

MONIKA TARNOWSKA

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny  
w Warszawie

MIROSŁAW KOFTA

Uniwersytet Warszawski  
Wydział Psychologii

KRZYSZTOF JEDLIŃSKI

Ośrodek Pomocy i Edukacji Psychologicznej INTRA

## CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE I NIESPRZYJAJĄCE PODMIOTOWEMU SPOSTRZEGANIU PACJENTA PRZEZ TERAPEUTĘ

W ramach dynamicznie rozwijającego się nurtu badań nad czynnikami warunkującymi efektywność psychoterapii wyodrębniono nie tylko techniki terapeutyczne o dowiedzionej skuteczności w terapii określonych zaburzeń, lecz także te elementy relacji terapeutycznej, które w istotny sposób wiążą się ze skutecznością psychoterapii. Do tych ostatnich zaliczono sojusz terapeutyczny oraz empatię terapeuty. Oba te pojęcia są złożonymi, wielowymiarowymi konstruktami, których wspólnym elementem wydaje się podmiotowy stosunek terapeuty do klienta – przypisywanie mu psychologicznej głębi oraz sprawczości. W tym kontekście zadajemy pytanie o czynniki mogące owo podmiotowe postrzeganie facylitować oraz takie, które mogą je utrudniać czy wręcz hamować. Odpowiedzi na powyższe pytanie poszukujemy w literaturze dotyczącej psychoterapii, a także w obszarze psychologii społecznej. Uwzględniając wnioski płynące z badań prowadzonych w ramach obu tych dziedzin, formułujemy przesłanki dla praktyki klinicznej, ukierunkowane na wzmacnianie dwupodmiotowej relacji między terapeutą a klientem, a także pytania badawcze mające na celu ich weryfikację.

**Słowa kluczowe:** podmiotowe postrzeganie klienta, humanizowanie klienta, mentalizacja terapeuty względem klienta, relacja terapeutyczna.

---

Adres do korespondencji: MONIKA TARNOWSKA – Wydział Psychologii, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa; e-mail: mmirosla@psych.uw.edu.pl

## UPODMIOTOWIENIE KLIENTA W RELACJI TERAPEUTYCZNEJ A SKUTECZNOŚĆ ODDZIAŁYWAŃ – WPROWADZENIE

W ostatnich dziesięcioleciach zainteresowanie badaczy zajmujących się psychoterapią koncentruje się na pytaniu o czynniki, których znaczenie dla rezultatów psychoterapii zostało potwierdzone naukowo. Nurt praktyki opartej na dowodach empirycznych w obszarze psychoterapii początkowo prowadził do wyodrębniania technik terapeutycznych o dowiedzionej skuteczności w terapii określonych zaburzeń (por. Nathan i Gorman, 1998). W dalszej kolejności zwrócono uwagę na podstawowe znaczenie, jakie dla powodzenia procesu psychoterapii ma sama relacja terapeutyczna (Norcross, 2002; Norcross i Lambert, 2011; por. Rakowska, 2011). Wyniki metaanaliz wskazują, że jakość relacji terapeutycznej znacząco wpływa na rezultat terapii i jest dlań ważniejsza niż podejście teoretyczne terapeuty oraz specyficzne techniki terapeutyczne (Lambert i Barley, 2002; Norcross i Lambert, 2011; por. Czabała, 2011).

Do kluczowych aspektów relacji terapeutycznej, a więc takich zmiennych, co do których zebrano wystarczający materiał dowodowy w postaci wyników badań, by uznać, że są one w istotny sposób powiązane z rezultatem terapii, zaliczono sojusz terapeutyczny oraz empatię terapeuty (Norcross, 2002; Lambert i Barley, 2002; Norcross i Wampold, 2011; por. Czabała, 2011). Sojusz terapeutyczny odnosi się do jakości współpracującej relacji między klientem a terapeutą; obejmuje pozytywną więź (wzajemne zaufanie, pozytywne nastawienie, szacunek oraz troskę), zgodność co do celów pracy i zaangażowanie w ich osiągnięcie, a także poczucie partnerstwa (Horvath i Bedi, 2002). Z kolei empatia definiowana jest jako rozumienie uczuć i komunikatów klienta, otwartość na to, czego klient doświadcza, oraz zachęcanie go do eksploracji własnego doświadczenia, a także rozumienie przyczyn sposobu, w jaki klient doświadcza rzeczywistości (Bohart, Elliott, Greenberg i Watson, 2002). Oba te pojęcia są złożonymi, wielowymiarowymi konstruktami, których wspólnym elementem wydaje się podmiotowy stosunek terapeuty do klienta. Argumentem przemawiającym za zasadnością wskazywania wspólnego mianownika omawianych tu elementów relacji terapeutycznej jest także to, że wyniki uzyskiwane przy użyciu narzędzi służących do ich pomiaru są ze sobą istotnie skorelowane; możemy wręcz spotkać się z wnioskiem, że narzędzia te opisują jeden podstawowy, leżący u podłoża mierzonych przez nie konstruktów czynnik – wymiar dobrej/złej relacji (por. Salvio, Beutler, Wood i Engle, 1992).

Podmiotowe nastawienie terapeuty do klienta można definiować na podstawie literatury dotyczącej przypisywania umysłowości (mentalizacji) – widzenie

w drugiej osobie podmiotu oznacza bowiem przypisywanie jej zdolności do przeżywania uczuć, formułowania przekonań oraz świadomego ukierunkowywania własnych działań (Waytz, Gray, Epley i Wegner, 2010). Uprawnione zatem wydaje się przyjęcie, że podmiotowe nastawienie terapeuty względem klienta jest koniecznym (choć niewystarczającym) warunkiem budowania wysokiej jakości sojuszu terapeutycznego, a także empatii odczuwanej i okazywanej przez terapeutę względem klienta.

Waytz i współpracownicy (2010) wyróżniają dwa podstawowe elementy mentalizacji: przypisywanie zdolności do doświadczenia (odczuwania) oraz przypisywanie sprawczości (zdolności do planowania i celowego działania). Z kolei przejawy przedmiotowego traktowania (dementalizacji), z jakimi ludzie spotykają się na co dzień, polegają na częściowym odmawianiu drugiej osobie psychologicznej głębi (postrzeganie osoby jako do pewnego stopnia pozbawionej właściwości charakterystycznych dla człowieka, jak np. interpersonalne ciepło czy otwartość poznawcza) i/lub sprawczości (postrzeganie innego jako po części pozbawionego charakterystyk swoście ludzkich, jak np. inteligencja, racjonalność, moralność, dojrzałość) (Haslam, 2006; Bastian i Haslam, 2011). Warto odnotować w tym miejscu, że postrzeganie osoby przez pryzmat kategorii „osób cierpiących na zaburzenia psychiczne” jest szczególnie predestynujące do jej uprzedmiotowienia, bowiem sam fakt cierpienia na zaburzenie psychiczne wpływa zarówno na sposób, w jaki osoba doświadcza rzeczywistości, jak i na jej sprawczość, a więc na dwa podstawowe atrybuty człowieczeństwa (Haslam, 2006; Haque i Waytz, 2012).

Można w tym kontekście zadać pytanie o to, czy takie zjawiska, jak przedmiotowe traktowanie (dementalizacja) względem osób postrzeganych jako cierpiące na zaburzenia psychiczne mogą zachodzić w instytucjach powołanych do celu leczenia zaburzeń? Czy to możliwe, by specjaliści w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, kierujący się w swej pracy zasadami etyki zawodowej, w tym zwłaszcza – dbałością o dobro pacjenta, dopuszczali się względem klientów zachowań, które można uznać za przejawy uprzedmiotowienia? W dalszej części niniejszego artykułu przedstawimy argumenty skłaniające ku twierdzącej odpowiedzi na powyższe pytanie. Następnie przeniesiemy się w swych rozważaniach na grunt badań nad psychoterapią.

To, że podmiotowe nastawienie względem pacjenta ma ogromne znaczenie dla efektywności podejmowanych przez terapeutę interwencji, wydaje się powszechnie podzielanym poglądem, opisywanym w literaturze wchodzącej w skład kanonu wiedzy o pomaganiu (por. np. Kępiński, 1989). Wymóg, by relacja między specjalistą a klientem była relacją dwupodmiotową, stanowi dziś

pewien standard, wspólny dla różnych usług z obszaru ochrony i profilaktyki zdrowia psychicznego (por. np. Stemplewska-Żakowicz, 2009; Józefik, 2011; Popielski, 2008). Być może z tego właśnie względu problematyka zależności między upodmiotowieniem klienta przez terapeutę a skutecznością terapii nie wydaje się badaczom interesująca – autorom niniejszego artykułu nie udało się dotrzeć do żadnych prac wprost stawiających pytanie o rodzaj ewentualnych związków między upodmiotowieniem/mentalizacją (dokonywaną przez terapeutę względem pacjenta) a rezultatami interwencji terapeutycznych. Przedstawimy zatem wyniki badań, które można uznać za pośrednie przesłanki przemawiające za istnieniem związku między upodmiotowieniem pacjenta a skutecznością interwencji.

