstęp

Motywacja jest zjawiskiem wielowymiarowym i niezmiernie trudnym do konceptualizacji. Szczegółowy opis poszczególnych, rozbieżnych teorii motywacji przekracza zakres niniejszej pracy. Czytelnik głębiej nimi zainteresowany może sięgnąć po pozycje, których autorami są Cofer i Appley [1], Madsen [2], Pervin [3], Łukaszewski [4], Doliński i Łukaszewski [5], Gasiul [6] oraz Simon, Marchewka i Sala [7].

Według niemal powszechnie uznawanej definicji Rebera [8] motywacja to proces twórczy, podczas którego człowiek czerpie z bogactwa własnych doświadczeń, wyobrażeń i przemyśleń, aby podjąć skuteczne działania w określonym celu. Należy

przy tym dodać, że zachowania ludzkie przeważnie nie koncentrują się na realizacji izolowanego celu, lecz są polimotywacyjne. Motywy mają określoną hierarchię. Częste przeżywanie konfliktów motywacyjnych oraz nieumiejętność ich rozwiązywania mogą doprowadzić do chorób nerwicowych, depresyjnych i psychosomatycznych.

Motywację można również rozpatrywać pod kątem jej głównych wymiarów, których opisano co najmniej cztery. Freud [9] odróżniał motywację **uświadomioną** od **nieuświadomionej**. Woodworth [10] oparł swą klasyfikację motywacji na wymiarach **wewnętrzności** i **zewnętrzności**. Maslow [11] rozróżniał motywację **wynikającą z niedoboru** i motywację **nastawioną na rozwój**. Sullivan [12] badał **spójność** i **niezgodność** wymiarów motywacji. W literaturze opisano również takie rodzaje motywacji, jak: **hedonistyczna** [13] – gdy poszukiwanie pozytywnych doznań jest zasadniczym mechanizmem motywacyjnym; **epistemiczna** [14] – gdy osoba koncentruje się na pozyskaniu nowych informacji.

W kontekście psychoterapii Sifneos [15] określił motywację jako „proces rozwiązywania problemów, w celu zmniejszenia lub opanowania bolesnych uczuć, by uzyskać pewną gratyfikację”. Jego zdaniem adekwatna motywacja przyczynia się do wytrwałego i aktywnego uczestniczenia w psychoterapii. Dla przebiegu terapii szczególnie istotne wydają się podejścia: **psychodynamiczne** [9, 12, 16], **behawiorystyczne** [17, 18, 19], **poznawcze** [20, 21, 22] i **humanistyczne** [11]. Wielu badaczy dowodzi, że motywacja to istotny czynnik wpływający na rezultat terapii [23, 24, 25, 26, 27]. Wyniki wielu badań nad terapią poznawczo-behawioralną sugerują istotną korelację pomiędzy początkową motywacją a wynikiem terapii [28, 29, 30, 31, 32].

W przebiegu psychoterapii można rozpatrywać motywację w zależności od tego, co jest celem pacjenta. Przeważnie rozróżnia się dwa cele: **osiągnięcie zmiany** [33] (gdy pacjent poszukuje nie tylko ulgi objawowej, lecz także lepszego zrozumienia siebie, i jest gotów zaakceptować konsekwencje zmiany, np. przejściowe nasilenie objawów) oraz **uzyskanie pomocy lub oddanie się w opiekę** [34, 35] (gdy pacjent oczekuje raczej opieki, a terapię traktuje jako okazję do nawiązania kontaktu z życzliwą osobą, poświęcającą mu czas). Osobnym pojęciem jest **amotywacja (brak motywacji)** [36], charakteryzująca osobę o niskim poczuciu własnej wartości i sprawczości i nie dostrzegającą związku pomiędzy zachowaniem a jego wynikiem.

Cel badania i hipotezy

Celem niniejszego badania było określenie zależności pomiędzy motywacją do psychoterapii a kliniczną poprawą podczas intensywnej zintegrowanej psychoterapii stacjonarnej. Sformułowano następujące hipotezy:

1. Dynamika motywacji jest zmienna zarówno podczas leczenia, jak i w okresie oczekiwania między kwalifikacją a przyjęciem do szpitala.
2. Istnieje związek między nasileniem objawów a motywacją na poszczególnych etapach leczenia, a rola motywacji w uzyskaniu zmiany w zakresie objawów jest najistotniejsza na początku terapii.
3. Istnieje związek między motywacją a poczuciem koherencji oraz między motywacją a wymiarami osobowości.

Narzędzia badawcze

Kwestionariusz Motywacji (KM) zaprojektowali Wysokińska-Gąsior i Matuszewski [37] do oceny motywacji pacjentów podczas intensywnej psychoterapii stacjonarnej. Pacjent wypełniając kwestionariusz może zidentyfikować własne pozytywne lub negatywne motywy związane z nietolerowanymi stanami wewnętrznymi oraz określić oczekiwania i nastawienia wobec leczenia i dalszego funkcjonowania. Właściwości tego kwestionariusza umożliwiają powiązanie czynników motywacyjnych z danymi dotyczącymi osobowości pacjenta, przebiegu i rezultatu leczenia. Na podstawie analizy czynnikowej autorzy KM wyodrębnili cztery wymiary motywacyjne:

- **Czynnik aktywności** – wyrażający się w oczekiwaniach i nastawieniach. Według autorów kwestionariusza tworzy najważniejszą i najsilniejszą składową motywacji podczas psychoterapii. Jego najwyższa wartość określa intensywne działania wiodące do wyzdrowienia, np. poprzez świadomie wyrażaną potrzebę własnego rozwoju, gotowość do uczenia się nowych zachowań, chęć poznawania siebie. Osoba osiągająca niskie wartości w ramach tego czynnika to pacjent decydujący się na terapię z motywacji zewnętrznej, np. staranie się o rentę lub presja rodziny.
- **Czynnik krzywdy** – osiąga wysoką wartość u osób biernie czekających na pomoc, przy motywacji o zewnętrznym charakterze. Osoby takie mają tendencję do domagania się pomocy. Często mają skłonność do przesadnego przedstawiania swoich dolegliwości. Ich stosunki z ludźmi cechuje nieufność. Charakteryzuje je specyficzne oddzielanie objawów chorobowych od psychologicznego kontekstu własnego „ja”.
- **Czynnik bezradności** – często stanowi główny motyw podjęcia leczenia. Osiąga wysoką wartość, gdy pacjent przeżywa niemożność poradzenia sobie z dyskomfortem i frustracją. Pacjent często jest świadomy kontekstu psychologicznego i społecznego swego stanu. Osoby z wysoką wartością czynnika bezradności to często pacjenci o neurotycznym rozwoju osobowości.
- **Czynnik zagrożenia** – osiąga wysoką wartość, gdy pacjent przeżywa zagrożenie w związku z chorobą, pomijając jednocześnie jej tło psychologiczne i interpersonalne. Z tym wymiarem motywacji idą w parze objawy hipochondryczne i konwersyjne oraz lęk jako cecha i jako stan. W terapii tego rodzaju pacjent oczekuje przeważnie tylko medycznej pomocy.

