

Znaczenie cech osobowości pacjenta chorującego na schizofrenię i jego terapeuty dla relacji terapeutycznej

The significance of the personality traits of schizophrenic patients and their therapists for the therapeutic relationship

Anna Bielańska¹, Andrzej Cechnicki², Igor Hanuszkiewicz¹

¹ Pracownia Psychoterapii Psychoz Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej

² Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM

Summary

Aim. To analyse: 1) the associations between the therapists' and patients' assessments of the relationship, 2) the relationship between the personality traits of the therapists and the personality traits of the patients and their assessments of the relationship, 3) the relationship between age, sex and the personality traits of both groups and their assessment of the relationship.

Methods. 34 patients in long-term psychotherapy and their 11 therapists were investigated. The Dyadic Therapist-Patient Relationship Questionnaire, The Costa and McCrae's NEO-FFI Personality Inventory, Pearson coefficients of correlation and the regression analysis were used.

Results. The therapists' sense of professionalism was associated with the patients' acceptance of them ($p=0.032$). Therapists in whom the traits of Extroversion and Openness were more prominent accepted their patients more often ($p=0.006$; $p=0.041$), felt more professional ($p=0.000$; $p=0.023$) and more rarely felt uncertain in the relationship ($p=0.013$; $p=0.048$). Patients in whom the trait of Conscientiousness was more prominent more rarely rejected therapists ($p=0.004$) or perceived them as uncertain ($p=0.007$). A higher level of Neuroticism in patients was associated with greater uncertainty in the relationship on the part of therapists ($p=0.039$).

Conclusions. 1) Extroversion and Openness of therapists are associated with their attitude to patients 2) Conscientiousness and Neuroticism of patients are associated with their perception of therapists as well as with therapists' experience of the relationship 3) There is a positive influence on the therapeutic relationship when the patient is younger and the therapist older and female.

Słowa kluczowe: relacja terapeutyczna, osobowość, schizofrenia

Key words: therapeutic relationship, personality, schizophrenia

Wstęp

Różne szkoły psychoterapii w odmiennym stopniu uwzględniały relację między pacjentem a terapeutą w procesie terapeutycznym. Obecnie niezależnie od podejścia teoretycznego i stosowanych technik uważa się, że powstanie relacji terapeutycznej stanowi warunek konieczny, by zaistniał proces psychoterapii. Jest to jeden z czynników, które odgrywają znaczącą rolę w procesie zmiany przez cały czas jej trwania [1-4]. Jednocześnie badanie i refleksowanie tak trudnego do operacjonalizacji zjawiska, jakim jest relacja terapeutyczna, ciągle jest wyzwaniem dla badaczy ze względu na rozliczne trudności metodologiczne. Relacja terapeutyczna jest pojęciem złożonym. Jej istotę stanowi z jednej strony to, co względnie stałe w kontaktowaniu się dwóch osób pozostających w różnych rolach, z których jedna uważa się za kompetentną, aby pomóc drugiej, a druga jest osobą cierpiącą i oczekuje pozytywnej zmiany. Z drugiej strony to relacyjny wymiar psychoterapii, emocje i postawy, jakie żywią wobec siebie pacjent i terapeuta oraz łącząca ich więź psychiczna opierająca się na tych właśnie uczuciach i postawach [3].

Wielu badaczy zajmowało się definiowaniem relacji terapeutycznej nazywanej też przymierzem terapeutycznym (*working alliance* lub *helping alliance*). Horvath i Luborsky [1] oraz Artido i Rabellino [5] opisują rozwój tego pojęcia od podejścia psychodynamicznego u Freuda przez zorientowanego na klienta Rogersa do panteoretycznego konceptu Bordina. Bordin proponuje rozumienie przymierza terapeutycznego dość szeroko, jako pozytywną współpracę pacjenta z terapeutą we wspólnym wysiłku, aby przezwyciężyć cierpienie pacjenta i jego autodestruktywne zachowanie. Trzy składowe przymierza to: zadania, więź i cele. Zadania muszą być uznane przez obie strony relacji za istotne i możliwe do osiągnięcia, a cele interwencji wspólnie uznane za wartościowe. Bordin opisuje więź jako pozytywny osobisty związek pomiędzy klientem a terapeutą, który opiera się na wzajemnym zaufaniu i akceptacji.

Badania relacji terapeutycznej zazwyczaj nie dotyczą pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi. Hersoug i wsp. [6] badali jakość przymierza terapeutycznego, charakterystykę terapeutów i jej związek z przymierzem terapeutycznym. Badanie obejmowało 270 pacjentów w opiece ambulatoryjnej, z wyłączeniem psychoz, uzależnienia i otępienia umysłowego. Ilość sesji psychoterapeutycznych była określona na 40. W ocenie pacjentów doświadczenie terapeutyczne, wykształcenie i rozwój zawodowy terapeutów nie miał istotnego wpływu na relację. Natomiast trening terapeutów i ich umiejętności były pozytywnie związane z oceną przymierza przez samych terapeutów. Interpersonalny wymiar „ciepło-zimno” miał średni wpływ na relację zarówno w ocenie pacjentów, jak i terapeutów. Kolejne, podobne badanie grupy norweskiej [7] dotyczyło wpływu stylu funkcjonowania terapeutów na jakość przymierza w długoterminowej psychoterapii. Oceny dokonywali terapeuci i pacjenci. Wynik wskazujący na takie cechy terapeuty jak „bycie zdystansowanym”, „niezwiązanym” lub „neutralnym” miały negatywny wpływ na przymierze terapeutyczne, zaś pozytywny wpływ w ocenie pacjentów miała „opiekunność” (*maternal care*) [7].

Szymczyk i Cierpiałkowska dowodzą, że oceniane przez pacjentów z zaburzeniami osobowości umiejętności interpersonalne terapeutów, szczególnie empatia i życzliwość,

pozostają w związku z pozytywnymi efektami terapii ocenianymi poprzez subiektywne (jakość życia) i obiektywne (ocena ogólna) wskaźniki [8].