W związku z tym, że pytanie o procesy mogące leżeć u podłoża uprzedmiotowienia klienta przez terapeutę pozostaje w kontekście badań nad psychoterapią bez odpowiedzi, w dalszej części artykułu przeniesiemy się na grunt badań z obszaru społecznego poznania. Tam właśnie poszukiwać będziemy kluczowych z punktu widzenia podejmowanej w niniejszym artykule problematyki odpowiedzi na pytania o to, w jakich warunkach uprzedmiotowienie partnera interakcji staje się prawdopodobne; czy istnieją sytuacyjne uwarunkowania mogące hamować gotowość do podmiotowego traktowania drugiej osoby? Następnie odnieśliśmy wnioski płynące z tych badań do realiów praktyki klinicznej. W szczególności nasze rozważania dotyczyć będą możliwego wpływu procesów hamujących gotowość do podmiotowego nastawienia względem partnera interakcji na pracę terapeuty – czy procesy te należy uznać za jednoznacznie szkodliwe i podejmować kroki w kierunku zapobiegania im, czy też są one w praktyce klinicznej potrzebne i – jeśli tak – na czym może polegać ich pozytywny wpływ i w jaki sposób terapeuci mogą ich używać na rzecz podnoszenia poziomu efektywności własnej pracy. Na zakończenie przedstawimy propozycje dotyczące możliwych kierunków prac badawczych mających na celu weryfikację użyteczności prezentowanych w niniejszym artykule przesłanek dla praktyki klinicznej.

#### **PYTANIE O UWARUNKOWANIA UPODMIOTOWIENIA I UPREDMIOTOWIENIA W OBSZARZE POMAGANIA**

W kontekście sformułowanego na wstępie pytania o to, czy możliwe jest, by dobrze wykształcony terapeuta, kierujący się w swej pracy troską o dobro pacjenta, przejawiał wobec swoich klientów zachowania, które można uznać za

wyraz uprzedmiotowienia, warto przypomnieć klasyczne już badania Rosenhana (1973). W ramach jednego z nich osoby zdrowe psychicznie zgłaszały się do szpitali psychiatrycznych, skarżąc się na to, że słyszą głosy. Celem badania było sprawdzenie, czy (a jeśli tak, to w jaki sposób) osoby te zostaną rozpoznane jako zdrowe. Zaraz po przyjęciu na oddział każdy z tzw. pseudopacjentów przestawał skarżyć się na cokolwiek i zachowywał się możliwie zwyczajnie. Poza kwestią imienia i nazwiska, a także – w części przypadków – poza danymi dotyczącymi zawodu, pseudopacjenci szczerze odpowiadali na zadawane im pytania. To ważny aspekt badania – pseudopacjenci byli zdrowymi, dobrze funkcjonującymi osobami, które otwarcie opisywały swoje doświadczenia – ani w historiach ich życia, ani w zachowaniach nie było niczego, co wskazywałoby na głęboki poziom psychopatologii. Pomimo normalnego zachowania i wyróżniającej się gotowości do współpracy, żaden z pseudopacjentów nie został rozpoznany przez personel medyczny jako osoba zdrowa. U prawie wszystkich osób zdiagnozowano schizofrenię.

Etykieta osoby chorej na schizofrenię okazała się zdumiewająco trwała – właściwie żadne zachowanie pseudopacjentów nie mogło jej zniwelować. Etykieta ta była swego rodzaju zniekształcającym filtrem, przez który przepuszczane były wszystkie informacje o danej osobie. Gniewna reakcja na zachowanie członka personelu była interpretowana raczej jako przejaw psychopatologii pseudopacjenta aniżeli odpowiedź na naruszenie norm przez pracownika szpitala. Sporządzanie przez pseudopacjentów notatek nie prowokowało pytań ze strony personelu medycznego, lecz było interpretowane jako objaw zaburzeń. To nie etykieta była zatem odrzucana w świetle normalnego zachowania i niewskazujących na patologię faktów z życia osoby, ale przeciwnie – to zachowanie i historia życia osoby były interpretowane w taki sposób, by pasowały do wcześniej nadanej etykiety „psychicznie chorego”.

W kilku szpitalach pseudopacjenci prowadzili obserwację reakcji personelu na grzecznie sformułowane i adekwatne w danej sytuacji pytania. Otrzymywane odpowiedzi najczęściej były zdawkowe, rzucone „w biegu”, bez kontaktu wzrokowego, nierzadko także bez związku z treścią zadanego pytania. Obserwacje te porównano z obserwacjami prowadzonymi na jednym z uniwersyteckich wydziałów, na temat którego panowała opinia, że członkowie jego kadry są tak zajęci, że nie mają czasu dla studentów. Młoda kobieta zaczęła pracowników wydziału spieszących się na spotkanie lub zajęcia. Prosiła o wskazanie kierunku i pytała m.in. o zasady rekrutacji. Każdy spośród zaczepionych pracowników zatrzymał się, by z nią porozmawiać, a niektórzy nawet angażowali się w pokazywanie jej drogi do biura. Zaobserwowano ogromny kontrast między reakcjami

personelu medycznego na pytania pacjentów a reakcjami pracowników wydziału na pytania przyszej studentki. Ciekawe światło na tę różnicę rzuca dodatkowe badanie Rosenhana (1973), w którym młoda kobieta kierowała pytanie o drogę do lekarzy w uniwersyteckim centrum medycznym. Poziom ich skłonności do współpracy (nawiązanie kontaktu wzrokowego, zaangażowanie się w krótką wymianę zdań lub dłuższą rozmowę) był istotnie niższy, gdy dodawała wyjaśnienie „szukam psychiatry”, niż wówczas, gdy mówiła, że szuka internisty. Efekt ten dobitnie ukazuje, że choroba psychiczna wiąże się z poważnymi konsekwencjami natury osobistej i społecznej – sam fakt szukania psychiatry obniżał poziom chęci do współpracy u osób na ogół chętnie angażujących się w pomaganie.

Rosenhan (1973) podkreślał, że wyniki jego badania z udziałem pseudopacjentów nie świadczą o braku profesjonalizmu czy dobrych chęci wśród pracowników szpitali. Przeciwnie – zauważał, że znaczna część personelu składała się z dobrze przygotowanych osób, chcących nieść pomoc cierpiącym pacjentom. To sytuacyjny kontekst, w jakim się znaleźli – kontekst szpitala psychiatrycznego, z jego wyraźnie zaznaczonymi granicami między „zdrowymi” a „chorymi”, „uprzywilejowanymi” a „pozbawionymi praw”, ze ścisłą hierarchią i powszechnym postrzeganiem pacjentów przez pryzmat ich społecznej roli – prowadził do zniekształceń w postrzeganiu i błędów we wnioskowaniu.

Okazuje się zatem, że samo zaklasyfikowanie osoby do kategorii „pacjentów” może prowadzić do tego, że chcący nieść pomoc w cierpieniu profesjonalności uprzedmiotowiają ją i sprowadzają do jednego tylko wymiaru – diagnozy, jaka została jej postawiona. Waytz i współpracownicy (2010) podkreślają, że gotowości do mentalizacji sprzyjają dwa rodzaje okoliczności: po pierwsze, chęć rozumienia, przewidywania i/lub kontrolowania czyjegoś zachowania, a po drugie – chęć budowania relacji z drugą osobą. Przyjrzyjmy się pierwszemu typowi okoliczności – chęci rozumienia cudzych zachowań. Wiadomo, że stan niepewności co do przyczyn obserwowanego zachowania, podobnie jak i poczucie braku wpływu na to zachowanie, jest źródłem dyskomfortu motywującego ludzi do odzyskania poczucia zrozumiałości, sensowności sytuacji (Waytz i in., 2010). Nieprzewidywalne zachowanie obserwowanej osoby sprzyja przypisywaniu jej umysłowości (określonych intencji, przekonań czy odczuć), co prowadzi do redukcji niepewności obserwującego: niezrozumiałe dotychczas zachowanie znajduje bowiem swe uzasadnienie (tamże). Wiadomo też, że osoby nie lubiane, postrzegane jako niepodobne do Ja, niepożądane jako partnerzy relacji, stają się obiektami dementalizacji, uprzedmiotowienia (Bastian i Haslam, 2010; Waytz i in., 2010). Być może zatem jest tak, że w sytuacji braku motywacji do budowania relacji z osobą postrzegane jej przez pryzmat określonej etykiety (np. „schi-

zofrenik”) jest alternatywą wobec mentalizacji – formą redukcji niepewności co do tego, kim jest ta osoba i jakie są przyczyny jej niekiedy „dziwaczkich”, nietypowych zachowań. Takie etykietowanie niewątpliwie redukuje niepewność u terapeuty poprzez nadanie sensu wszystkim zachowaniom tej osoby („wszystko, co on/ona robi, to po prostu objawy zaburzenia”).

W tym kontekście pytanie o to, w jakich okolicznościach dobrze wykształcony i praktykujący w zgodzie z zasadami etyki zawodowej terapeuta mógłby tracić motywację do budowania relacji z klientem i postrzegać go nie jako osobę, ale jako „przypadek”, nie jest pytaniem bezzasadnym. Poszukując na nie odpowiedzi, w pierwszej kolejności przyjrzymy się temu, co na temat znaczenia takich przejawów podmiotowego postrzegania klienta przez terapeutę, jak wchodzenie z nim we współpracującą, partnerską relację, a także empatyzowanie z jego doświadczeniem, wynika z literatury dotyczącej psychoterapii<sup>1</sup>.