Kwestionariusz Motywacyjny znormalizowano na podstawie badania 488 osób, leczonych w Klinice Nerwic IPiN w latach 1982–1986 [37]. Normy KM wyrażono w tzw. staninowej skali standardowej. Stałość kwestionariusza wyraża średnia korelacja = 0,50. Współczynnik rzetelności poszczególnych czynników wynosi od 0,87 dla czynnika zagrożenia do 0,92 dla czynnika bezradności. Rozpiętość możliwych do uzyskania wyników wynosi: dla czynnika aktywności – 70 (14–84), krzywdy – 55 (11–66), bezradności – 40 (8–48), zagrożenia – 30 (6–36).

Kwestionariusz Objawów (HSCL-90) [38] zawiera 72 pytania obejmujące następujące grupy objawów: **agresja – wrogość, depresja z niepokojem, depresja z zahamowaniem, lęk fobiczny, nadwrażliwość interpersonalna, natręctwa, somatyzacja, psychotyzm oraz ideacje paranoidalne**. Korzystałem z adaptacji Siwiak-Kobayashi [39], w której zrezygnowano ze skal psychotyzmu i ideacji pa-

ranoidalnych. HSCL trafnie mierzy nasilenie objawów psychopatologicznych oraz problemów psychologicznych w danym momencie oraz jest wrażliwy na ich zmianę. Jako normatywne można traktować też prace z wykorzystaniem HSCL w badaniu osób zdrowych [39]. Rzetelność testu mierzona pod kątem powtarzalności wyników wykazała, że korelacje dla 7 podskal zawarły się w granicach od 0,7273 do 0,8711 przy $p < 0,0001$. Rzetelność pod względem zgodności sędziów oceniających wskazuje na wysoką zgodność w ocenie objawów i zachowań pacjentów, współczynnik waha się od 0,64 do 0,80 [38].

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) [40] bada poczucie koherencji. Wersja polska została przygotowana w 1993 roku przez 3 ośrodki: IPiN, UAM oraz IMP. U podłoża SOC leży koncepcja salutogenezy pozwalająca badać funkcjonowanie jednostki na kontinuum zdrowia i choroby. Poczucie koherencji odzwierciedla miejsce jednostki na tym kontinuum. SOC mierzy trzy składniki poczucia koherencji: **poczucie zrozumiałości** (stopień, w jakim osoba postrzega docierające do niej ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego bodźce), **poczucie zaradności** (stopień, w jakim osoba postrzega zasoby własne i otoczenia jako wystarczające, by sprostać wymogom, jakie stawiają napływające bodźce, co częściowo koresponduje z wewnętrznym miejscem kontroli według Rottera i wsp. [41]), **poczucie sensowności** (stopień, w jakim osoba czuje, że jej życie ma sens, że przynajmniej część wyzwań życiowych jest warta wysiłku i zaangażowania). Kwestionariusz SOC dodatnio koreluje ze wszystkimi istotnymi miarami mierzącymi pozytywny wymiar zdrowia, a ujemnie – z mierzącymi patologię, np. korelaty wyników SOC przedstawiają się następująco: somatyzacja (-0,38); depresja z niepokojem (-0,56); depresja z zahamowaniem (-0,62); natręctwa (-0,55); agresja – wrogość (-0,57); lęk fobiczny (-0,43); nadwrażliwość (-0,56); ogólny stan zdrowia (0,21) [42]. Polska adaptacja kwestionariusza wykorzystana w badaniu 1066 uczniów szkół średnich [42] charakteryzuje się dobrymi warunkami psychometrycznymi: rozrzut 63–203; średnia 132,40–160,44; odchylenie standardowe 16,69–26,45; współczynnik wariancji 0,104–0,199; α -Cronbacha 0,837–0,933.

Test Przymiotnikowy (ACL) (Gough, Heilbrun [43], korzystano z adaptacji Płużek [44]), pozwala na uchwycenie zmian w osobowości zachodzących podczas psychoterapii. Jedna ze skal – „gotowość do podjęcia leczenia” – odnosi się do motywacyjnych charakterystyk pacjenta. Na potrzeby niniejszego badania analizowano wiązkę skal opracowanych według 15 potrzeb Murraya [45]. Dwie pozostałe wiązki pominięto, jako że nie były pomocne w weryfikowaniu hipotez tej pracy. W niniejszym badaniu uwzględniono następujące skale ACL: **potrzeby** (osiągnięć, dominacji, wytrwałości, rozumienia siebie i innych, porządku, opiekania się innymi, afiliacji, kontaktów heteroseksualnych, ujawniania się, autonomii, agresji, zmiany, wsparcia ze strony innych, upokorzenia, podporządkowania); **skale tematyczne** (gotowość do przyjęcia pomocy i porady innych ludzi, samokontrola, zaufanie do siebie, przystosowanie osobiste, idealny obraz siebie, osobowość twórcza, zdolności przywódcze, męskość, kobiecość); **skale modus operandi**. Średnia wartość współczynnika α -Cronbacha dla wszystkich 37 skal wynosi 0,75 [43]. Rzetelność i stabilność skal (mierzone nawet po latach) wynoszą 0,6–0,77. Normalizację testu autorzy przeprowadzili na podstawie badań 5238 mężczyzn i 4144 kobiet. Za wyniki przeciętne uznano średnie mieszczące

się w przedziale 41–59 [43]. Parametry psychometryczne polskich tłumaczeń testu przymiotnikowego są, niestety, dość fragmentaryczne. Dla wersji testu zastosowanej w obecnej pracy normy ustalono na podstawie badań przeprowadzonych wśród 282 studentów [44].

Procedury statystyczne

Obliczenia dokonano za pomocą programu statystycznego SPSS-PC 10. Stosowano: Test t-Studenta, regresję krokową oraz jednoczynnikową analizę wariancji. Nieliczne brakujące wyniki program zastępował średnimi. Grupa badana spełniała kryteria rozkładu normalnego.

Klinika Nerwic – miejsce prowadzenia badań

Opisywana psychoterapia odbywała się na oddziale całodobowym Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Ta eklektyczna i kompleksowa terapia oparta jest na uczeniu poznawczo-społecznym. Podczas 10-tygodniowej terapii pacjenci korzystają z różnych oddziaływań terapeutycznych: indywidualnych (psychoterapia indywidualna), grupowych (terapia grupowa, psychodrama, psychorysunek, muzykoterapia, choreoterapia, psychoedukacja), społecznych (terapia zajęciowa, społeczność terapeutyczna). W niektórych przypadkach natręctw, zaburzeń odżywiania się, osobowości borderline, równolegle stosuje się farmakoterapię [46, 47].