Znaczenie relacji terapeutycznej w terapii pacjentów chorujących na psychozy schizofreniczne

Terapia osób chorujących na schizofrenię trwa często wiele lat. Relacja z terapeutą jest koniecznym warunkiem dla motywacji, woli zmiany i utrzymywania satysfakcjonujących związków. Znane są opinie ekspertów i wybitnych klinicystów: Benedetti [9] mówi o dającej poczucie bezpieczeństwa, nieegoistycznej obecności terapeuty; Scharffeter [10] uważa, że oddziaływanie terapeuty leczącego chorych na schizofrenię w mniejszym stopniu zależy od profesjonalnego wykształcenia, co od samej osoby terapeuty. McGlashan [11] w szerokiej ocenie psychospołecznych interwencji w schizofrenii uznaje, że związek interpersonalny z terapeutą jest „jądrem leczenia”. Od terapeuty oczekuje się, że będzie odporny na dążenia ze strony pacjenta do niedojrzałej bliskości, że będzie elastyczny i unikający polaryzacji w myśleniu, zorientowany realistycznie, tolerancyjny na psychopatologię, zachowujący optymizm i szanujący prywatność, autonomię i potrzebę dystansu u pacjenta. Kępiński [12] podkreśla wagę bezpośredniości, atmosfery ciepła i szacunku w relacji do chorego, a czterydzieści lat później McWilliams [4] akcentuje okazywanie zaufania, cierpliwość i akceptację wrogości, emocjonalną otwartość i uczciwość. McWilliams [4] uważa, że częściowe odsłanianie siebie, ale także edukowanie i normalizacja, buduje poczucie bezpieczeństwa w relacji, a także wprowadza ład w dezorientację poznawczą, którą może doświadczać pacjent. Namysłowska [13] w swoich rozważaniach nad kontaktem z osobą chorą na schizofrenię wymienia podobne cechy, z jednej strony odwołując się do filozofii dialogu Kępińskiego zbudowanej na empatii, szacunku dla chorego, podkreśleniu kategorii wolności, pokory ze strony terapeuty, a z drugiej – do myśli psychoanalitycznej, i podnosi znaczenie „pomieszczania uczuć” pacjenta, tworzenia w relacji „terapeutycznej symbiozy” czy „środowiska macierzyńskiego” [13].

Badania dotyczące relacji terapeutycznej pomiędzy terapeutą a osobą chorującą na schizofrenię prowadzone są od wielu lat [14–18]. McCabe i Priebe [17] zbadali 90 pierwszy raz hospitalizowanych pacjentów, 72 hospitalizowanych długoterminowo i 41 w opiece ambulatoryjnej z diagnozą schizofrenii i porównali ich z grupą 249 osób z chorobą alkoholową i 42 osób z depresją. Relacja była oceniana przez pacjentów na prostej, trzystopniowej skali. Różnice dotyczące relacji były znaczące. Najbardziej pozytywnie oceniali relację pacjenci z chorobą alkoholową, a najmniej – chorzy na schizofrenię. We wszystkich badanych grupach zauważono związek pomiędzy nasileniem objawów ocenianym obiektywnie a gorszą oceną relacji terapeutycznej. Wyjątkiem byli pacjenci chorzy na schizofrenię długoterminowo hospitalizowani.

Inne badania wskazują, że oceniana pozytywnie relacja terapeutyczna w grupie pacjentów z diagnozą schizofrenii jest związana z lepszą współpracą w leczeniu farmakologicznym [17, 19, 20]. Podobne wnioski wysnuli dwadzieścia lat wcześniej Priebe i Gruyters [21], oceniając wpływ współpracy (helping alliance) między pacjentami i indywidualnymi opiekunami (case manager) w długoterminowej opiece

środowiskowej. Współpracę oceniali 72 pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Niektóre aspekty tej współpracy ocenianej pozytywnie pozostawały w związku z mniejszą liczbą hospitalizacji i pozytywnymi zmianami w pracy w okresie 20-miesięcznej katamnezy. W londyńskim przeglądzie obejmującym dziewięć wcześniejszych badań dotyczących relacji terapeutycznej Priebe i wsp. [18] wykazali, że istnieje znaczący związek pomiędzy relacją a wynikami kompleksowego leczenia psychiatrycznego osób chorujących psychicznie. Pozytywna relacja związana była z lepszymi wynikami mierzonymi mniejszą liczbą hospitalizacji, mniejszym nasileniem objawów i lepszym funkcjonowaniem społecznym. Sosnowska i wsp. [22] badali relację terapeutyczną w opiece środowiskowej. W grupie 67 badanych połowa miała diagnozę schizofrenii, pozostali diagnozę choroby afektywnej i schizoafektywnej. Wśród wniosków na plan pierwszy wysuwa się stwierdzenie, iż na pozytywną ocenę relacji terapeutycznej, z punktu widzenia pacjentów, istotny wpływ miało dotychczasowe doświadczenie innych związków w życiu. Z kolei terapeuci lepiej oceniali relację z pacjentami płci męskiej, bardziej samodzielny i w ostrym kryzysie. Pozytywna współpraca wpływała na poprawę objawową.

Wojnar i wsp. [15] zbadali grupę 25 pacjentów z diagnozą schizofrenii i ich 6 terapeutów za pomocą kwestionariusza badającego wzajemną relację terapeuta – pacjent (T–P). Wnioskiem z tych badań okazała się zgodna wzajemna ocena pacjentów i terapeutów w wymiarze: akceptacji, profesjonalizmu i niepewności, a wyniki pozostają aktualną i cenną wskazówką w codziennej pracy terapeutycznej. W kolejnym badaniu Cechnicki i wsp. [16] znaleźli istotny związek stanu psychopatologicznego, kontekstu terapii i wykształcenia terapeuty z subiektywną oceną relacji terapeutycznej dokonywanej równoległe przez pacjentów i terapeutów. Zbadali pacjentów w strukturze Warsztatów Terapii Zajęciowej (WTZ) i pacjentów ambulatoryjnych w podtrzymującej, długoterminowej terapii indywidualnej. W obu kontekstach terapeutycznych najważniejszym wymiarem okazała się wzajemna akceptacja. Nasilenie objawów negatywnych obniżało akceptację terapeutów w stosunku do pacjentów niezależnie od kontekstu, ale w codziennym kontakcie w WTZ-ach to objawy pozytywne nasilały tendencję terapeutów do odrzucenia. Dla pacjentów wykształcenie terapeutów nie miało znaczenia. Grupą najbardziej kompetentną czuli się terapeuci zajęciowi, a pielęgniarki o długim stażu zawodowym najmniej niepewną. Obecne badanie jest kontynuacją wcześniejszych badań nad relacją terapeutyczną i procesem psychoterapii podjętych w minionych latach w Krakowskiej Grupie Badawczej nad Przebiegiem Schizofrenii [15, 16, 23–25].