### **ZNACZENIE PODMIOTOWEGO I PRZEDMIOTOWEGO POSTRZEGANIA PARTNERA INTERAKCJI – PERSPEKTYWA BADAŃ NAD PSYCHOTERAPIĄ**

Badania dowodzą, że terapeuci różnią się poziomem swojej skuteczności – są tacy, którzy osiągają lepsze wyniki (ich klienci czynią większe postępy w krótszym czasie), oraz tacy, których praca przynosi istotnie gorsze rezultaty (Okishii in., 2003; Lutz i in., 2007). Nawet przy wysiłkach badaczy, by zminimalizować wpływ osoby terapeuty na efekt oddziaływań, i tak okazywało się, że to nie techniki terapeutyczne w przeważającej mierze decydowały o skuteczności psychoterapii, ale właśnie różnice między terapeutami (Shapiro i Firth-Cozens i Stiles, 1989).

Lutz, Leon, Martinovich, Lyons i Stiles (2007) przeanalizowali dane dotyczące terapii 1198 klientów, którzy pracowali z sześćdziesięcioma terapeutami. Okazało się, że to, z którym terapeutą spotykał się klient, wyjaśniało 8% warian-

---

<sup>1</sup> W związku z przyjętym w niniejszym artykule założeniem, że podmiotowe nastawienie terapeuty do pacjenta jest warunkiem koniecznym (choć niewystarczającym) dla budowania wysokiej jakości sojuszu terapeutycznego oraz dla empatyzowania z doświadczeniem pacjenta, przytaczamy wyniki badań dotyczących znaczenia powyższych elementów relacji terapeutycznej dla efektywności terapii, traktując je jako pośrednie przesłanki przemawiające za związkiem między podmiotowym nastawieniem terapeuty do pacjenta a skutecznością terapii. Pragniemy zarazem podkreślić, że przyjęte przez nas założenie jest efektem rozważań teoretycznych. Dalsze wnioskowanie, wykorzystujące wiedzę z obszaru społecznego poznania, prowadzić będzie do istotnych modyfikacji owego wyjściowego założenia. Wnioski płynące z przedstawionych tutaj rozważań wymagają weryfikacji empirycznej, do czego powrócimy w dalszej części artykułu.

cji w wynikach terapii. W badaniu, którego autorami są Okiishi, Lambert, Nielsen i Ogles (2003), obejmującym dane pochodzące od 1841 klientów i 91 terapeutów, wykazano, że terapeuci znacznie różnili się między sobą poziomem skuteczności. Klienci najbardziej pomocnych terapeutów uzyskiwali znaczącą poprawę w najkrótszym czasie (badacze określili tych terapeutów mianem „superterapeutów” – *supershrinks*). Klienci najmniej skutecznych terapeutów, pomimo długotrwałego pozostawania w terapii, nie odczuwali pozytywnych zmian bądź wręcz doświadczali pogorszenia swojego samopoczucia (tych terapeutów badacze określają „pseudoterapeutami” – *pseudoshrinks*). Różnic tych nie można wytłumaczyć zróżnicowanym poziomem trudności, jakich doświadczali klienci, ponieważ zarówno superterapeuci, jak i pseudoterapeuci pracowali z podobnymi grupami klientów. Okazało się ponadto, że zróżnicowany poziom skuteczności terapeutów nie był powiązany z żadną ze zmiennych opisujących różnice między terapeutami (a były to: rodzaj odbytego szkolenia, długość szkolenia, orientacja teoretyczna oraz płeć). W tym kontekście podstawowe wydaje się pytanie o to, jakie właściwości terapeutów odpowiadają za to, że udział w prowadzonej przez nich psychoterapii doprowadza do pożądanых zmian lub – przeciwnie – do pogorszenia stanu klienta.

Ciekawe światło na powyższy problem rzuca praca, której autorami są Zuroff, Kelly, Leybman, Blatt i Wampold (2010). Odkryli oni bowiem, że za różnice w zakresie poziomu skuteczności terapeutów pracujących z klientami cierpiącymi z powodu depresji odpowiadał stopień, w jakim terapeuci ci byli przez klientów postrzegani jako pozytywnie nastawieni, empatyczni i autentyczni. Tego rodzaju postawa terapeuty silnie wiąże się z podmiotowym podejściem do klienta – widzeniem w nim człowieka w pełnym znaczeniu tego słowa, zainteresowaniem dla jego przekonań i przeżyć, a także okazywanym mu szacunkiem oraz troską. Lambert i Barley podkreślają, że nie można odróżnić wpływu, jaki na rezultat terapii mają właściwości terapeuty i relacja terapeutyczna, ponieważ elementy te są ze sobą ściśle powiązane (2002, s. 21). Z dokonanego przez nich przeglądu badań wynika, że terapeuci, którzy są skuteczni w swojej pracy, postrzegani są przez swoich klientów jako rozumiejący, akceptujący, empatyczni, życzliwi i wspierający. Ponadto terapeuci ci rzadziej (w porównaniu ze swoimi mniej skutecznymi kolegami) prezentują takie negatywne zachowania, jak obwinianie, ignorowanie czy odrzucanie. Jest to zatem kolejny argument przemawiający na rzecz tezy, że ukierunkowanie terapeuty na budowanie relacji z klientem, połączone z chęcią rozumienia go, to uwarunkowania sprzyjające nie tylko upodmiotowieniu klienta (por. Waytz i in., 2010), lecz także – skuteczności interwencji terapeutycznych.



Jakość relacji terapeutycznej, w tym w szczególności – sojuszu terapeutycznego, jest istotnym aspektem psychoterapii, budzącym rosnące zainteresowanie wśród naukowców zajmujących się badaniem czynników warunkujących skuteczność terapeutycznych oddziaływań (por. np. Horvath, Del Re, Flückiger i Symonds, 2011). Badania potwierdzają istnienie związku między empatią terapeuty a jakością sojuszu terapeutycznego, przy czym empatia okazuje się silniej powiązana z takim elementem sojuszu, jak więź między klientem a terapeutą aniżeli z elementami dotyczącymi zgodności co do celów i metod pracy terapeutycznej (Elliott, Bohart, Watson i Greenberg, 2011, s. 136). Badaczem, a zarazem znakomitym praktykiem, który jako pierwszy opisywał znaczenie jakości relacji terapeutycznej dla powodzenia interwencji terapeuty, był Carl Rogers. Wyodrębnił on warunki konieczne, a zarazem wystarczające do tego, by klient w toku terapii uzyskiwał większą wewnętrzną spójność (by w mniejszym stopniu doświadczał on wewnętrznych konfliktów), a także, by jego zachowanie ewoluowało w kierunku zachowań bardziej dojrzałych aniżeli te, które prezentował przed rozpoczęciem terapii (Rogers, 1992, s. 827). Warunki te obejmują między innymi autentyczność terapeuty, jego bezwarunkowe pozytywne nastawienie do osoby klienta oraz empatię terapeuty wobec klienta. Rogers nadał sformułowanym przez siebie warunkom status hipotez, zapraszając badaczy do ich weryfikowania w toku naukowych dociekań.

Zaproszenie to zostało przyjęte i zaowocowało licznymi badaniami, dotyczącymi m.in. związku między empatią terapeuty a skutecznością prowadzonych przezeń oddziaływań, jakie prowadzono w latach 70. i 80. ubiegłego wieku (por. Elliott i in., 2011). W XXI wieku naukowcy skierowali uwagę na biologiczne podstawy empatii, co znalazło swój wyraz w badaniach z obszaru społecznej neuronauki (por. np. Batson, 2009). Współcześnie badacze znów interesują się związkiem między empatią terapeuty a efektywnością psychoterapii, a metaanalizy obejmujące liczne badania w tym obszarze ukazują, że – zgodnie z przewidywaniami Rogersa – empatia terapeuty jest istotnym elementem pomocnej relacji terapeutycznej (Elliott i in., 2011). Warto w tym kontekście podkreślić, że empatia terapeuty oceniana przez klienta jest lepszym predyktorem efektywności terapii aniżeli empatia terapeuty oceniana przez zewnętrznego obserwatora lub przez samego terapeutę (Elliott i in., 2011, s. 135 i 141). Z badań wynika ponadto, że klienci nie różnicują między empatią a innymi elementami relacji powiązanych z efektywnością terapii – dokonywane przez nich oceny empatii terapeuty wysoko korelują z ocenami tego, w jakim stopniu terapeuta jest autentyczny oraz pozytywnie do klienta nastawiony (tamże, s. 136).