Grupa badana

Grupę badaną stanowili pacjenci leczeni w latach 1999–2002. Chcąc zachować względną reprezentatywność badanych grup, rozdano ankiety wszystkim 322 kolejno zgłaszającym się na leczenie pacjentom. Z tego 274 osoby ukończyły terapię i wypełniły wszystkie testy na 1 i 2 etapie badania. Ponadto 18 osób ukończyło leczenie, ale oddało niepełne ankiety. Dane podane w niniejszym artykule obliczono dla $N = 274$. Większość stanowiły kobiety – 72,6%, wobec 24,7% mężczyzn. Przeważały osoby młode – do 24 r.ż. (38,32 %) oraz 25–34 r.ż. (31,75%). Pozostałe grupy wiekowe: 35–44 r.ż. (14,23%) oraz 45–55 r.ż. (15,70 %), średni wiek 30,62. Do najczęstszych rozpoznań należały: zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną – 51,5%; zaburzenia odżywiania się – 27,0 %, zaburzenia osobowości – 15,7%, oraz dystymia 5,8%.

Procedura

Kwestionariusze pacjenci wypełniali trzykrotnie:

T 1 – w czasie rozmowy kwalifikacyjnej: HSCL, KM,

T 2 – w momencie przyjęcia do kliniki: HSCL, KM, SOC, ACL,

T 3 – pod koniec leczenia (w praktyce 7–14 dni przed wypisaniem): HSCL, KM, SOC, ACL.

Wyniki

Dynamika motywacji

Tabela 1. **Dynamika motywacji (średnie) na etapach T1, T2, T3**

		Średnie	SD	t(1-2)	t(1-3)	t(2-3)
aktywność	T 1	64,3373	8,4002	1,483	-1,88	-0,501
	T 2	63,7578	7,3589			
	T 3	64,6914	8,2445			
bezzadność	T 1	36,9040	6,1297	2,742	1,422	3,448
	T 2	35,9883	6,3533			
	T 3	35,4375	6,2519			
krzywda	T 1	40,5221	8,3396	3,727	4,598	7,407
	T 2	38,6797	7,9537			
	T 3	36,8164	8,1972			
zagrożenie	T 1	28,3840	4,1716	3,700	3,668	6,245
	T 2	27,5000	4,5890			
	T 3	26,6875	4,5988			

N = 274, p < 0,0001

SD – odchylenie standardowe; t – wynik testu t-Studenta (różnice między średnimi)

Jedynym czynnikiem motywacyjnym, który wzrasta podczas psychoterapii, jest aktywność (śr. 0,9337). W okresie oczekiwania na leczenie jego wartość maleje (śr. -0,5795). Pozostałe trzy czynniki: bezzadność, krzywda i zagrożenie, maleją zarówno w czasie psychoterapii, jak i w czasie oczekiwania na nią. Szczególnie duży spadek wartości odnotowuje w trakcie psychoterapii czynnik krzywdy (śr. -1,8633). Wszystkie czynniki (aktywność, bezzadność, krzywda i zagrożenie) zmieniają się w sposób niezwykle statystycznie istotny, zarówno w trakcie trwania psychoterapii, jak i w okresie oczekiwania na nią (w każdym przypadku p < 0,0001).

Nasilenie objawów a dynamika motywacji

Nasilenie poszczególnych objawów (agresja – wrogość, depresja z niepokojem, depresja z zahamowaniem, lęk fobiczny, nadwrażliwość interpersonalna, natręctwa i somatyzacja) oraz ogólny poziom objawów (HSCL-globalny) – zmniejszają się istotnie statystycznie (w każdym przypadku p < 0,0001). Dotyczy to zarówno okresu oczekiwania na psychoterapię (między kwalifikacją a przyjęciem), jak i samej psycho-

Tabela 2. **Dynamika zmian objawów (średnie) na etapach T1, T2, T3**

		Średnie	SD	t (1-2)	t (1-3)	t (2-3)
ogólny poziom objawów	T 1	24,7571	5,4049	5,583	12,204	8,611
	T 2	23,3779	5,6682			
	T 3	20,9165	5,2400			
agresja	T 1	23,2762	6,5461	4,542	4,209	7,518
	T 2	21,7275	6,3289			
	T 3	20,3041	5,4670			
depresja z niepokojem	T 1	27,6390	6,9367	5,504	6,038	9,800
	T 2	25,7159	6,9898			
	T 3	23,2257	6,7915			
depresja z zahamowaniem	T 1	26,5503	6,3005	2,804	7,479	9,207
	T 2	25,6123	6,6426			
	T 3	22,8629	6,2828			
natręctwa	T 1	24,9662	6,9541	4,877	7,491	10,766
	T 2	23,3577	6,9679			
	T 3	20,9215	6,5479			
lęk fobiczny	T 1	23,8325	8,4069	6,854	7,024	13,036
	T 2	21,4274	8,1804			
	T 3	18,7672	7,3046			
nadwrażliwość	T 1	24,1740	7,6851	7,525	7,257	7,038
	T 2	23,9937	7,6724			
	T 3	21,0949	6,8795			
somatyzacja	T 1	23,0630	6,8780	2,942	7,315	10,422
	T 2	22,0438	7,1852			
	T 3	19,3900	6,6144			

N = 274, p < 0,0001

SD – odchylenie standardowe; t – wynik testu t-Studenta (różnice między średnimi).

terapii (między przyjęciem a wypisaniem). Większość objawów bardziej zmniejsza się podczas psychoterapii niż w czasie oczekiwania na nią. Wyjątek stanowi agresja – wrogość, która bardziej zmalała w czasie oczekiwania niż w czasie leczenia. W czasie terapii najbardziej zmalały kolejno: nadwrażliwość interpersonalna, HSCL-globalny, depresja z niepokojem, lęk fobiczny, somatyzacja. Zdecydowanie najmniej podczas psychoterapii obniżyła się agresja – wrogość. Zwracają uwagę duże spadki nasilenia nadwrażliwości interpersonalnej oraz depresji z niepokojem podczas psychoterapii w zestawieniu z minimalnym spadkiem tych objawów w okresie oczekiwania na leczenie.