Cel badań

Wyodrębniono cztery cele badawcze:

1. Analiza zależności pomiędzy oceną wzajemnej relacji przez terapeutów i pacjentów.
2. Analiza związku pomiędzy cechami osobowości terapeutów a oceną relacji z perspektywy pacjentów i terapeutów.
3. Analiza związku pomiędzy cechami osobowości pacjentów a oceną relacji z perspektywy terapeutów i pacjentów.

4. Analiza związku pomiędzy wiekiem i płcią oraz cechami osobowości terapeutów i pacjentów a oceną relacji z ich perspektywy.

Badanie przeprowadzono w psychospołecznym systemie leczenia pacjentów chorujących na psychozy schizofreniczne w Krakowie. Do badania byli kwalifikowani pacjenci z potwierdzoną klinicznie diagnozą schizofrenii wg ICD-10 i ich terapeuci, jeżeli relacja terapeutyczna trwała co najmniej 6 miesięcy.

Opis badanych grup

Badaniem objęto 34 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii według kryteriów ICD-10, w tym 18 kobiet i 16 mężczyzn. Średnia wieku pacjentów wynosiła 37,4 roku. Czas chorowania wynosił 1–15 lat. Pacjenci byli badani w Ambulatorium Terapii i Rehabilitacji Psychoz, w jednej z instytucji zintegrowanej w kompleksowym programie leczenia osób chorujących na psychozy schizofreniczne w Krakowie. W trakcie badania znajdowali się w długoterminowej, indywidualnej psychoterapii podtrzymującej. Czas pozostawania w relacji terapeutycznej wynosił pomiędzy sześć miesięcy a osiem lat. Równoległe zbadano 11 terapeutów; 3 mężczyzn i 8 kobiet pozostających w stabilnej relacji terapeutycznej z tymi pacjentami. Wśród terapeutów było pięciu lekarzy, czterech psychologów i dwie pielęgniarki. Średnia wieku badanych terapeutów wynosiła 40,3 roku. W tej grupie było sześciu certyfikowanych psychoterapeutów, trzech następnich ukończyło kurs psychoterapii, zaś pozostałych dwóch nie ukończyło formalnego szkolenia. Wśród terapeutów były dwie osoby o pięcioletniej praktyce, pozostali mieli więcej niż 10 lat doświadczeń w pracy psychoterapeutycznej. Terapeuci pracowali w podejściu integracyjnym.

Narzędzia i metody badawcze

Ze względu na eksperymentalny charakter pracy zdecydowaliśmy się na zastosowanie kwestionariuszowej metody osobowości. Użyte narzędzie opiera się na pięcioczynnikowym modelu osobowości Paula T. Costy i Roberta McCrae [26, 27], który powstał w latach 80. i 90. XX wieku. Zastosowany przez nas kwestionariusz bada osobowość w pięciu wyodrębnionych wymiarach. Wymiary te przez autorów kwestionariusza zostały uznane za cechy źródłowe, a więc takie, które spełniają kryteria powtarzalności w badaniach międzykulturowych, wykazują związki z właściwościami biologicznymi czy wręcz genetycznymi, znajdują uzasadnienie w metaanalizach i dają się logicznie ujmować w hierarchicznych modelach osobowości [27]. Do oceny osobowości badanych pacjentów i ich terapeutów wykorzystano skrócony 60-punktowy kwestionariusz do badania osobowości NEO-FFI Costy i McCrae [27]. Kwestionariusz składa się z pięciu wielkich czynników osobowości, a każdy z tych czynników ma sześć składników:

1. Neurotyczność – określa przystosowanie emocjonalne, czyli podatność na doświadczanie negatywnych emocji. Osoby neurotyczne są skłonne do irracjonalności, słabo kontrolują popędy, trudno im kontrolować stres. Składnikami neurotycz-

ności są lęk, agresywna wrogość, depresyjność, impulsywność, nadwrażliwość i nadmierny samokrytycyzm.

2. Ekstrawersja – jakość i ilość interakcji społecznych oraz poziom aktywności, energii oraz zdolność do odczuwania pozytywnych emocji. Ekstrawersja wiąże się z optymizmem, skłonnością do zabawy, preferowaniem przebywania w towarzystwie i pogodnym nastrojem. Składniki ekstrawersji to towarzyskość, serdeczność, asertywność, poszukiwanie doznań, poszukiwanie stymulacji, pozytywna emocjonalność.
3. Otwartość – tendencja do poszukiwania i pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych, tolerancja wobec nowości i ciekawość poznawcza, szerokie horyzonty, zdolność do uczenia się. Składnikami tego wymiaru są także wyobraźnia, estetyka, uczucia, działanie, idee, wartości.
4. Ugodowość – pozytywne nastawienie do innych ludzi, altruizm, zaufanie i wrażliwość na ich sprawy. Składnikami ugodowości są zaufanie, altruizm, ustępliwość, skromność, prostolinijność, skłonność do rozczulania się.
5. Sumienność – zorganizowanie, wytrwałość i motywacja, rzetelność w pracy, punktualność. Składnikami sumienności są kompetencja, skłonność do utrzymywania porządku, obowiązkowość, dążenie do osiągnięć, samodyscyplina i rozważa [27].

Do badania subiektywnego postrzegania wzajemnej relacji pomiędzy pacjentem i jego terapeutą wykorzystano Diadyczny Kwestionariusz Relacji Terapeuta – Pacjent (T–P) w polskiej wersji Cechnickiego i Wojnar [23] skonstruowany na podstawie kwestionariusza Starka [14]. Narzędzie to ma zadowalające właściwości psychometryczne (trafność i rzetelność) [23]. Składa się z dwóch oddzielnych kwestionariuszy dla pacjenta i dla terapeuty.