Badacze współcześnie zajmujący się związkiem między empatią terapeuty a efektywnością terapii odwołują się nie tylko do badań nad psychoterapią, lecz także korzystają z dorobku społecznej neuronauki. Łącząc wiedzę generowaną w ramach obu tych obszarów nauki, wyodrębniają oni trzy główne procesy przyczyniające się do empatycznej reakcji wobec z partnera interakcji (Elliott i in., 2011, s. 133). Pierwszy z nich to proces emocjonalnej symulacji (*emotional simulation*), w ramach którego elementy cielesnego doświadczenia partnera zostają odzwierciedlone u pozostającej z nim w kontakcie osoby, co wiąże się z aktywacją jej mózgu przede wszystkim w obrębie struktur układu limbicznego. Drugi z podstawowych procesów warunkujących empatyczną reakcję wobec osoby polega na przyjmowaniu perspektywy partnera interakcji (*perspective-taking*) – na rozumieniu, jak może się czuć i co może myśleć ta osoba znajdująca się w tej sytuacji. Dla tego procesu charakterystyczna jest aktywność mózgu w obrębie kory skroniowej oraz przyśrodkowej kory przedczołowej, a więc w tych regionach nerwowych, które odgrywają ważną rolę w percepcji osób i w poznaniu społecznym, w tym m.in. w formułowaniu wrażeń na temat osób, rozumieniu cudzych przekonań (mentalizacji) czy przypisywaniu cech (Harris i Fiske, 2009). Trzeci z podstawowych procesów wiążących się z empatyczną reakcją wobec partnera interakcji to proces regulacji emocji (*emotion-regulation*), dzięki któremu osoba pozostająca w kontakcie z kimś cierpiącym radzi sobie z dystresem wywołanym przez ekspozycję na cudze cierpienie, co pozwala na zmobilizowanie własnych zasobów i zaangażowanie się w pomaganie. Proces ten wiąże się z aktywacją takich struktur mózgowych, jak kora okołoczodołowa oraz dolna część kory ciemieniowej prawej półkuli.

Można zadać w tym miejscu pytanie o to, czy empatyzowanie z doświadczeniem klienta wymaga od terapeuty wysiłku, wiedzy, umiejętności i świadomego przyjmowania określonych postaw? A może – przynajmniej u niektórych terapeutów – jest czymś naturalnym, zachodzącym w sposób spontaniczny? Wiadomo, że proces emocjonalnej symulacji nie zachodzi w każdym rodzaju kontaktu i nie zawsze prowadzi do wzbudzenia uczuć podobnych do tych, które przeżywa partner interakcji (Batson, 2009, s. 5). Można zatem przyjąć, że kluczowe dla jakości relacji terapeutycznej są dwa pozostałe procesy – przyjmowanie perspektywy klienta oraz regulacja własnych emocji pozwalająca na skuteczne zaangażowanie się w pomaganie. W literaturze dotyczącej czynników sprzyjających budowaniu wysokiej jakości relacji terapeutycznej podkreśla się zachowania i postawy terapeuty będące wyrazem obu powyższych procesów. Poniżej pokrótce omawiamy owe postawy i specyficzne zachowania terapeuty.

Bycie uważnym, nieoceniającym i otwartym na dyskutowanie wnoszonych przez klienta tematów to elementy postawy terapeuty, które sprzyjają postrzeganiu go przez klienta jako empatycznego (Elliott i in., 2011, s. 143). Specyficznym zachowaniem wyrażającym powyższe nastawienie jest np. zachęcanie klienta do eksploracji własnego doświadczenia przy użyciu odniesień do jego uczuć. Z kolei takie zachowania klinicysty, jak dawanie rad, przerywanie czy unikanie kontaktu wzrokowego wiążą się z postrzeganiem terapeuty przez klienta jako mało empatycznego (tamże). Empatyczny terapeuta nie tylko potrafi przyjąć i zrozumieć perspektywę klienta, lecz także umie dostroić stopień, w jakim ujawnia swoje empatyczne rozumienie, do preferencji klienta: wobec osób podejrzliwych, niezmotywowanych i wrogo nastawionych do autorytetów oferowanie dystansu w relacji jest bardziej empatyczne aniżeli wspierające, akceptujące komunikaty (Elliott i in., 2011, s. 146). Powyższa przesłanka szczególnie dobrze ilustruje związek między empatią terapeuty a podmiotowym traktowaniem klienta – wyrażanie zrozumienia dla klienta nie jest wartością samą w sobie, lecz jedynie jednym ze sposobów, w jaki terapeuta uwzględnia indywidualną perspektywę osoby, z którą pracuje.

Terapeuci otwarci na sprzeczne, związane z przeciwprzeniesieniem uczucia są postrzegani przez klientów jako bardziej empatyczni (Peabody i Gelso, 1982). Z kolei w chwilach pogorszenia sojuszu terapeutycznego, jakie w sposób nieunikniony występują w toku pracy terapeutycznej, tym, co sprzyja poprawie jakości relacji między terapeutą a klientem, jest otwarta, nieobronna postawa terapeuty wobec ekspresji negatywnych uczuć przez klienta (Safran, Muran i Eubanks-Carter, 2011). Zwłaszcza na początku terapii klient może odnosić się do terapeuty i samego pomysłu korzystania z psychoterapii z rezerwą czy wręcz niechęcią – także wówczas otwarta i akceptująca postawa terapeuty wobec obiekcji klienta ma ogromne znaczenie dla jakości kształtującego się sojuszu terapeutycznego (Horvath i in., 2011, s. 44).

W literaturze dotyczącej pracy klinicystów podkreśla się koszty, jakie ponosi osoba pomagająca, pozostając w bliskim kontakcie z klientami, którzy mają za sobą wiele trudnych, w tym – traumatycznych doświadczeń (Bride, Radey i Figley, 2007). Zwraca się uwagę na potrzebę wypracowywania strategii radzenia sobie z tymi kosztami, co z kolei wiąże się z trzecim z opisanych wcześniej podstawowych procesów związanych z empatyczną reakcją wobec partnera interakcji: procesem regulacji emocji. Celem tego rodzaju strategii jest to, by empatyzowanie z klientami i zaangażowanie w pomaganie prowadziły przede wszystkim do satysfakcji, nie zaś do zawodowego wypalenia terapeuty (Radey i Figley, 2007).

Literatura dotycząca psychoterapii dostarcza wielu cennych informacji na temat tego, jakie postawy powinien rozwijać w sobie terapeuta i jakimi powinien on dysponować umiejętnościami wyrażającymi się w określonych zachowaniach w kontakcie z klientem, by kształtująca się relacja terapeutyczna była relacją dwupodmiotową, sprzyjającą osiągnięciu przez klienta pozytywnych zmian. Można odnieść wrażenie, że dobrze wykształcony, stale rozwijający się terapeuta, który superwizuje swoją pracę i otrzymuje pozytywną informację zwrotną ze strony swojego superwizora, nie może traktować swojego klienta w sposób przedmiotowy. Z literatury przedmiotu wynika, że podmiotowe postrzeganie klienta, wyrażające się w empatyzowaniu z jego doświadczeniem oraz w umiejętności budowania wysokiej jakości sojuszu terapeutycznego, to w dużej mierze efekt profesjonalnego rozwoju terapeuty. W toku szkolenia klinicysta rozwija swoje możliwości w zakresie przyjmowania perspektywy klienta i uczy się strategii radzenia sobie z własnymi emocjami wywoływanymi przez kontakt z cudzym cierpieniem. Nieodłącznym i niezwykle cenionym przez terapeutów elementem tego procesu jest praktyka pod superwizją (Dyck i O'Donovan, 2003).

Oczywiście na to, w jakim stopniu szkolący się terapeuta będzie w stanie opanować umiejętności niezbędne do budowania współpracującej relacji terapeutycznej z klientem, wpływa nie tylko jakość szkolenia i poziom zaangażowania terapeuty we własny profesjonalny rozwój, lecz także jego indywidualne właściwości, z jakimi wkracza on w proces przygotowania do zawodu (Johnson i Campbell, 2004).

Niezależnie od tego, czy przyjmimy, że podmiotowe podejście do klienta to przede wszystkim efekt indywidualnych właściwości i wartości, jakimi terapeuta charakteryzuje się już przed rozpoczęciem profesjonalnego szkolenia, czy też głównie rezultat wiedzy, umiejętności i postaw nabywanych w toku szkolenia, wydaje się, że możliwość budowania dwupodmiotowej relacji z klientem, widziana przez pryzmat literatury dotyczącej psychoterapii, jest właściwością przypisaną do osoby terapeuty. W tym sensie sytuacja, w której dobrze wykształcony, świadom zasad etyki zawodowej terapeuta, którego nadrzędnym celem jest niesienie pomocy klientom, zarazem ich uprzedmiotawia, wydaje się po prostu niemożliwa. Czy na pewno? Zarówno badania Rosenhana (1973), jak i nagłaśniane przez media przypadki krzywdzących zachowań, jakich dopuścili się wobec swoich klientów terapeuci cieszący się wcześniej uznaniem środowiska, przeczą takiemu wnioskowi. Wobec tego rodzaju przypadków powszechną reakcją opinii publicznej jest oburzenie, natomiast profesjonalne środowisko niezadko reaguje zaskoczeniem. Czasem pojawiają się wówczas komentarze w rodzaju: „Terapeuci są tylko ludźmi i mogą popełniać błędy”. Jakkolwiek oburza-

jące mogą wydawać się tego typu stwierdzenia w kontekście dyskusji na temat nadużyć wobec klientów, zwracają one uwagę na pewien oczywisty fakt – terapeuci podlegają takim samym zjawiskom dotyczącym przetwarzania informacji społecznych, jak inni ludzie. Nie są wolni od tendencyjności poznawczych, wpływających na sposób interpretacji informacji i rodzaj podejmowanych w określonych sytuacjach zachowań. Powyższe spostrzeżenie kieruje nasze poszukiwania odpowiedzi na pytanie o możliwe przyczyny uprzedmiotawiania partnera interakcji w stronę badań dotyczących nie samej psychoterapii, nie relacji służącej pomaganiu, lecz funkcjonowania ludzi w ogóle.