Tabela 3. Związek między nasileniem objawów a motywacją (regresja krokowa ¹)

Zmniejszenie się ↓ nasilenia grup objawów podczas psychoterapii (T2–T3)	Źlumaczone ² dynamiką czynników motywacyjnych podczas psychoterapii (T2–T3) – oparto na skorygowanym R ²	Standaryzowany współczynnik beta	t
ogólny poziom objawów	23,1% bezradność↓, aktywność ↑	0,51 / -0,19	8,83 / -3,27
agresja	19,4% bezradność↓, aktywność ↑, krzywda↓	0,41 / -0,25 / 0,161	6,84 / -4,07 / 2,63
depresja z niepokojem	12,7% bezradność↓, aktywność ↑	0,50 / -0,21	8,72 / -3,65
depresja z zahamowaniem	22,8% bezradność↓, aktywność ↑	0,38 / -0,18	6,14 / - 2,90
natręctwa	9,7% bezradność↓	0,32	5,34
lęk fobiczny	6,5% bezradność↓	0,26	4,34
nadwrażliwość	13,5% bezradność↓, aktywność ↑	0,37	6,40
somatyzacja	10,4% bezradność↓, zagrożenie ↓	0,24 / 0,16	3,63 / 2,50

N = 274, p < 0,0001

↑ – wzrost, ↓ – zmniejszenie

¹ Regresja krokowa to procedura statystyczna służąca do analizy zmiennych niezależnych słabo skorelowanych ze sobą i jednocześnie silnie skorelowanych ze zmienną zależną. Procedura ta zakłada kolejne (krokowe) dołączanie do listy zmiennych objaśniających, które mają najistotniejszy wpływ na zmienną zależną.

² tzn. wyjaśnia wielkość skorelowania, czyli najistotniejszy wpływ zmiennych niezależnych na zmienną zależną, poprzez analizę regresji krokowej.

Zmniejszenie się czynnika bezradności oraz wzrost czynnika aktywności najczęściej tłumaczą zmniejszenie nasilenia grupy objawów podczas psychoterapii. Poczucie krzywdy wpływa w pewnym stopniu na zmniejszenie objawów w zakresie agresji, a poczucie zagrożenia w zakresie somatyzacji. Wszystkie symptomy, z wyjątkiem natręctw i lęku fobicznego, były tłumaczone czynnikami motywacyjnymi przy R² > 10%. Wszystkie wyniki są istotne na poziomie p < 0,0001.

Motywacja a objawy na poszczególnych etapach leczenia

W momencie przyjęcia do kliniki – większość objawów jest tłumaczona czynnikami motywacyjnymi. Tylko grupa objawów z zakresu agresji oraz depresji z niepokojem

Tabela 4. Poziom objawów a motywacja, koherencja, czynniki osobowościowe na etapach T2 i T3 (regresja krokowa)

Objaw	Na etapie T 2 jest głównie tłumaczony przez			Na etapie T 3 jest głównie tłumaczony przez		
	cz. motywacyjny	cz. osobowościowy	koherencja	cz. motywacyjny	cz. osobowościowy	koherencja
ogólny poziom objawów	bezradność, krzywda, aktywność 42,1%	afiliacja, autonomia, upokorzenie, osobowość twórcza 28,5%	koherencja, sensowność 39,1%	bezradność, krzywda, aktywność 28,6%	idealny obraz siebie, afiliacja, upokorzenie, dominacja, autonomia, opiekowanie się, przystosowanie 35,8%	koherencja 32,7%
agresja	bezradność, krzywda 19,8%	afiliacja, introspekcja, dominacja, ekshibicjonizm, samokontrola, idealny obraz siebie 26,3%	zaradność, koherencja 30,4%	bezradność, krzywda, aktywność 20,2%	idealny obraz siebie, samokontrola, afiliacja, osiągnięcia 26,4%	zaradność, zrozumiałość 25,3%
depresja z niepokojem	bezradność, aktywność, krzywda 40,4%	afiliacja, upokorzenie, ekshibicjonizm, introspekcja, samokontrola 35,1%	koherencja 45,2%	bezradność, aktywność 30,0%	idealny obraz siebie, afiliacja, upokorzenie, autonomia 34,5%	koherencja 39,3%
depresja z zahamowaniem	bezradność, zagrożenie 25,8%	upokorzenie, afiliacja, dominacja, osobowość twórcza 17,5%	koherencja, sensowność 23,8%	bezradność, aktywność, krzywda 14,2%	osobowość twórcza, afiliacja, wytrwałość 16,7%	koherencja 20,3%
natręctwa	bezradność 26,7%	idealny obraz siebie, zmiana, upokorzenie, afiliacja 28,2%	koherencja 26,3%	bezradność, aktywność, krzywda 14,6%	idealny obraz siebie, gotowość przyjęcia pomocy, upokorzenie 25,7%	koherencja 21,4%
lęk fobiczny	bezradność, zagrożenie 23,7%	osobowość twórcza, afiliacja, upokorzenie, osiągnięcia 13,4%	zrozumiałość, zaradność 14,3%	bezradność, zagrożenie, aktywność, krzywda 16,9%	idealny obraz siebie, porządek, przystosowanie 11,8%	zrozumiałość 13,4%
nadwrażliwość	bezradność 38,0%	afiliacja, upokorzenie, introspekcja, wytrwałość, gotowość na przyjęcie pomocy 33,3%	koherencja 33,2%	bezradność, zagrożenie, aktywność, krzywda 27,2%	idealny obraz siebie, przystosowanie, wsparcie 28,4%	koherencja, sensowność 26,5%
somatyzacja	zagrożenie, bezradność 22,0%	osobowość twórcza, opiekowanie się, autonomia 13,2%	zaradność, zrozumiałość 11,0%	zagrożenie, bezradność, aktywność, krzywda 21,6%	idealny obraz siebie, wytrwałość 13,4%	zrozumiałość 11,4%

Czynniki najbardziej wpływające na poziom objawów zaznaczono kursywą i wytłuszczono. Standaryzowany współczynnik beta – waha się od -0,28 do 0,62; wartość testu t-Studenta – waha się od -4,52 do 9,03

są przede wszystkim tłumaczone koherencją. Natręctwa to jedyna grupa objawów tłumaczona głównie czynnikami osobowościowymi. W momencie wypisania z kliniki – czynniki motywacyjne odgrywają dominującą rolę tylko w przypadku lęku fobicznego oraz somatyzacji. Koherencja jest czynnikiem wywierającym główny wpływ na depresję z zahamowaniem i depresję z niepokojem. Większość czynników jest tłumaczona zmiennymi osobowościowymi.

Motywacja a poczucie koherencji oraz motywacja a wymiary osobowości

Tabela 5. **Motywacja – koherencja i czynniki osobowościowe (regresja krokowa)**

Dynamika czynników motywacyjnych podczas psychoterapii (T2–T3)	... jest tłumaczona (oparto na skorygowanym R ²)	Standaryzowany współczynnik beta	t
bezradność ↓	18,6% koherencją ↑ 12,3% potrzebami: afiliacji ↑ , upokorzenia ↓	-0,14 0,28 / 0,20	-2,01 4,00 / 2,97
aktywność ↑	2,1% koherencją ↑ p 0,631 6,8 % potrzebami: podporządkowania ↓, ujawniania ↑	-0,44 -0,26 / 0,19	-7,55 -3,96 / 2,89
krzywda ↓	4,6% zaradnością ↑ 1,7% potrzebą: podporządkowania ↓, p 0,027	-0,22 -0,15	-3,59 -2,22
zagrożenie ↓	6,3% zrozumiałością ↑ 2,5% potrzebą osiągnięć ↑ p 0,011	-0,26 -0,17	-4,17 -2,57

↑ – wzrost, ↓ – zmniejszenie
N = 274, p < 0,0001 (jeśli nie zaznaczono inaczej)

Zmiana tylko jednego czynnika motywacyjnego – bezradności – jest tłumaczona koherencją i wymiarami osobowościowymi w sposób statystycznie istotny, przy zachowanym R² > 10%.