Kwestionariusz dla pacjentów składa się z pięciu czynników:

1. akceptacja – dotyczy osobistych cech terapeutów,
2. profesjonalizm terapeuty określany przez pacjenta, wyrażany zaufaniem do jego wiedzy i umiejętności,
3. niepewność terapeuty spostrzegana przez pacjenta,
4. dominacja terapeuty odczuwana przez pacjenta,
5. odrzucenie terapeuty wyrażane przez pacjenta.

W kwestionariuszu dla terapeutów wyróżnia się cztery czynniki:

1. akceptacja – dotyczy osobistych cech pacjentów,
2. profesjonalizm – dotyczy poczucia kompetencji terapeuty,
3. niepewność terapeuty zarówno osobista, jak i profesjonalna,
4. odrzucenie pacjenta przez terapeutę.

W korelacjach posłużono się współczynnikiem korelacji Pearsona. W analizach statystycznych jako istotny statystycznie poziom przyjęto $p \leq 0,05$. Przeprowadzono także analizę regresji, w której zmiennymi zależnymi były czynniki kwestionariusza T–P, a predyktorami: wyniki uzyskane w skalach NEO-FFI przez pacjentów oraz przez terapeutów, płeć pacjenta, płeć terapeuty, wiek pacjenta, wiek terapeuty.

Wyniki badań

Analiza zależności pomiędzy oceną relacji przez terapeutów i pacjentów

W pierwszym celu badawczym analizowano zależności pomiędzy wynikami kwestionariuszy relacji terapeutycznej dla pacjentów i kwestionariuszy relacji terapeutycznej dla terapeutów (tab. 1).

Tabela 1. Zależności pomiędzy wynikami kwestionariuszy relacji terapeutycznej ocenianej z perspektywy pacjentów i terapeutów

Terapeuci	Pacjenci			
	Akceptacja	Profesjonalizm	Niepewność	Odrzucenie
Akceptacja				
Profesjonalizm	0,368 ($p = 0,032$)			
Niepewność				0,300 ($p = 0,084$)
Odrzucenie				0,296 ($p = 0,089$)

Korelacje obliczone przy użyciu współczynnika korelacji Pearsona

Stwierdzono, że poczucie profesjonalizmu u terapeutów jest w istotny sposób powiązane z akceptacją terapeuty przez pacjentów ($p = 0,032$). Poniżej wymaganego poziomu istotności statystycznej ujawniono dwie interesujące tendencje wymagające dalszych badań:

1. Niepewność po stronie terapeuty łączy się z tendencją do odrzucenia po stronie pacjenta.
2. Postawa odrzucenia terapeuty przez pacjenta i odrzucenia pacjenta przez terapeutę jest symetryczna.

Analiza związku pomiędzy cechami osobowości terapeutów a oceną relacji z perspektywy pacjentów

Analizując drugi cel badawczy, w pierwszym kroku oceniono zależności pomiędzy wynikami uzyskanymi przez terapeutów w poszczególnych skalach kwestionariusza osobowości a oceną relacji z perspektywy terapeutów uzyskanymi w kwestionariuszu T-P. Uzyskano kilka istotnych wyników wskazujących na charakter tej relacji (tab. 2).

Tabela 2. Związek pomiędzy cechami osobowości terapeutów a oceną relacji terapeutycznej z ich perspektywy

Osobowość terapeutów	Ocena relacji T-P wg terapeutów			
	Akceptacja	Profesjonalizm	Niepewność	Odrzucenie
Neurotyzm				
Ekstrawersja	0,458 ($p = 0,006$)	0,566 ($p = 0,000$)	-0,422 ($p = 0,013$)	
Otwartość	0,352 ($p = 0,013$)	0,388 ($p = 0,023$)	-0,342 ($p = 0,048$)	-0,288 ($p = 0,099$)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Ugodowość				
Sumienność		<i>0,292 (p = 0,094)</i>		

Korelacje obliczone przy użyciu współczynnika korelacji Pearsona; korelacje powyżej $p = 0,05$, ale poniżej $p = 0,10$ są podane kursywą

1. Terapeuci o większym nasileniu ekstrawersji częściej akceptują swoich pacjentów ($p = 0,006$).
2. Terapeuci o większym nasileniu ekstrawersji czują się bardziej profesjonalni ($p = 0,000$).
3. Terapeuci o większym nasileniu ekstrawersji rzadziej czują się niepewnie ($p = 0,013$).
4. Terapeuci o większym nasileniu otwartości częściej akceptują swoich pacjentów ($p = 0,041$).
5. Terapeuci o większym nasileniu otwartości w większym stopniu czują się profesjonalni ($p = 0,023$).
6. Terapeuci o większym nasileniu otwartości rzadziej czują się niepewnie w relacji ($p = 0,048$).

Poniżej wymaganego poziomu istotności statystycznej ujawniono dwie interesujące tendencje wymagające dalszych badań:

1. Terapeuci o większym nasileniu otwartości mają mniejszą skłonność do odrzucania swoich pacjentów.
2. Terapeuci o większym nasileniu sumienności częściej czują się bardziej profesjonalni.

W kolejnym kroku badawczym oceniano zależności pomiędzy cechami osobowości terapeutów a oceną relacji z perspektywy pacjentów. W tym wypadku nie uzyskano wyniku istotnego statystycznie. Zaobserwowano jedynie tendencję ($-0,317$, $p = 0,067$) wskazującą, że terapeuci charakteryzujący się większym nasileniem otwartości rzadziej są odrzucani przez pacjentów.

Analiza związku pomiędzy cechami osobowości pacjentów a oceną relacji terapeutycznej z perspektywy pacjentów i terapeutów

Analizę zależności pomiędzy wynikami poszczególnych skal kwestionariusza osobowości uzyskanymi przez pacjentów a wynikami uzyskanymi przez nich w kwestionariuszu T-P przedstawia tabela 3.

Uzyskano dwa istotne statystycznie wyniki:

1. Pacjenci, którzy są osobami sumiennymi (wytrwałymi i zmotywowanymi), nie spostrzegają swoich terapeutów jako niepewnych ($-0,455$; $p = 0,007$).
2. Ci sami pacjenci rzadziej odrzucają swoich terapeutów ($-0,483$; $p = 0,004$).