W jakich okolicznościach osoba może postrzegać (i traktować) partnera interakcji w sposób przedmiotowy? Procesy facylitujące oraz hamujące skłonność do podmiotowego traktowania innych, empatyzowania z nimi, wchodzenia z nimi w relacje bądź przeciwnie – odmawiania im podmiotowości i pozytywnych właściwości od dawna stanowią przedmiot badań psychologii społecznej (por. Leyens i in., 2000; Opatow, 1990; Bar-Tal, 1989; Tajfel, Flament, Billig i Bundy, 1971; zob. też: Kofta, Baran i Tarnowska, 2014; Tarnowska, Sławuta i Kofta, 2012; Tarnowska, 2011; Kofta, 2009). W tym właśnie obszarze będziemy zatem poszukiwać odpowiedzi na powyższe pytanie. Sądzymy bowiem, że odniesienie wiedzy płynącej z badań prowadzonych na gruncie psychologii podstawowej do praktyki terapeutycznej może rzucić ciekawe światło na problematykę uwarunkowań podmiotowego (i przedmiotowego) traktowania klienta przez terapeutę.

#### **UWARUNKOWANIA PODMIOTOWEGO I PRZEDMIOTOWEGO POSTRZEGANIA PARTNERA INTERAKCJI – PERSPEKTYWA SPOŁECZNEGO POZNANIA**

Jakiego rodzaju procesy mogą się uruchamiać, gdy dochodzi do spotkania dwóch nieznaną sobie dotąd nawzajem osób? Wyobraźmy sobie sytuację dobrze znaną klinicytom – oto do gabinetu wchodzi klient umówiony na pierwszą konsultację. Koncepcja Brewer (por. Brewer i Harasty Feinstein, 1999) dotycząca kształtowania się wrażenia o osobie zakłada, że może ono być rezultatem procesów dwojakiego rodzaju: albo skupienia na poszczególnych właściwościach osoby odbieranej jako odrębny, indywidualny byt (tzw. *person-based impression formation*), albo – postrzegania osoby przez pryzmat kategorii społecznej, do jakiej została ona zaklasyfikowana (tzw. *category-based impression formation*). Wybór trybu przetwarzania informacji następuje w stosunkowo wczesnej fazie kontaktu. Fiske i współpracownicy (Fiske, Lin i Neuberg, 1999) pod-

kreślają, że ludzie spontanicznie i automatycznie (a więc poza świadomą kontrolą) dokonują kategoryzacji osoby, z którą mają do czynienia; co więcej – kategoryzacji tej towarzyszy określone odczucie wobec osoby – tzw. *schema-triggered affect*. W związku z powyższym możemy się spodziewać, że klinicysta z naszego przykładu już na sam widok wchodzącego do jego gabinetu klienta zaklasyfikuje go do określonej kategorii społecznej (np. nastoletnich chłopców) i doświadczy pozytywnego lub negatywnego afektu będącego wyrazem jego osobistego ustosunkowania wobec tej kategorii (np. poczuje do klienta sympatię ze względu na swoje dotychczasowe pozytywne doświadczenia w pracy z nastolatkami).

Wiele cech i charakterystyk może wzbudzić procesy kategoryzacji społecznej, które następnie wykorzystywane są do organizowania i interpretowania pozyskiwanych w dalszej kolejności informacji na temat osoby. To, które charakterystyki posłużą jako podstawa kategoryzacji, zależy od poznawczego i społecznego kontekstu, choć pewne cechy (jak płeć, wiek czy kolor skóry) są w tym względzie „uprzywilejowane” (Fiske i in., 1999). W pierwszym kontakcie dokonywana jest także ocena ważności osoby (tego, na w jakim stopniu jest ona interesująca i/lub istotna dla obserwatora), która decyduje o tym, czy obserwator pozostanie przy wrażeniu skonstruowanym w oparciu o kategorię, czy przesunie swoją uwagę na osobę i dokładniej przeanalizuje jej właściwości. Postrzeganie osoby jako ważnej jest powiązane z przewidywaniem i/lub chęcią nawiązania z nią kontaktu (wejścia z nią w relację) – osoby, z którymi łączy/będzie łączyć nas jakiś rodzaj współzależności, postrzegane są w sposób bardziej zindywidualizowany (Fiske, 1993). Ponownie zatem kwestia nastawienia na wchodzenie w relację z osobą wyłania się jako warunek zainteresowania jej indywidualnymi właściwościami, w tym – jej stanami umysłowymi (por. Waytz i in., 2010). Wyobraźmy sobie, że klinicysta z naszego przykładu w chwili, gdy zapraszał swojego nastoletniego klienta do gabinetu, zauważył, że do recepcjonistki podchodzi starszy mężczyzna z paczką w dłoniach. Gdy tylko zaklasyfikował tę postać do kategorii „kurier”, uznał, że nie jest ona dlań w tej chwili istotna, i – poprzestawszy na tym – skupił całą swą uwagę na wchodzącym do gabinetu nastolatku.

Przesunięcie uwagi na osobę nie gwarantuje jednak jej indywidualności, a jedynie ją umożliwia. Indywidualność ma miejsce, gdy wstępna kategoryzacja (w naszym przykładzie: „nastoletni chłopiec”) traktowana jest jedynie jako jeden z atrybutów osoby, do którego dołączane są informacje o jej kolejnych właściwościach, tworząc w pełni zindywidualizowany wizerunek osoby. Mamy wówczas do czynienia z takim sposobem formułowania wrażenia o osobie, który Marilynn Brewer i Amy S. Harasty Feinstein (1999) określają mianem *person-based* (opartego na osobie) lub *bottom-up* (od danych do poznawczej reprezentacji):

reprezentacja osoby jest stopniowo konstruowana na podstawie napływających na jej temat danych, wynikających z nich wniosków i uogólnień. Alternatywnie, wrażenie na temat osoby może być konstruowane w oparciu o wiedzę na temat kategorii, do jakiej osoba ta została zaklasyfikowana. Jest to wówczas proces, określany przez Brewer i Harasty Feinstein *top-down* (od wiedzy stereotypowej do danych, oparty na kategorii), w ramach którego wiedza o kategorii wpływa na to, na co zwracamy uwagę, jak interpretujemy informacje i w jaki sposób pozyskujemy nowe dane o osobie. Dopasowujemy napływające informacje do wiedzy o kategorii, szukamy spójności między napływającymi informacjami a wiedzą stereotypową (Brewer i Harasty Feinstein, 1999).

Oba tryby przetwarzania mogą być dokładne – nie jest tak, że jeden polega na przewadze procesów automatycznych, a drugi – na uważnym, świadomym zbieraniu danych. Obie strategie konstruowania wrażenia na temat osoby mogą wiązać się ze skrupulatnym zbieraniem informacji. W przypadku formułowania wrażenia na podstawie wstępnej kategoryzacji będzie to odnoszenie danych o osobie do wiedzy o prototypowym przedstawicielu danej kategorii, wychwytywanie niespójności napływających informacji z wiedzą o kategorii i – w rezultacie – tworzenie zindywidualizowanego wrażenia o osobie jako członku danej grupy społecznej. Tym niemniej to stereotypowa wiedza będzie wpływać na sposób zbierania danych o osobie (a w związku z tym – także na same dane, jakie zostaną pozyskane). Wówczas więcej uwagi poświęca się informacjom powiązanym (zgodnym bądź niezgodnym) ze stereotypową wiedzą, lepiej się je zapamiętuje i to na nich głównie opiera się ogólne wrażenie o osobie. Informacje niepowiązane z wiedzą o kategorii są pomijane, gorzej zapamiętywane, rzadziej włączane do ogólnej reprezentacji osoby. Gotowa reprezentacja jest powiązana w pamięci obserwatora z wiedzą o danej kategorii (osoba zostaje zapamiętana jako podtyp lub egzemplarz kategorii). Gdyby klinicysta z naszego przykładu w ten właśnie sposób konstruował swoje wrażenie na temat nastoletniego klienta, mógłby on po spotkaniu powiedzieć, na przykład: „Jak na nastolatka, Janek jest bardzo refleksyjny – nie podejmuje decyzji pochopnie, tylko raczej dłuższy czas zastanawia się nad możliwymi konsekwencjami każdego z rozwiązań”. Prototypowy przedstawiciel kategorii „nastoletni chłopiec” jest, zgodnie z wiedzą naszego klinicysty, dość impulsywny. W związku z tym terapeuta zwrócił uwagę na informacje niezgodne ze stereotypową wiedzą i dobrze je zapamiętał. Zarazem mógł on w procesie formułowania wrażenia o swoim kliencie pominąć te dane, które nie wiążą się z wiedzą terapeuty o kategorii nastoletnich chłopców (a które mogły być diagnostycznie istotne). Takie kierowanie się w procesie formułowania wrażenia na temat osoby wiedzą o kategorii, do jakiej osoba ta zosta-

ła zaklasyfikowana, wyznacza granice, w obrębie których pozyskujemy dane – osoba interesuje nas nie jako niepowtarzalna jednostka, a jedynie jako przedstawiciel (egzemplarz) danej kategorii, co naturalnie może prowadzić do jej (przynajmniej częściowego) uprzedmiotowienia.