Dyskusja

Dynamika motywacji

Wszystkie czynniki motywacji (aktywność, bezradność, krzywda i zagrożenie) zmieniają się w sposób istotny statystycznie, zarówno w trakcie trwania terapii, jak i w okresie oczekiwania na nią. Potwierdzają to obserwacje wielu badaczy [15, 36, 48, 49]. Wydaje się więc, że – wbrew temu, co pisał Dean [50] – motywacji nie można postrzegać jako trwałej charakterystyki pacjenta.

Można zaobserwować prawidłowość, że czynnik aktywności wzrasta, podczas gdy czynniki bezradności, krzywdy i zagrożenia maleją. Można to interpretować jako korzystny wynik terapii związany z procesem aktywnego uczenia się [47], opartego między innymi na różnorodnych treningach. Koresponduje to z koncepcją Balesa [51], który zakłada, że zadaniowy charakter grupy służy aktywnemu rozwiązaniu konkretnych problemów i zadań. Jego zdaniem, jeżeli trening przynosi zakładane rezultaty, pacjent przeważnie chętnie go powtórzy. Fenomen czynnika aktywności można również zrozumieć w świetle motywacji epistemicznej opisanej przez Kruglanskiego [14]. Według niego, ten rodzaj motywacji charakteryzuje osoby czerpiące satysfakcję z twórczego poszukiwania nowych informacji i wiedzy. Ponieważ z czynnikiem aktywności najtrafniej jest skorelowane pytanie dotyczące analizy własnego postępowania, wzrost aktywności podczas terapii może więc świadczyć o jednoczesnym nabywaniu wglądu przez pacjenta. Wzrost czynnika aktywności można też tłumaczyć praktycznym wykorzystaniem w psychoterapii w Klinice Nerwic teorii stresu psychologicznego [52], poprzez pomaganie pacjentom w aktywnym poszukiwaniu nowych metod radzenia sobie ze stresem. Oznacza to, że przynajmniej niektórzy pacjenci przestają być biernymi obserwatorami lub ofiarami, które czują się zagrożone, bezradne i skrzywdzone. Z czasem zyskują aktywny wpływ na swoje życie oraz uzyskują wewnętrzne poczucie kontroli, co często jest poparte reorientacją poglądów. Wydaje się, że analogicznie można tłumaczyć szczególnie duży spadek wartości czynnika krzywdy.

Wyraźny wzrost czynnika aktywności, który według oceny Wysokińskiej-Gąsior i Matuszewskiego [37] stanowi najważniejszą i najsilniejszą składową motywacji, oraz jego pozytywny wpływ na wynik leczenia znajduje odzwierciedlenie w innych badaniach, w których wiązano pomyślne zakończenie psychoterapii z aktywnością pacjenta, postrzeganą jako kluczową zmienną w radzeniu sobie z wyuczoną bezradnością [53, 54, 55].

Zmniejszanie się znaczenia czynnika bezradności na rzecz czynnika aktywności w pewnym stopniu można tłumaczyć odchodzeniem pacjenta od przekonania, że nie ma żadnego wyjścia z jego trudnej sytuacji – w stronę przeświadczenia, że ma zdolność do dokonywania wyborów wpływających na jego życie. Jak twierdzi Locke [56], osoby z poczuciem wpływu na swój los będą wybierać zadania wymagające większego wysiłku, stając się w ten sposób aktywniejsze. Warto przy tym wspomnieć, że z czynnikiem bezradności najwyżej koreluje stwierdzenie *trwanie w sytuacji bez wyjścia*. Oznacza to, że osoby decydujące się na leczenie w Klinice Nerwic w dużym stopniu mają poczucie tkwienia w błędnym kole, z którego same nie potrafią się wyrwać. Bezradność przy przyjęciu do szpitala może też być związana z amotywacją, czyli, jak uważają Deci i Ryan [36], z niedostrzeganiem związku pomiędzy zachowaniem a jego wynikiem. Prowadzić to może do poczucia braku sensu jakiegokolwiek aktywności oraz znacznej bezradności.

Wydaje się, że silny wpływ czynnika bezradności na poziom objawów u pacjenta na początku leczenia może wynikać z doświadczenia bezsilności wobec nierozwiązanych wewnętrznych konfliktów motywacyjnych [57]. Nieświadome konflikty bazujące na niezaspokojonych potrzebach powodują, że pacjent, choć deklaruje motywację do zmiany, to w rzeczywistości ma co najwyżej motywację do przychodzenia na

terapię. Tak istotną rolę czynnika bezradności na początku leczenia można próbować tłumaczyć również zewnętrznym źródłem kontroli, częstym u osób przed podjęciem psychoterapii [41].

Nasilenie objawów a dynamika motywacji

Z badań wynika, że dynamicznie zmieniająca się motywacja wywiera wpływ na zachodzącą podczas leczenia zmianę w zakresie objawów. Ponadto, wpływ motywacji na poziom objawów jest najistotniejszy na początku leczenia. Inni badacze również obserwowali znaczącą korelację pomiędzy początkową motywacją a wynikiem leczenia [15, 27, 28, 29, 31] oraz pomiędzy ogólną motywacją a wynikiem psychoterapii [25, 58]. Uważa się, że adekwatna motywacja i realistyczne oczekiwania mają wpływ na dobry początek leczenia [23, 59]. Nieliczne prace, które nie potwierdzały istotności związku początkowej motywacji z wynikiem leczenia, opierały się na stosunkowo małej liczbie badanej [60, 61].

Warto zwrócić uwagę, że kluczową rolę odgrywa czynnik bezradności – wydaje się odpowiadać za otwarcie pacjenta na proces zmian. Często jako jedyny czynnik samodzielnie tłumaczy poziom lub zmianę określonej grupy objawów. Bezradność jest szczególnie ważna na początku procesu terapii. Wysoka jej wartość przy przyjęciu do szpitala istotnie odpowiada za korzystną zmianę w zakresie objawów w trakcie leczenia.