Tabela 3. Związek pomiędzy cechami osobowości pacjentów a oceną relacji terapeutycznej z ich perspektywy

Osobowość pacjentów	Ocena relacji T-P wg pacjentów				
	Akceptacja	Profesjonalizm	Niepewność	Dominacja	Odrzucenie
Neurotyzm					
Ekstrawersja		<i>0,313 (p = 0,072)</i>			
Otwartość			<i>0,329 (p = 0,057)</i>		
Ugodowość	<i>0,329 (p = 0,057)</i>				
Sumiennosc		<i>0,298 (p = 0,087)</i>	<i>-0,455 (p = 0,007)</i>		<i>-0,483 (p = 0,004)</i>

Korelacje obliczone przy użyciu współczynnika korelacji Pearsona; korelacje powyżej $p = 0,05$, ale poniżej $p = 0,10$ są podane kursywą

Poniżej wymaganego poziomu istotności statystycznej ujawniono kilka interesujących tendencji wymagających dalszych badań:

1. Bardziej ekstrawertywni pacjenci częściej postrzegają terapeutów jako profesjonalnych.
2. Pacjenci otwarci rzadziej postrzegają terapeutę jako niepewnego.
3. Pacjenci ugodowi częściej akceptują swoich terapeutów.
4. Pacjenci sumienni częściej uważają terapeutów za profesjonalnych.

Analiza związku pomiędzy cechami osobowości pacjentów a oceną relacji terapeutycznej z perspektywy terapeutów

Kolejnym aspektem badanej zależności była ocena związku pomiędzy wynikami poszczególnych skal kwestionariusza osobowości uzyskanymi przez pacjentów a postrzeganiem relacji terapeutycznej przez terapeutów (tab. 4).

Tabela 4. Związek pomiędzy cechami osobowości pacjentów a oceną relacji terapeutycznej z perspektywy terapeutów

Osobowość pacjentów	Ocena relacji T-P wg terapeutów			
	Akceptacja	Profesjonalizm	Niepewność	Odrzucenie
Neurotyzm			<i>0,355 (p = 0,039)</i>	
Ekstrawersja		<i>0,291 (p = 0,096)</i>		
Otwartość				
Ugodowość				
Sumiennosc		<i>0,290 (p = 0,096)</i>		

Korelacje obliczone przy użyciu współczynnika korelacji Pearsona; korelacje powyżej $p = 0,05$, ale poniżej $p = 0,10$ są podane kursywą

Stwierdzono, że pacjenci o większym nasileniu neurotyczności wywołują w terapeutach więcej uczucia niepewności ($0,355$; $p = 0,039$). Poniżej wymaganego poziomu

istotności statystycznej ujawniono dwie interesujące tendencje wymagające dalszych badań:

1. W relacji z bardziej ekstrawertywnymi pacjentami terapeuci spostrzegają siebie jako bardziej profesjonalnych.
2. W relacji z bardziej sumiennymi pacjentami terapeuci spostrzegają siebie jako bardziej profesjonalnych.

Związek wieku i płci oraz cech osobowości terapeutów i pacjentów z oceną relacji terapeutycznej z ich perspektywy

W celu pogłębienia przeprowadzonych korelacji kolejne analizy dokonano metodą regresji krokowej z uwzględnieniem w grupie czynników rokowniczych wieku oraz płci terapeutów i pacjentów. W pierwszej analizie wskaźnikiem wyniku (zmienną zależną) była ocena relacji terapeutycznej z perspektywy terapeutów. W poniższej tabeli przedstawiono jedynie wyniki istotne statystycznie (tab. 5).

Tabela 5. Związek czynników demograficznych oraz cech osobowości terapeutów i pacjentów z oceną relacji terapeutycznej z perspektywy terapeutów oceniany metodą regresji krokowej

Zmienne zależne Właściwości relacji terapeutycznej N = 34	% wariacji wyjaśnionej (skorygowane R ²)	poziom p	Istotne predyktory
Akceptacja pacjenta przez terapeutę (większa)	30%	0,003	Ekstrawersja terapeuty (większa) Neurotyczność pacjenta (większa)
Profesjonalizm terapeuty w jego ocenie (większy)	42%	< 0,001	Ekstrawersja terapeuty (większa)
Niepewność terapeuty w jego ocenie (mniejsza)	53%	< 0,001	Otwartość terapeuty (większa) Sumienność terapeuty (większa) Sumienność pacjenta (większa) Otwartość pacjenta (mniejsza)
Odrzucenie pacjenta przez terapeutę	20%	0,041	Brak istotnych predyktorów

Akceptacja pacjentów przez terapeutów wyjaśniana jest w 30% przez większą ekstrawersję terapeuty i większą neurotyczność pacjenta. Dobra ocena własnego profesjonalizmu przez terapeutę wyjaśniana jest w 42% przez jego większą ekstrawersję. Mniejszą niepewność terapeutów wyjaśnia w 53% większa otwartość i sumienność terapeuty oraz większa sumienność pacjenta i jego mniejsza otwartość.

Następnie analizowano analogiczny związek, w którym ocena relacji terapeutycznej dokonywana była z perspektywy pacjentów (tab. 6).

Tabela 6. Związek czynników demograficznych oraz cech osobowości terapeutów i pacjentów z oceną relacji terapeutycznej z perspektywy pacjentów oceniany metodą regresji krokowej

Zmienne zależne Właściwości relacji terapeutycznej N = 34	% wariancji wyjaśnionej (skorygowane R ²)	poziom p	Istotne predyktory
Akceptacja terapeuty przez pacjenta (większa)	23%	0,048	Brak istotnych predyktorów
Profesjonalizm terapeuty w ocenie pacjenta (większy)	40%	< 0,001	Wiek pacjenta (młodszy) Płeć terapeuty (żeńska) Ekstrawersja pacjenta (większa)
Niepewność terapeuty w ocenie pacjenta (mniejsza)	31%	0,005	Sumiennność pacjenta (większa) Otwartość pacjenta (mniejsza)
Dominacja terapeuty w ocenie pacjenta (mniejsza)	25%	0,009	Wiek pacjenta (młodszy) Wiek terapeuty (starszy)
Odrzucenie terapeuty przez pacjenta (mniejsze)	34%	0,004	Wiek terapeuty (starszy) Otwartość terapeuty (większa)

Większy profesjonalizm terapeuty w ocenie pacjenta wyjaśniany jest w 40% przez młodszy wiek pacjenta, płeć żeńską terapeuty i większą ekstrawersję pacjenta. Niepewność terapeuty w 31% wyjaśnia większa sumiennność i mniejsza otwartość pacjenta. Mniejszy poziom dominacji terapeuty w ocenie pacjenta w 25% wyjaśnia młodszy wiek pacjenta i starszy wiek terapeuty. Niższy poziom odrzucenia terapeuty przez pacjenta wyjaśnia w 34% starszy wiek oraz większa otwartość terapeuty.