Tworzenie wrażenia na podstawie danych o osobie jest zatem w kontekście klinicznym znacznie bardziej wskazaną strategią. Warto przy tym podkreślić, że proces ten nie daje gwarancji właściwego pozyskiwania informacji o kliencie, ponieważ może on przebiegać w sposób powierzchowny: przykładem jest tu tzw. efekt „halo” (czyli aureoli), w ramach którego pierwsze informacje o szczególnie pozytywnym lub negatywnym znaczeniu wpływają na tworzenie oczekiwań co do osoby, determinują dalsze pozyskiwanie danych i – w efekcie – ogólne wrażenie o osobie. Jednakże uważne zbieranie danych o osobie prowadzi do sformułowania złożonej, a zarazem zintegrowanej reprezentacji, mogącej obejmować wzajemnie sprzeczne elementy (Brewer i Harasty Feinstein, 1999). Taki sposób formułowania wrażenia o osobie jest najbardziej prawdopodobny wówczas, gdy relację między obserwowanym a obserwującym charakteryzuje silna orientacja interpersonalna, a więc wtedy, gdy sama relacja z postrzeganą osobą ma dla obserwatora znaczenie (jest w nią osobiście zaangażowany), a nie – gdy głównym celem spotkania jest zebranie informacji o osobie. Im wyższy poziom bliskości, tym bardziej skłonni jesteśmy do budowania wrażenia na podstawie informacji o osobie, a nie wiedzy o kategorii, do której ta osoba przynależy. Postrzegane: wspólnota celów, podobieństwo oraz bliskość, a także chęć inwestowania w relację – to czynniki sprzyjające upodmiotowieniu (Kofta i Sławuta, 2011; Brewer i Harasty Feinstein, 1999; Opatow, 1990; Bar-Tal, 1989).

Co z kolei sprzyja tworzeniu wrażenia o osobie w oparciu o wiedzę o kategorii, do której osoba ta została zaklasyfikowana? Takiemu procesowi formułowania wrażenia na temat osoby sprzyja sytuacja, w której przynależność do danej kategorii jest ewidentna, postrzegana w pierwszej kolejności, zanim pojawi się okazja do dostrzeżenia w osobie odrębnego indywiduum, a nie tylko członka kategorii (np. kitel a brak kitla wewnątrz oddziału szpitala psychiatrycznego). Tym, co wzmacnia postrzeganie osoby przez pryzmat kategorii, do której została ona zaliczona, jest także sytuacja, w której podział na kategorie angażuje Ja obserwatora i prowadzi do wskazania kategorii, do której zalicza się obserwowana osoba, jako odrębnej względem kategorii, z którą silnie identyfikuje się obserwujący (kategoryzacja My–Oni). Klasyczne już badania w obszarze psychologii społecznej dowodzą, że ludzie automatycznie (nieintencjonalnie) lepiej oceniają, a także lepiej traktują te osoby, które zaliczają do grupy własnej, w porównaniu z osobami zaklasyfikowanymi jako członkowie obcej grupy, nawet wówczas,



gdy podział na grupy opiera się na sztucznym, wprowadzonym jedynie na potrzeby eksperymentu kryterium (por. np. Tajfel i in., 1971). Kolejną okolicznością sprzyjającą postrzeganiu osoby przez pryzmat kategorii jest sytuacja, w której osoba zostaje zaliczona do kategorii, która silnie wyróżnia się na tle innych (np. do grupy mniejszościowej).

W codziennych interakcjach skłonność do kategoryzacji przeważa nad tendencją do indywidualizacji, ponieważ użycie kategorii daje obserwatorowi natychmiastowy dostęp do użytecznych danych (o właściwych reakcjach afektywnych, poznawczych i behawioralnych wobec napotkanej osoby) przy minimalnym wysiłku poznawczym (Fiske i in., 1999). Warto zatem podkreślić, że postrzeganie innych przez pryzmat kategorii społecznych jest naturalnym i niezbędnym dla społecznego funkcjonowania procesem. Zarazem wiadomo, że kategoryzacja ukierunkowuje i zniekształca przetwarzanie informacji – sprzyja ograniczonemu poszukiwaniu danych (zbierane są te informacje, które odnoszą się do stereotypowej wiedzy), potwierdzaniu wstępnych oczekiwań oraz pomijaniu informacji niezwiązanych z wiedzą o danej kategorii (por. np. Rudman i Borgida, 1995).

Indywidualizacja wymaga zasobów uwagi, czasu i motywacji do uważnego studiowania właściwości osoby. Przy zawężonych zasobach uwagowych nawet silna motywacja do formułowania adekwatnego wrażenia nie wystarcza i ludzie polegają na kategoriach. Hałas, ale też lęk czy „hałas mentalny” zawężają zasoby uwagi i utrudniają indywidualizację (Fiske i in., 1999). W tym kontekście zrozumiała staje się sytuacja, w której dobrze wykształcony i zmotywowany do pomagania klinicysta postrzega swojego klienta przez pryzmat określonej kategorii wskutek znaczącego (i sytuacyjnie uwarunkowanego) ograniczenia własnych zasobów poznawczych. Jak napisaliśmy wcześniej, przesunięcie uwagi na osobę (podjęcie decyzji o wysokim poziomie istotności tej osoby dla obserwatora i poświęcenie czasu na zebranie informacji na jej temat) nie gwarantuje indywidualizacji, może bowiem zaowocować jedynie potwierdzeniem wstępnej kategoryzacji (tzw. konfirmacyjna kategoryzacja, *confirmatory categorization*) lub rekategoryzacją. Klinicysta z naszego przykładu zbierał informacje na temat nastoletniego klienta, cały czas odnosząc je do kategorii „nastoletnich chłopców”, i w efekcie dokonał rekategoryzacji swojego klienta jako „nietypowego” przedstawiciela kategorii nastolatków.

Do czynników, które wywołują zwiększoną skłonność do potwierdzania wstępnej kategoryzacji, zalicza się zagrożenie dla samooceny (dla Ja lub dla grupy własnej), a także potrzebę uzasadnienia własnej uprzywilejowanej pozycji (Fiske i in., 1999). Ponadto osoby o uprzywilejowanej pozycji są mniej skłonne do indywidualizacji wobec tych, których postrzegają jako niższych rangą. Dodatko-

wo wysoki poziom potrzeby dominacji wiąże się z brakiem pragnienia, by zwracać uwagę na innych (Fiske, 1993). Wnioski te w szczególny sposób odnoszą się do relacji terapeutycznej, która z definicji jest relacją asymetryczną, w ramach której klinicysta pozycjonowany jest w roli eksperta, a więc – w roli nadrzędnej, natomiast klient jest stroną „poszukującą pomocy”, a więc – przynajmniej do pewnego stopnia – znajduje się on w pozycji podrzędnej wobec terapeuty. Sam ten fakt stanowi „czynnik ryzyka” wobec gotowości terapeuty do indywidualizacji klienta. Jeśli na ten czynnik nałoży się wroga postawa klienta, który zarzuca terapii brak skuteczności i poddaje w wątpliwość jego kompetencje, otrzymamy współwystępujące zagrożenie dla samooceny. Klient mógłby dodatkowo powątpiewać w wartość psychoterapii i psychologii jako dyscypliny naukowej, co byłoby zagrażające w stosunku do grupy, z którą terapeuta prawdopodobnie silnie się identyfikuje. Tego rodzaju kontekst sytuacyjny sprzyjałby zatem uprzedmiotowieniu klienta, zaklasyfikowaniu go do kategorii „niewspółpracujących” czy też „źle rokujących” i mógłby prowadzić do przyjęcia przez terapeutę takiej postawy wobec klienta, która znacząco odbiega od typowego dla tego klinicysty podmiotowego nastawienia wobec jego klientów.

Powyższy przykład nie ma na celu przedstawienia uprzedmiotawiania partnera interakcji jako naturalnej konsekwencji określonych uwarunkowań sytuacyjnych. Wręcz przeciwnie – ma on zilustrować to, w jak dużym stopniu to czynniki sytuacyjne, a nie ogólne właściwości klinicysty mogą rzutować na gotowość terapeuty do budowania dwupodmiotowej relacji z klientem. Profesjonalne przygotowanie oraz chęć niesienia pomocy są warunkami koniecznymi, ale niewystarczającymi do tego, by postrzegać klienta w sposób podmiotowy. W dalszej części artykułu przedstawiamy propozycje przesłanek dla praktyki klinicznej ukierunkowanych na wzmacnianie dwupodmiotowej relacji między terapeutą a klientem, formułowanych z uwzględnieniem zarówno kontekstu badań nad psychoterapią, jak i wniosków płynących z badań w obszarze społecznego poznania.