Motywacja (a konkretniej zmiana czynników bezradności i aktywności) w największym stopniu wpływa na zmianę całkowitego nasilenia objawów (HSCL-globalny) oraz zmianę nasilenia depresji z zahamowaniem. W najmniejszym stopniu zmiana poziomu bezradności i zagrożenia tłumaczy zmianę nasilenia somatyzacji, a zmiana poziomu bezradności i aktywności – zmianę nasilenia depresji z niepokojem. Być może duży związek motywacji i depresji z zahamowaniem wiąże się ze szczególnym znaczeniem bezradności i niskiej aktywności w kształtowaniu obrazu psychopatologicznego tej grupy objawów. Zmniejszenie się bezradności podczas terapii może oznaczać, że pacjent stopniowo zaczyna sobie radzić z dyskomfortem i frustracją. Wraz ze spadkiem tego czynnika powinien zanikać rozdźwięk między jego oczekiwaniami, potrzebami a realnymi możliwościami.

Czynnik zagrożenia tylko w przypadku somatyzacji w większym stopniu niż bezradność tłumaczy objaw. Być może dlatego, że im bardziej pacjent jest świadomy swojej choroby i zagrażającego znaczenia jej objawów, w tym większym stopniu jest skłonny podejmować wysiłek zmiany, nawet pomimo własnego cierpienia czy niepewnej przyszłości.

Jeśli idzie o czynnik krzywdy, istotny statystycznie wpływ wywiera on na zmiany zachodzące podczas leczenia odnośnie: objawu agresji – wrogości i depresji z zahamowaniem. Prawdopodobnie jest to szczególnie istotne dla osób, które doświadczyły przemocy lub wykorzystania w przeszłości i w związku z tym mają trudności w kontroli własnej agresji. Osoby z takimi objawami i wysokim poczuciem krzywdy są szczególnie roszczeniowe, niechętnie podejmują własną aktywność. Przeważnie charakteryzują się zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli. Zmniejszenie się

wartości czynnika krzywdy podczas terapii może oznaczać, że pacjent w mniejszym już stopniu biernie oczekuje na pomoc. Oznaczać to może mniejszy udział motywacji zewnętrznej, na rzecz wewnętrznej, w jego decyzji o kontynuowaniu leczenia.

Dominujący wpływ motywacji na poziom objawów na początku terapii ustępuje na rzecz zmiennych osobowościowych, które na końcu leczenia najistotniej wpływają na poziom objawów. Podobne zjawisko obserwowano w terapii psychodynamicznej [62], co tłumaczono tym, że pacjenci czuli się stopniowo coraz bardziej świadomi swych potrzeb, możliwości oraz ograniczeń.

Motywacja a poczucie koherencji oraz motywacja a wymiary osobowości

Spośród czynników motywacyjnych, tylko zmiana czynnika bezradności pozostaje w istotnym statystycznie związku ze składowymi koherencji oraz zmiennymi osobowościowymi. Prawdopodobnie jest to związane z tym, że w obniżeniu własnej bezradności pomaga zarówno dogłębne zrozumienie własnej sytuacji (osiągnięcie wglądu), jak i aktywne korzystanie z własnych zasobów mogących pomóc w sprośtaniu problemom (reorientacja postaw). Teoria salutogenezy [39] opisuje te zasoby jako poczucie zrozumiałości, sensowności i zaradności.

Wydaje się, że szczególnie potrzeba ujawniania się (związana z silną tendencją do szybkiego i skutecznego przyciągania uwagi innych) oraz potrzeba afiliacji (związana z szukaniem i utrzymywaniem licznych osobistych relacji) mogą wzmocnić motywację do zmiany u pacjenta podejmującego leczenie z powodu bezradności.

Nieoczekiwanie nie ujawniono statystycznie istotnego związku poczucia sensowności z jakimkolwiek czynnikiem motywacyjnym. Spodziewano się innych wyników, gdyż teoria salutogenezy zakłada, że poczucie sensowności wyraża stronę motywacyjną koherencji [39]. Być może jest to związane z badaniem mimo wszystko nieco odmiennych obszarów motywacyjnych przez Antonovsky'ego oraz Wysokińską-Gąsior i Matuszewskiego [37].

Podsumowanie i wnioski

Motywacja okazała się ważnym, aczkolwiek nie dominującym, czynnikiem wpływającym na wynik psychoterapii. Wykazała większy wpływ na poziom objawów na etapie przyjęcia do kliniki, natomiast czynniki osobowościowe miały większy wpływ na końcu leczenia.

Wszystkie czynniki motywacyjne zmieniły się w okresie oczekiwania na terapię oraz podczas terapii. Trzy z nich (bezradność, krzywda, zagrożenie) stopniowo się zmniejszały. Poziom czynnika aktywności wzrastał stopniowo w czasie leczenia, równoległe do zmniejszającego się nasilenia poszczególnych grup objawów. Te wyniki wykazują, że zdolność do bycia aktywnym może być ważnym predyktorem zmiany zachodzącej w wyniku psychoterapii. Motywacyjny czynnik bezradności odgrywał dominującą rolę na początku leczenia. Być może rola bezradności na tym etapie terapii powinna być częściej postrzegana jako bezsilność pacjenta w obliczu intensywnych objawów niż jako brak motywacji.

Ocena motywacji powinna być rozważana jako standardowa procedura na różnych etapach terapii. Wzmacnianie wewnętrznej motywacji wydaje się kluczowe dla wyniku psychoterapii, zarówno w kontekście redukcji symptomów, jak i zmiany osobowościowej. Procesom tym szczególnie sprzyja początkowa bezradność pacjenta, a następnie wzrastająca podczas leczenia jego własna aktywność. Wydaje się, że wszelkie techniki, które powodują, że pacjent czuje się zrozumiany, odczuwa ulgę, że bardziej rozumie siebie i innych, że z sukcesem próbuje nowych zachowań – powodują wzrost motywacji do uczestnictwa w terapii, do pozostania w niej, do zmiany [32, 63, 64, 65]. Można to osiągnąć poprzez zastanowienie się wspólnie z pacjentem, jaki jest rzeczywisty jego problem i jak jest doświadczany, oraz pomagając mu w ocenie, czy stan pożądanym jest możliwy do osiągnięcia. Warto również pozwolić pacjentowi ocenić, czy ten terapeuta i ta sytuacja są dla niego odpowiednie oraz sprawdzić, czy istnieją jakieś konkurencyjne możliwości. Należy przy tym podkreślić, że chociaż motywacja jest istotnym predyktorem wyniku psychoterapii, to skuteczność tej formy leczenia jest uwarunkowana wielowymiarowo [25, 66, 67].

Katamneza opisanej grupy badanej jest wymagana, by znaleźć odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu poszczególne czynniki motywacyjne wpływają na nasilenie różnych grup objawów nawet kilka lat po zakończeniu leczenia.

Мотивирующие факторы и результаты психотерапии

Содержание

Задание. Заданием проекта было исследование стабильности мотивировки к психотерапии и связи между мотивировкой и клиническим улучшением состояния здоровья.