Podsumowanie i dyskusja

W omawianym badaniu analizującym związki pomiędzy relacją terapeutyczną ocenianą z perspektywy pacjentów i terapeutów a ich cechami osobowości, płcią i wiekiem, na plan pierwszy wysuwa się związek pomiędzy poczuciem profesjonalizmu u terapeutów a akceptacją terapeuty przez pacjentów. Ten wynik potwierdzają częściowo badania naszego zespołu z lat 90., gdzie stwierdzano istotny związek pomiędzy postawą wzajemnej akceptacji, profesjonalizmu i niepewności [15]. W innym badaniu zaobserwowano, że przeżywanie (doświadczenie) wzajemnej akceptacji ze strony terapeutów i pacjentów pojawia się niezależnie od kontekstu terapeutycznego, w jakim było przeprowadzane badanie [16]. Czabała [2] przytacza badania Orlińskiego, w których jednym z czynników decydujących o skuteczności psychoterapii była akceptacja terapeuty przez pacjenta. Poczucie pewności terapeuty uplasowało się w cytowanym badaniu również na wysokiej pozycji, co oznacza, iż dla efektów psychoterapii może mieć istotne znaczenie. Analizując kwestionariusze dotyczące relacji, zaobserwowano dwa wymagające dalszych badań trendy: niepewność po stronie terapeuty łączy się z tendencją do odrzucenia po stronie pacjenta, a postawa odrzucenia terapeuty przez pacjenta i odrzucenia pacjenta przez terapeutę ma charakter symetryczny.

Analizując uzyskane wyniki dotyczące związku pomiędzy osobowością terapeuty a jego spostrzeganiem relacji terapeutycznej, okazało się, że ekstrawersja i otwartość terapeuty to dwie najważniejsze cechy, które powiązane są z jego pozytywną postawą akceptacji pacjenta oraz poczuciem profesjonalizmu w relacji i mniejszą niepewnością. Terapeuci cechujący się większą otwartością są rzadziej przez pacjentów odrzucani. Sumienność terapeutów wpisuje się w ich poczucie pewności w relacji. Wynik ten potwierdzają cytowane wcześniej opinie licznych ekspertów oraz codzienne doświadczenie kliniczne. Co interesujące, są one w pełni zgodne z teoretycznymi założeniami autorów testu NEO-FFI, którzy za najistotniejsze w relacji terapeutycznej ze strony profesjonalistów uznają właśnie ich otwartość i ekstrawersję [27]. Znaczenie tych cech dla relacji pełniej obrazują ich komponenty: dominująca pozytywna emocjonalność, serdeczność, tendencja do poszukiwania i pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych, tolerancja wobec nowości, ciekawość poznawcza i zdolność do uczenia się. Wydaje się, że osoby chorujące na psychozy schizofreniczne z trudem otwierające się na nowe relacje i posiadające najczęściej kruche i nieliczne więzi z otoczeniem mogą czuć się bezpieczniej w relacji z terapeutą o takich właśnie cechach. Przeżywając pozytywną identyfikację ze swoim terapeutą, mogą sami na podstawie stabilnej relacji zaryzykować większą otwartość i nowe doświadczenia. Duża wrażliwość osób chorych, ich głęboka nieufność do świata często jest wynikiem bardzo wczesnych negatywnych doświadczeń w relacjach z najbliższymi. Dlatego też budowanie relacji, w której pacjenci będą się czuli bezpiecznie, jest pierwszym i najważniejszym zadaniem terapeuty. Czasami proces ten trwa bardzo długo, lecz ciągle zaangażowanie i otwartość terapeuty jest szansą na stworzenie sojuszu terapeutycznego i współpracy w leczeniu.

Nasze wyniki są zgodne z badaniami Hersoug i wsp. [6], w których pacjenci negatywnie oceniali terapeutów neutralnych, pozostających do nich w dystansie, a pozytywnie odnosili się do postawy „macierzyńskiej opieki”. Mimo iż te badania nie dotyczyły osób z diagnozą psychoz schizofrenicznych, to potwierdzenie ich znaczenia dla terapii tej grupy osób może być uznane za oczywiste przez doświadczonych terapeutów. Jak podkreśla wielu klinicystów, począwszy od Kępińskiego [12], a skończywszy na McWilliams [4], ciepło, otwartość, nawet częściowe odsłanianie siebie, emocjonalna szczerość terapeuty są potrzebne, aby w relacji z pacjentem pojawiło się, jak wspomniano powyżej, zaufanie i poczucie bezpieczeństwa.

W spostrzeganiu relacji terapeutycznej przez pacjenta osobowość terapeuty okazała się nie tak istotna. Zaobserwowaliśmy jedynie tendencję, że bardziej otwarci terapeuci są rzadziej odrzucani przez pacjentów. Ten brak istotnego związku cech osobowości terapeuty z przeżywaniem i spostrzeganiem relacji przez pacjenta może wynikać ze zbyt małej i jednorodnej grupy zakwalifikowanej do badań. Trudność w interpretacji tego wyniku związana jest z faktem, że dotyczy pacjentów pozostających w długoterminowej psychoterapii podtrzymującej i można by przypuszczać, że związek terapeutyczny jest stabilny, a cechy osobowości terapeutów wpływają na relację z pacjentem i są przez niego zauważane. Być może czas trwania relacji nie jest tak istotny, jak przypuszczano. Wynik ten koresponduje z badaniami Horwatha i Luborsky'ego [1], którzy – badając przymierze terapeutyczne (therapeutic alliance) – nie stwierdzili związku z długością

relacji terapeutycznej. Ocenili, że siła relacji pozostaje stabilna, choć indywidualnie fluktuuje podczas procesu leczenia.