#### **PRZESŁANKI DLA PRAKTYKI KLINICZNEJ ORAZ PROPOZYCJE DOTYCZĄCE ICH EMPIRYCZNEJ WERYFIKACJI**

Terapeuci dokonują kategoryzacji swoich klientów nie tylko w sposób automatyczny, jako element procesu wpisanego w każdy rodzaj społecznej interakcji, lecz także świadomie, dążąc do sformułowania tzw. konceptualizacji przypadku. Jakiego rodzaju trudności doświadcza klient? Jaki mechanizm psychologiczny

leży u ich podłoża? Jakie czynniki podtrzymujące trudności można wyodrębnić w ramach poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego funkcjonowania klienta? Bez tego rodzaju kategoryzacji terapeuta nie byłby w stanie formułować wstępnych rekomendacji dla klienta ani podjąć decyzji o możliwych do zastosowania interwencjach już w trakcie trwania kontraktu terapeutycznego. W tym sensie klient jest nie tylko podmiotem, z którym terapeuta wchodzi w kontakt, lecz także przedmiotem poznania klinicysty. Konceptualizacja polega na klasyfikowaniu trudności klienta do określonych kategorii (np. kategorii zaburzeń psychicznych, na które klient cierpi), a także na wyjaśnianiu jego funkcjonowania jako efektu działania określonych schematów poznawczo-afektywnych, co pozwala m.in. na przewidywanie reakcji klienta na określone typy interwencji. Konceptualizacja wskazuje na ograniczenia klienta w zakresie doświadczania (gdy dotyczy np. ograniczeń w przeżywaniu pozytywnych emocji u osoby cierpiącej na depresję) oraz sprawczości (np. gdy opisuje czynniki determinujące istnienie egodystonicznych właściwości osoby), jest zatem takim sposobem myślenia o pacjencie, który wydaje się konkurować z procesami mentalizacji (por. Waytz i in., 2010). Czy rzeczywiście uprawnione jest postrzeganie formułowania konceptualizacji jako aktywności konkurencyjnej względem upodmiotowienia pacjenta?

Geller i Greenberg (2002) w przekonujący sposób opisują nadrzędny wobec triady Rogersa warunek, jaki terapeuta powinien spełniać w kontakcie z klientem, a mianowicie – obecność. Obecność terapeuty polega na ukierunkowaniu uwagi na niepowtarzalność doświadczenia klienta, przy jednoczesnym poczuciu siebie jako odrębnej całości. Wymaga ona zawieszenia oczekiwań i wiedzy na temat kategorii diagnostycznych, tak by terapeuta mógł się maksymalnie skupić na niepowtarzalnym doświadczeniu klienta. Poziom obecności terapeuty oceniany przez klienta, jak się okazuje, ma dobrą trafność prognostyczną – klienci odnotowywali wysoką jakość sojuszu terapeutycznego i pozytywne zmiany następujące po tych sesjach, w trakcie których mieli poczucie obecności terapeuty (Geller, Greenberg i Watson, 2010).

Czy można pogodzić zadania tworzenia konceptualizacji, a także monitorowania skuteczności podejmowanych oddziaływań z takim rodzajem obecności – z pełnym upodmiotowieniem klienta i budowaniem z nim współpracującej relacji, w ramach której klient postrzegany jest jako niepowtarzalna jednostka, nie zaś przez pryzmat kategorii diagnostycznych? Szczególnie przydatne wydaje nam się w tym kontekście zwrócenie się ku filozofii – do słynnej pracy Martina Bubera „Ja i Ty” (1992). Buber pisze, że pierwszym „słowem” człowieka nie jest „Ja”, ale „Ja–Ty”, czyli relacja. Czysta relacja jest po prostu swoistym trwaniem

w niej, współistnieniem. Jeśli zaczynamy drugiego badać, chcemy go zmieniać lub chcemy się nim posłużyć do czegoś (w tym: wykorzystać go), wtedy „słowo” „Ja–Ty” przekształca się w „słowo” „Ja–Ono”. Relacja typu „Ja–Ono” to kontakt przedmiotowy, niezbędny w procesie systematycznego poznawania, lecz także w procesie planowania i proponowania określonych zmian. Jest ona zatem w pełni uprawniona. Przykładowo, zbieranie wywiadu (i tym samym stosowanie kategoryzacji) czy zadawanie klientowi zadania domowego lub proponowanie określonej techniki, to przykłady odchodzenia od „czystej” relacji „Ja–Ty”. Buber mówi wręcz, że nie jest możliwe stałe funkcjonowanie w relacji „Ja–Ty”, ale – niestety – jest możliwe stałe funkcjonowanie w relacji „Ja–Ono”.

Tym, co może uniemożliwić podmiotowe postrzeganie klienta, jest lęk terapeuty, poczucie, że jego uprzywilejowana pozycja w relacji nie jest uzasadniona, ponieważ nie czuje się on ekspertem, a raczej bezradnym obserwatorem trudności klienta, co z kolei jest zagrażające dla samooceny klinicysty. Umiejętność konstruowania konceptualizacji, prowadząca do podejmowania świadomych decyzji odnośnie do własnych możliwości w zakresie pracy z daną osobą, jest natomiast ważnym czynnikiem zabezpieczającym. Terapeuta, który rekomenduje klientowi zwrócenie się do innego klinicysty, bowiem wie, że praca z daną osobą wykracza poza granice jego kompetencji, nie tylko postępuje w sposób zgodny z zasadami etyki zawodowej, lecz także dba o własny komfort pracy. Terapeuta, który w toku pracy z klientem umie na bieżąco oceniać zachodzące po stronie klienta zmiany i w adekwatny sposób projektować własne interwencje (co wymaga czynienia z klienta „przedmiotu” poznania), zwiększa szanse na to, że prowadzone przezeń kontrakty terapeutyczne będą kończyły się sukcesem. Zarazem powodzenie terapii nie może stanowić dla terapeuty celu samego w sobie. Sytuacja, w której sukces terapii staje się dominującym celem terapeuty, powinna skłaniać go do refleksji, stanowiąc swoisty sygnał ostrzegawczy. Niejednokrotnie bowiem tego rodzaju osobisty cel terapeuty konstituuje się w odpowiedzi na poczucie zagrożenia dla samooceny i bezradność pojawiające się w pracy z osobą doświadczającą poważnych trudności, nie ustępujących pomimo długotrwałej pracy terapeutycznej.

Podstawowa wydaje się zatem zdolność terapeutów do przełączania się między dwoma trybami przetwarzania informacji o kliencie – podmiotowym i przedmiotowym, opartym na postrzeganiu osoby jako całości oraz bazującym na stosowaniu określonych kategorii. Klinicysta powinien umieć zarówno budować kontakt i przyjmować wobec klienta empatyczną, akceptującą postawę, jak i analizować i strukturyzować informacje o kliencie, planując swoje interwencje i monitorując ich skuteczność. Bycie w relacji zarazem partnerem i ekspertem

jest zadaniem trudnym i obciążającym, zarówno pod względem emocjonalnym, jak i poznawczym. W tym kontekście zalecenia dotyczące dbania terapeuty o własną kondycję (m.in. przez zapewnianie sobie właściwego poziomu obciążenia pracą i wystarczającego czasu na odpoczynek, inwestowanie we własny rozwój oraz korzystanie z superwizji) nabierają szczególnej wagi – zaniedbania w tym obszarze mogą bowiem prowadzić do poważnych błędów w praktyce, w tym – do uprzedmiotawiania klienta, przed czym nie chroni ani samo profesjonalne przygotowanie do zawodu, ani wieloletnie doświadczenie.

Warto również, by w ramach szkolenia psychoterapeutów kładziono nacisk na oba opisane powyżej elementy istotne dla relacji terapeutycznej. Zarówno biegłość w formułowaniu konceptualizacji i planowaniu interwencji, jak i umiejętność przyjmowania perspektywy klienta i empatycznego dostrajania się do jego potrzeb wydają się niezbędne dla możliwości budowania dwupodmiotowej relacji, przyczyniającej się do osiągnięcia przez klienta pozytywnych zmian. Odnosząc powyższą myśl do wiedzy na temat uwarunkowań mentalizacji można przyjąć, że nadrzędnym warunkiem upodmiotowienia klienta jest chęć budowania z nim relacji – tak by umiejętność wyjaśniania jego zachowań dzięki dobrze skonstruowanej konceptualizacji nie konkurowała z procesami mentalizacji w kontekście motywacji terapeuty do rozumienia działań klienta, nie wykluczała ich. Zarazem dobrze skonstruowana konceptualizacja ułatwia przyjmowanie perspektywy klienta, np. poprzez to, że umożliwia postrzeganie zachowań klienta jako konsekwencji jego wcześniejszych doświadczeń. Osoba, która wielokrotnie doświadczała odrzucenia ze strony ważnych innych, spodziewa się odrzucenia w cennych dla siebie relacjach, może więc wyrażać nieufność oraz wrogość wobec terapeuty – tym bardziej, im bardziej relacja terapeutyczna staje się dla niej istotna. Rozumienie powyższego umożliwia terapię empatyzowanie z klientem; ogranicza ryzyko postrzegania takiego klienta jako „niewspółpracującego”, „trudnego przypadku”, chroniąc tym samym motywację terapeuty do budowania z klientem relacji i – w efekcie – do traktowania klienta w sposób podmiotowy.