Метод. Основным пособием для исследования 274 пациентов был Глоссарий мотивировки, который определяет четыре фактора: протрация, активность, угроза, обида. Пациенты заполняли также Глоссарий симптомов, Прилагательный тест и Глоссарий ориентировки в жизненном пространстве.

Результаты. Мотивировка оказалась важным, но не двинирующим фактором, и влияющим на результат психотерапии. Мотивировка оказала большее влияние на уровень симптомов на этапе приема в клинику, тогда как личностные факторы имели большее влияние в конце лечения. Протрация, обида и угроза постепенно уменьшались как в периоде ожидания лечения, так и во время психотерапии. Уровень фактора активности возрастал постепенно во время лечения, параллельно с уменьшающимся насилением отдельных групп симптомов. Фактор протрации играл главную роль при квалификации и вначале лечения.

Выводы. Способность активного поведения может быть важным предиктором изменений, происходящих в результате психотерапевтического лечения. Роль протрации вначале лечения может быть рассмариваема как бессилие пациента при интенсивных симптомах болезни.

Motivationsfaktore und Ergebnis der Psychotherapie

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war die Untersuchung der Stabilität der Motivation für Psychotherapie und des Zusammenhanges zwischen der Motivation und klinischer Besserung.

Methode. Die Angaben wurden von 274 Patienten gesammelt. Das Schlüsselwerkzeug war der Fragebogen zur Erfassung der Motivation, der vier Faktoren misst: Ratlosigkeit, Aktivität,

Gefährdung, Unrecht. Die Patienten füllten auch Folgendes aus: Fragebogen zur Erfassung von Symptomen, Adjektivtest, Fragebogen zur Lebensorientierung.

Ergebnisse. Die Motivation zeigte sich als ein wichtiger, aber nicht herrschender Faktor, der das Ergebnis der Psychotherapie beeinflusst. Die Motivation zeigte einen größeren Einfluss auf den Symptomenlevel bei der Aufnahme in die Klinik, dagegen hatten die Persönlichkeitsfaktoren einen größeren Einfluss am Ende der Behandlung. Ratlosigkeit, Unrecht und Gefährdung sanken allmählich bei der Erwartung auf die Therapie und während der Therapie. Das Niveau des Aktivitätsfaktors stieg während der Behandlung, parallel zur sinkenden Intensität der einzelnen Symptomengruppen. Der Faktor der Ratlosigkeit spielte eine herrschende Rolle bei der Qualifizierung und am Anfang der Behandlung.

Schlussfolgerungen. Die Fähigkeit, aktiv zu sein, kann ein wichtiger Prädiktor der Veränderung sein, die während der Psychotherapie auftritt. Die Rolle der Ratlosigkeit kann am Anfang der Behandlung als die Ratlosigkeit des Patienten gegen die intensiven Symptome betrachtet werden.

Les facteurs de motivation et l'effet de la psychothérapie

Résumé

Objectif. Ce travail vise à analyser la stabilité de la motivation à la psychothérapie, les relations de la motivation et l'amélioration de l'état psychique.

Méthodes. On analyse les données cliniques de 274 patients venant du Questionnaire de Motivation (qui mesure 4 facteurs: perplexité, activité, sens du danger, sens du préjudice) et d'autres questionnaires: Hopkins Symptoms Check List, Qdjective Check List, Sens of Coherence.

Résultats. La motivation s'avère le facteur important, mais non dominant, influant sur l'effet de la psychothérapie. Elle influe surtout sur l'intensité des symptômes au début de la thérapie tandis que les traits de la personnalité influent surtout sur l'effet final de la psychothérapie. La perplexité, le sens du danger et le sens du préjudice diminuent progressivement durant l'attente de la psychothérapie et pendant la thérapie elle-même. Le niveau d'activité augmente parallèlement à la diminution d'autres symptômes. La perplexité joue le rôle le plus important durant le diagnostic et au début de la thérapie.

Conclusions. L'aptitude à être plus actif peut être le pronostic important des changements résultant de la psychothérapie. La perplexité du début de la thérapie peut être perçue comme impuissance du patient en face de l'intensité des symptômes.

Piśmiennictwo

1. Cofer CN, Appley MH. *Motivation: theory and research*. New York: Wiley & Sons; 1964.
2. Madsen KB. *Modern theories of motivation*. Copenhagen: Munksgaard; 1974.
3. Pervin LA. *The science of personality*. New York: Wiley; 1996.
4. Łukaszewski W. *Motywacja w najważniejszych systemach teoretycznych*. W: Strelau J, red. *Psychologia. Podręcznik akademicki*, tom II. Gdańsk: GWP; 2000, s. 427–440.
5. Doliński D, Łukaszewski W. *Typy motywacji*. W: Strelau J, red. *Psychologia. Podręcznik akademicki*, tom II. Gdańsk: GWP; 2000, s. 469–491.
6. Gasiul H. *Teorie emocji i motywacji*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW; 2002.
7. Simon W, Marchewka D, Sala P. *Motywacja a psychoterapia*. *Psychoter*. 2002; 4: 5–22.
8. Reber AS. *Dictionary of psychology*. London: Penguin Books; 1995.
9. Freud S. *Zur Psychopathologie des Alltagslebens*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag; 1901.
10. Woodworth RS. *Dynamic psychology*. New York: Columbia University Press; 1918.
11. Maslow AH. *Motivation and personality*. New York: Harper and Row Publishers; 1954.
12. Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton; 1953.