Wyniki dotyczące związku pomiędzy osobowością pacjenta a jego spostrzeganiem relacji terapeutycznej wskazują na znaczenie takich jego cech jak ekstrawersja i sumiennosc. Pacjenci o wyższym poziomie ekstrawersji oceniali terapeutów jako bardziej profesjonalnych, a bardziej sumienni jako mniej niepewnych i rzadziej ich odrzucali. Sumiennosc oznacza zorganizowanie, wytrwalosc i motywacje, rzetelnosc w pracy, punktualnosc. Jak wiadomo, cechy te sa czesto oslabione u osob chorujacych na schizofrenie, a programy terapeutyczne powinny byc zorientowane na ich wzmacnienie. Z kolei wyzszy poziom otwartosci u pacjentow wiazal sie ze spostrzeganiem terapeutow jako bardziej niepewnych, zas terapeuci w pracy z tymi pacjentami czuli sie niepewnie. Ponownie wiec pojawia sie zjawisko symetrycznosc we wzajemnym spostrzeganiu.

W nastepnym kroku zauwazono, ze pewne cechy osobowosci pacjentow byly powiazane z przezywaniem relacji przez terapeute; pacjenci o wyzszy poziomie neurotycznosc wywoływali w terapeutach wiecej uczucia niepewnosc, pomimo iz byli oni bardziej przez terapeutow akceptowani. Osoby neurotyczne sa sklonne do irracjonalnosc, slabo kontroluja popedy, trudno im kontrolowac stres. Przezywaja wiecej leku i agresywnej wrognosci, czesciej sa depresyjni i impulsywni, co znajdowalo swój wyraz w relacji z terapeuta.

Wyraznym trendem zaznaczily sie pewne cechy pacjentow: bardziej ugodowi czesciej akceptowali swoich terapeutow, osoby o silniej wyrazonej sumiennosci czesciej uwazaly terapeutow za profesjonalnych. Ciekawe jest tez spostrzezenie, ze terapeuci widza siebie jako bardziej profesjonalnych z pacjentami bardziej ekstrawertywnymi i sumiennymi. W 2003 roku Akdag i wsp. [28] opublikowali badanie z zastosowaniem miedzy innymi inwentarza NEO-FFI w grupie osob chorujacych na schizofrenie i w grupie osob zdrowych, porownujac m.in. profile osobowosciowe u tych dwuch grup. Wyniki dotyczace tych profilow wskazuja, ze grupa chorych na schizofrenie rozni sie od grupy kontrolnej wyzszy poziomem neurotycznosc, nizsza sumiennoscia oraz nizsza ugodowoscia. Z kolei Reno i Rochelle [29] zaobserwowali, ze w porownaniu z pacjentami uzaleznionymi i z zaburzeniami osobowosci, pacjenci z diagnoza schizofrenii mieli silniej wyrazone cechy ugodowosci. Programy terapeutyczne nastawione na wzmacnienie cech skladajacych sie na sumiennosc mogleby prowadzic do wzmacnienia relacji terapeutycznej, a przez to korzystniejszych wynikow leczenia.

Cechy pacjentow chorujacych na psychozy schizofreniczne, takie jak sumiennosc i ekstrawersja, pomagaja budowac pozytywna relacje z terapeuta w dlugoterminowej terapii podtrzymujacej. Podobne cechy u terapeutow maja wedlug pacjentow mniejsze znaczenie dla stworzenia stabilnej pozytywnej relacji, ale wedlug terapeutow szczegolnie ekstrawersja i otwartosc maja wplyw na przezywanie relacji przez nich samych. Gdy je posiadaja, czuja sie pewniejsi, bardziej kompetentni i sa bardziej akceptujacy wobec pacjentow. Tomalski [30], reflektujac zjawiska wplywajace na relacje terapeutyczna, podkreśla potrzebe wiedzy, dojrzalosci i odpowiednich kompetencji terapeutow prowadzacych psychoterapię psychoz. Opisywane przez nas badanie jest

próbą operacjonalizacji tych klinicznych intuicji i wskazuje na znaczenie regularnej terapii własnej w programie kształcenia psychoterapeutów.

W obu analizach związku czynników rokowniczych, wieku, płci i osobowości z relacją terapeutyczną, uzyskano zakres pomiędzy 20% a 53% wyjaśnianych zjawisk. Uderza fakt braku związku z wiekiem i płcią przy ocenie relacji z perspektywy terapeutów i istotne znaczenie wieku pacjenta i terapeuty oraz płci terapeuty, gdy relacja oceniana jest z perspektywy pacjenta. Mniejsza niepewność i dominacja terapeuty, mniejsze poczucie odrzucenia terapeuty przez pacjenta, ale także większy profesjonalizm terapeuty w ocenie pacjenta związane są z młodszym wiekiem pacjenta i starszym wiekiem i płcią terapeuty. Zaobserwowany korzystny związek młodszych pacjentów ze starszymi, bardziej doświadczonymi terapeutkami znajduje swoje potwierdzenie w naszym doświadczeniu klinicznym, gdzie środowisko „macierzyńskie” i potrzeba „dobrej matki” ma kluczowe znaczenie dla stabilnej, ciepłej, pozytywnej relacji pomocnej w pokonywaniu traumy, stresu i pobudzaniu procesu zdrowienia. Jednak w procesie psychoterapii terapeuta powinien być uważny na uchwycenie momentu, kiedy pojawia się dążenie do większej autonomii i niezależności pacjenta.

Wszystkie opisane wyniki i trendy wymagają dalszych badań, a w następnym kroku poszukiwania zależności z wynikami leczenia. W leczeniu osób chorujących na psychozy schizofreniczne jest to szczególnie trudne; leczenie jest zazwyczaj kompleksowe, obejmuje wielorakie oddziaływania w różnych okresach chorowania i zdrowienia. W tej kompleksowości wieloletnia, pozytywna i stabilna relacja terapeutyczna pozostanie najważniejszym elementem procesu leczenia. Ograniczeniem naszego badania była stosunkowo niewielka i homogenna grupa pacjentów o wieloletnim przebiegu choroby, a wartością – trafne i rzetelne narzędzia oraz objęcie badaniem zarówno pacjentów, jak i ich terapeutów.

Wnioski

1. Profesjonalizm terapeutów związany jest z większą akceptacją przez pacjentów.
2. Ekstrawersja i otwartość jako cechy osobowości terapeuty są związane z jego postawą wobec pacjenta, ale nie pozostają w związku z przeżywaniem relacji terapeutycznej przez pacjenta.
3. Sumienność i neurotyczność jako cechy osobowości pacjenta są związane z jego spostrzeganiem terapeuty w relacji, jak również z przeżywaniem relacji przez terapeutę.
4. Młodszy wiek pacjenta w powiązaniu ze starszym wiekiem i płcią terapeuty związany jest z pozytywnym przeżywaniem relacji przez pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Horvath A, Luborsky L. *The role of the therapeutic alliance in psychotherapy*. J. Consult. Clin. Psychol. 1993; 63(4): 561–573.

2. Czabała C. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997.
3. Gelso JC, Hayes J. *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
4. McWilliams N. *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2009.
5. Ardito RB, Rabellino D. *Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research*. Front. Psychol. 2011; 2: 270.
6. Hersoug AG, Hoglend P, Monsen JT, Havik OE. *Quality of working alliance in psychotherapy. Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors*. J. Psychother. Pract. Res. 2001; 10(4): 205–216.
7. Hersoug AG, Hoglend P, Havik OE, Lippe A, Monsen J. *Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy*. Clin. Psychol. Psychoter. 2009; 16: 100–110.
8. Szymczyk J, Cierpiałkowska L. *Umiejętności interpersonalne psychoterapeutów a skuteczność psychoterapii indywidualnej – raport z badań*. Psychoterapia 2012; 1(160): 65–79.
9. Benedetti G. *Klinische Psychotherapie*. Bern-Stuttgart: Huber Verlag; 1964.
10. Scharfetter Ch. *Schizophrene Menschen*. Munich: Psychologie Verlags Union-Urban & Schwarzenberg; 1986.
11. McGlashan TH. *Schizophrenia: Psychosocial treatments and the role of psychosocial factors in its etiology and pathogenesis*. W: Frances AJ, Hales RE. red. *Psychiatry update: American Psychiatric Association Annual review*. Vol. 5. Washington: American Psychiatric Press; 1986. s. 96–111.
12. Kępiński A. *Schizofrenia*. Kraków: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1972.
13. Namysłowska I. *Kontakt terapeutyczny z osobą chorą na schizofrenię*. Post. Psychiatr. Neurol. 2006; 15(3): 137–141.
14. Stark FM, Lewandowski L, Buchkremer G. *Therapist-patient relationship as a predictor of the course of schizophrenic illness*. Eur. Psychiatry 1992; 7(4): 161–169.
15. Wojnar M, Cechnicki A, Wenglarczyk K. *Badanie wzajemnych relacji pomiędzy terapeutami a pacjentami z rozpoznaniem schizofrenii przy pomocy wystandaryzowanego kwestionariusza relacji diadycznej*. Badania nad schizofrenią 1998; 1: 545–552.
16. Cechnicki A, Cechlińska M, Stark M, Wojnar M. *Czynniki wpływające na ocenę relacji pomiędzy pacjentami chorymi na schizofrenię a ich terapeutami w dwu różnych kontekstach terapeutycznych*. Psychoterapia 1999; 2(109): 35–49.
17. McCabe R, Priebe S. *Are therapeutic relationships in psychiatry explained by patients' symptoms? Factors influencing patient ratings*. Eur. Psychiatry 2003; 18: 220–225.
18. Priebe S, Richardson M, Cooney M, Adedeji O, McCabe R. *Does therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review*. Psychoter. Psychosom. 2011; 80: 70–77.
19. Bourdeau G, Thérroux L, Lecomte T. *Predictors of therapeutic alliance in early psychosis*. Early Interv. Psychiatry 2009; 3: 300–303.
20. Johansen R, Iversen VC, Melle I, Hestad KA. *Therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study*. Ann. Gen. Psychiatry 2013; 12: 14.
21. Priebe S, Gruyters T. *The role of the helping alliance in psychiatric community care*. J. Nerv. Ment. Dis. 1993; 181(9): 552–557.

22. Sosnowska M, Prot-Klinger K, Scattergood M, Paczkowska M, Smolicz A, Ochocka M. *Relacja terapeutyczna w psychiatrii środowiskowej z perspektywy pacjenta i terapeuty*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(5): 723–735.
23. Cechnicki A, Wojnar M. *Konstrukcja kwestionariusza do badań relacji między pacjentem psychiatrycznym*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 269–276.
24. Bielańska A. *Psychoterapia indywidualna osób z diagnozą schizofrenii*. Psychoterapia 2006; 3(138): 75–86.
25. Cechnicki A, Cechlińska M, Stark M, Wojnar M. *Factors influencing the evaluation of the relationship between schizophrenic patients and their therapists in two different therapeutic contexts*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2000; 2(4): 17–30.
26. Costa PT Jr, McCrae RR. *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1992.
27. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, Śliwińska M. *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1998.
28. Akdag SJ, Nestor PG, O'Donnell BF, Niznikiewicz MA, Shenton ME, McCarley RW. *The startle reflex in schizophrenia: habituation and personality correlates*. Schizophr. Res. 2003; 64(2–3): 165–173.
29. Reno RM. *Personality characterizations of outpatients with schizophrenia, schizophrenia with substance abuse, and primary substance abuse*. J. Nerv. Ment. Dis. 2004; 192(10): 672–681.
30. Tomalski R. *Terapie psychozy – psychoza terapii*. Psychoterapia 2014; 3(170): 47–56.

Adres: Andrzej Cechnicki
Zakład Psychiatrii Środowiskowej
Katedra Psychiatrii UJ CM
31-115 Kraków, pl. Sikorskiego 2/8

Otrzymano: 4.03.2015
Zrecenzowano: 7.04.2015
Otrzymano po poprawie: 19.05.2015
Przyjęto do druku: 20.05.2015