13. Young P. *Motivation and emotion. A survey of the determinants of human activity*. NY: Wiley; 1961.
14. Kruglanski AW. *Lay epistemic and human knowledge: Cognitive and motivational bases*. New York: Plenum Press; 1989.
15. Sifneos PE. *Motivation for change: A prognostic guide for successful psychotherapy*. *Psychother. Psychosom.* 1978; 3: 293–298.
16. Horney K. *The neurotic personality of our time*. New York: Norton; 1937.
17. Murphy G. *Social motivation*. W: Lindzey G, red. *Handbook of social psychology*. Cambridge: Addison-Wesley Press; 1954, s. 601–633.
18. Mowrer OH. *Learning theory and behaviour*. New York: Wiley; 1960.
19. Skinner BF. *About behaviorism*. New York: Knopf; 1974.
20. Hebb DO. *The organization of behavior*. New York: Wiley; 1949.
21. Kelly GA. *Man's construction of his alternatives*. W: Lindzey G, red. *Assessment of human motives*. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1958, s. 33–64.
22. Wiener B. *On sin versus sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation*. *Am. Psychol.* 1993; 48: 957–965.
23. Cartwright RD, Lerner B. *Empathy, need to change and improvement with psychotherapy*. *J. Consul. Psychol.* 1963, 27: 138–144.
24. Strupp HH. *The outcome problem in psychotherapy revisited*. *Psychother.* 1963; 1: 1–13.
25. Luborsky L, Auerbach AH, Chandler M, Cohen J. *Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research*. *Psychol. Bull.* 1971; 3: 145–161.
26. Keithly IJ, Samples SJ, Strupp HH. *Patient motivation as a predictor of process and outcome in psychotherapy*. *Psychother. Psychosom.* 1980, 33: 87–97.
27. Haan E de, Oppen P, Balkom AJ, Spinhoven P, Hoogduin CA, Dyck R. *Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997, 96: 354–361.
28. Schefft BK, Kanfer FH. *The utility of a process model in therapy: a comparative study of treatment effects*. *Behav. Ther.* 1987, 2: 113–134.
29. Hoogduin CA, Duivenvoorden HJ. *A decision model in the treatment of obsessive-compulsive neuroses*. *Brit. J. Psychiatry* 1988; 152: 516–521.
30. Frayn DH. *Assessment factors associated with premature psychotherapy termination*. *Am. J. Psychother.* 1992; 2: 250–261.
31. Keijsers GP, Schaap CP, Hoogduin CA, Hoogsteyns B, Kemp EC, de. *Preliminary results of a new instrument to assess patient motivation for treatment in cognitive-behaviour therapy*. *Behav. Bogn. Psychother.* 1999; 27: 165–179.
32. Simon W. *Motywacja do psychoterapii jako czynnik wpływający na wyniki leczenia terapią behawioralno-poznawczo-społeczną*. Niepublikowana praca doktorska. IPiN. Warszawa 2004.
33. Wallerstein RS, Robbins LL. *The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation IV*. *Bull. Menn. Clin.* 1956; 20: 239–262.
34. Atkinson JW. *Badania nad motywacją osiągnąć*. *Psychol. Wychow.* 1960; 2: 130–150.
35. Grzesiuk L. *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: PWN; 1998.
36. Deci EL, Ryan RM. *Intrinsic motivation, self determination in human behavior*. NY: Plenum Press; 1985.
37. Wysokińska-Gąsior T, Matuszewski A. *Nerwice. Kwestionariusz motywacji do leczenia. Podręcznik*. Warszawa: Ginter; 1991.

38. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. *The Hopkins Symptom Checklist. A measure of primary symptoms dimensions psychological measurements in psychopharmacology*. Mod. Probl. Pharmacopsychiatr. 1974; 7: 79–110.
39. Siwiak-Kobayashi MM. *Cognition and emotion*. Oxford: BP Books; 1994.
40. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1987.
41. Rotter JB, Chance JE, Phares EJ. *Applications of a social learning theory of personality*. New York: Holt, Reinhart and Winston; 1972.
42. Mroziak B, Czabała JCZ, Zwoliński M. *Poczucie koherencji (SOC) jako determinant zdrowia psychicznego młodzieży*. W: *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec wyzwań cywilizacji współczesnego świata*. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego; 1996: 101–105.
43. Gough HG, Heilbrun AB Jr. *The adjective check list manual*. Palo Alto: Consult. Psychol. 1971.
44. Płużek Z. *Programy własnych badań*. W: Łazowski J, red. *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy*. Warszawa: PZWL; 1978, s. 74–100.
45. Murray HA. *Explorations in personality*. New York: Oxford Univ. Press; 1953.
46. Siwiak-Kobayashi MM. *Cognitive therapy, social learning and socio-cognitive treatment of neurotic disorders*. W: Siwiak-Kobayashi MM, Leder S, Czabała C, Sakuta T, red. *Psychotherapy at the turn of the century — proceedings of the 17th World Congress of Psychotherapy*. Warszawa: PTP; 2000, s. 207–222.
47. Leder S. *Zróźnicowana terapia zaburzeń nerwicowych*. Psychoter. 1988; 4: 21–26.
48. Hanna FJ. *Precursors of change; pivotal points of involvement and resistance in psychotherapy*. J. Psychother. Integr. 1996; 6: 227–264.
49. Murray JE. *Motivation and emotion*. New York: Wiley; 1965.
50. Dean SI. *Treatment of reluctant client*. Psychol. 1958; 13: 627–630.
51. Bales R. *Interaction process analysis: a method for the study of small groups*. Cambridge: Addison-Wesley; 1950.
52. Lazarus RS. *Multimodal behaviour therapy*. New York: Springer; 1976.
53. Galińska E. *Ocena niektórych aspektów efektywności metody portretu muzycznego na tle analogicznych metod psychoterapii nerwic*. Psychoter. 1994; 4: 49–60.
54. Treasure JL, Katzman M, Schmidt U, Troop N, Todd G, de Silva P. *Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy*. Behav. Res. Ther. 1999; 37: 405–418.
55. Wolk S, Devlin M. *Stage of change as a predictor of response to psychotherapy for bulimia nervosa*. Int. J. Eat. Dis. 2001; 30: 96–100.
56. Locke EA, Lathman GP. *A theory of goal setting and task performance*. NY: Englewood Cliffs; 1990.
57. Emmons RA, King LA. *Conflict among personal striving: Immediate and long-term implications for psychological and physical well being*. J. Person. Soc. Psychol. 1988; 54: 1040–1048.
58. Conrad DC. *An empirical study of the concept of psychotherapeutic success*. J. Consult. Psychol. 1952; 16: 92–97.
59. Alexiev AS. *Oczekiwania a przebieg i wyniki leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi*. Niepublikowana praca doktorska. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1973.
60. Siegel JM. *Mental health volunteers as a change agents*. Am. J. Comm. Psychol. 1973; 1: 138–158.
61. Mathews AM, Johnston DW, Shaw PM, Gelder MG. *Process variables and the prediction of outcome in behaviour therapy*. Brit. J. Psychiatry 1974; 125: 256–264.

62. Malan DH. *A study of brief psychotherapy*. New York: Plenum/Rosetta; 1975.
63. Enright JE. *Terapia i poradnictwo bez oporu*. W: Santorski J, red. *Nowe strategie i techniki pomocy psychologicznej*. Warszawa: PTHP, 1984, s. 88–112.
64. Rollnick S, Miller WR. *What is motivational interviewing?* Behav. Cogn. Psychother. 1995; 23: 325–334.
65. Vitousek K, Watson S. *Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders*. Clin. Psychol. Rev. 1998; 18: 391–420.
66. Lambert MJ, Bergin AE. *The effectiveness of psychotherapy*. W: Bergin AE, Garfield SL, red. *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: Wiley; 1994, s. 35–62.
67. Aleksandrowicz JW, Kowalczyk E. *Ocena skuteczności terapii nerwic*. Psychoter. 1984; 51: 15–28.

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

Otrzymano: 6.09.2007
Zrecenzowano: 28.11.2007
Przyjęto do druku: 10.01.2008