Podsumowując, sądzimy, że formułowanie konceptualizacji nie jest aktywnością konkurencyjną względem upodmiotowienia klienta. Przeciwnie, jest takim wyrazem uprzedmiotowienia (rozumianego jako interpretowanie funkcjonowania osoby przez pryzmat wiedzy o kategoriach – np. kategoriach diagnostycznych, a także jako częściowe odmawianie osobie zdolności do doświadczenia i sprawczości), które umożliwia upodmiotowienie klienta w relacji terapeutycznej, poprzez tworzenie warunków sprzyjających pozytywnemu nastawieniu i empatii terapeuty względem klienta oraz tolerancji terapeuty dla trudności,

które w sposób nieunikniony pojawiają się w relacji terapeutycznej. Konceptualizacja sprzyja zatem gotowości terapeuty do budowania z klientem dwupodmiotowej relacji, która to gotowość wydaje się warunkiem koniecznym dla powodzenia psychoterapii. Jak pisze Kępiński: „Poznanie więc cudzych stanów psychicznych może się dokonywać jedynie na płaszczyźnie «animizacyjnej», tj. stosunku żywego do żywego [...], stosunku podmiotu do podmiotu” (1989, s. 16). Zarazem dopowiada on: „Psychiatra nie może zapominać, że jest lekarzem, a z wykształcenia przyrodnikiem i powinien zachować pewien dystans zarówno wobec własnych, jak i chorego reakcji emocjonalnych. Musi wytworzyć jakby trzeciego, idealnego obserwatora, który śledzi zarówno jego, jak i pacjenta reakcje psychiczne. Ten trzeci, fikcyjny obserwator jest właśnie psychiatrą przyrodnikiem, on spokojnie, bez zaangażowania emocjonalnego obserwuje badającego i badanego, traktuje ich przeżycia jako przedmiot swych badań. Umiejętność zachowania równowagi między postawą animistyczną a przyrodniczą decyduje zarówno o wyniku badania, jak i leczenia” (tamże, s. 21).

Formułowane powyżej wnioski wymagają weryfikacji w toku badań. Badania nad psychoterapią mają jednak poważne ograniczenie natury etycznej – niedopuszczalne byłoby bowiem celowe kierowanie klientów z jednej strony do terapeutów, którzy koncentrują się wyłącznie na tworzeniu konceptualizacji oraz planowaniu i wdrażaniu interwencji, a z drugiej – do klinicystów stosujących wyłącznie takie interwencje, które mają na celu pogłębianie kontaktu i empatyczne rozumienie doświadczenia klienta, by weryfikować hipotezę o tym, że żadne z powyższych ukierunkowań terapeutów nie prowadzi do osiągnięcia przez klientów trwałych pozytywnych zmian. Obiecującym kierunkiem wydaje się natomiast analizowanie sposobów pracy tych terapeutów, którzy wyróżniają się jako szczególnie skuteczni, a więc takich, których Okiishi i współpracownicy (2003) zaklasyfikowałiby do kategorii „superterapeutów”. Ciekawe byłoby pytanie badawcze dotyczące tego, ile uwagi poświęcają oni w swej pracy podmiotowemu, a ile – przedmiotowemu sposobowi postrzegania klienta. Metodą analizy, jaka mogłaby się w tym kontekście okazać przydatna, wydaje się metoda teorii ugruntowanej (Charmaz, 2009), pozwalająca na formułowanie szerszych kategorii występujących w poddawanych analizie wypowiedziach, bez ich wstępnej konceptualizacji.

Inny wątek badawczy możliwy do podjęcia w celu weryfikacji sformułowanych przez nas wskazówek dla praktyki, mógłby opierać się na wykorzystaniu metody symulowanego klienta, powszechnej w kontekście medycznym, ale nie – w kontekście szkolenia przyszłych psychoterapeutów (por. Zalewski, Filipiak i Tarnowska, 2012). Tu pytanie badawcze dotyczyłoby tego, czy klinicysta pra-

cujący w warunkach silnego obciążenia (zarówno poznawczego, jak i emocjonalnego, generowanego np. przez zagrożenie dla samooceny) istotnie różniłyby się od klinicysty pracującego w warunkach neutralnych pod względem podmiotowego postrzegania osoby wcielającej się w rolę klienta. Z kolei osoba odgrywająca rolę klienta mogłaby oceniać klinicystę pod względem tego, w jakim stopniu był on w trakcie spotkania obecny, empatyczny, a także – w jakim stopniu w trakcie spotkania zbudowana została współpracująca relacja. Proponowane przez nas pytania badawcze oraz sposoby ich operacjonalizacji są otwartymi propozycjami i zaproszeniem do dyskusji. Naszym celem jest przede wszystkim wywołanie refleksji na temat czynników wpływających na podmiotowe i przedmiotowe postrzeganie klienta przez terapeutę, a także roli tych czynników w procesie psychoterapii.

#### LITERATURA CYTOWANA

- Bar-Tal, D. (1989). Delegitimization: The extreme case of stereotyping. W: D. Bar-Tal, C. F. Graumann, A. Kruglanski i W. Stroebe (red.), *Stereotyping and prejudice: Changing conceptions* (s. 169-182). New York: Springer.
- Bastian, B. i Haslam, N. (2010). Excluded from humanity: The dehumanizing effects of social ostracism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(1), 107-113.
- Bastian, B. i Haslam, N. (2011). Experiencing dehumanization: Cognitive and emotional effects of everyday dehumanization. *Basic and Applied Social Psychology*, 33, 295-303.
- Batson, C. D. (2009). These things called empathy: Eight related but distinct phenomena. W: J. Decety i W. J. Ickes (red.), *The social neuroscience of empathy* (s. 3-15). Cambridge, MA: MIT Press.
- Bohart, A., Elliott, R., Greenberg L. i Watson, J. (2002). Empathy. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 89-108). New York: Oxford University Press.
- Brewer, M. B. i Harasty Feinstein, A. S. (1999). Dual processes in the cognitive representation of persons and social categories. W: S. Chaikeni i Y. Trope (red.), *Dual-process theories in social psychology* (s. 255-270). New York: Guilford Press.
- Bride, B., Radey, M. i Figley, Ch. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155-163.
- Buber, M. (1992). *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Charmaz, K. (2009). *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czabała, J. C. (2011). Użyteczność kliniczna interwencji wspartych empirycznie (komentarz do tekstu prof. Jadwigi M. Rakowskiej). *Roczniki Psychologiczne*, 14(1), 35-40.
- Dyck, M. J. i O'Donovan, A. (2003). What are the benefits of longer training in psychology? A comment on Helmes and Wilmoth (2002). *Australian Psychologist*, 38(3), 214-215.

- Elliott, R., Bohart, A., Watson, J. i Greenberg L. (2011). Empathy. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (s. 132-152). New York: Oxford University Press.
- Fiske, S. T. (1993). Controlling other people. The impact of power on stereotyping. *American Psychologist*, 48(6), 621-628.
- Fiske, S. T., Lin, M. i Neuberg, S. L. (1999). The continuum model: Ten years later. W: S. Chaiken i Y. Trope (red.), *Dual-process theories in social psychology* (s. 231-254). New York: Guilford Press.
- Geller, S. M. i Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 71-86.
- Geller, S. M., Greenberg, L. S. i Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*, 20(5), 599-610.
- Haque, O. S. i Waytz, A. (2012). Dehumanization in medicine: Causes, solutions, and functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7(2), 176-186.
- Harris, L. T. i Fiske, S. T. (2009). Social neuroscience evidence for dehumanised perception. *European Review of Social Psychology*, 20, 192-231.
- Haslam, N. (2006). Dehumanization. An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 252-264.
- Horvath, A. O. i Bedi, R. P. (2002). The alliance. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. i Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (s. 25-69). New York: Oxford University Press.
- Johnson, W. B. i Campbell, C. D. (2004). Character and fitness requirements for professional psychologists: Training directors' perspectives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(4), 405-411.
- Józefik, B. (2011). Komentarz do artykułu prof. Jadwigi M. Rakowskiej „Użyteczność kliniczna interwencji psychoterapeutycznych wspartych empirycznie”. *Roczniki Psychologiczne*, 14(1), 47-51.
- Kępiński, A. (1989). *Poznanie chorego* (wyd. 2). Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Kofta, M. (2009). Uprzedzenia wobec obcych – od antypatii do dehumanizacji. W: J. Koziński (red.), *Nowe idee w psychologii: psychologia XXI wieku* (s. 274-295). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kofta, M., Baran, T. i Tarnowska, M. (2014). Dehumanization as a denial of human potentials: The naïve theory of humanity perspective. W: P. Bain, J. Vaesi i J. Ph. Leyens (red.), *Humanness and dehumanization* (s. 257-275). New York: Psychology Press.
- Kofta, M. i Sławuta, P. (2011). Kolektywne poczucie winy a postawy wobec Żydów i procesy ich (de)humanizacji: rola bliskości kulturowej. W: M. Kofta i M. Bilewicz (red.), *Wobec obcych. Zagrożenia psychologiczne a stosunki międzygrupowe* (s. 147-167). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lambert, M. J. i Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Thera-*



- pist contributions and responsiveness to patients* (s. 17-32). New York: Oxford University Press.
- Leyens, J. P., Paladino, M. P., Rodriguez-Torres, R., Demoulin, S., Rodriguez-Perez, A. i Gaunt, R. (2000). The emotional side of prejudice: The attribution of secondary emotions to ingroups and outgroups. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 186-197.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S. i Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 32-39.
- Nathan, P. E. i Gorman, J. M. (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 3-16). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. i Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (s. 3-21). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. i Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (s. 423-440). New York: Oxford University Press.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. i Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361-373.
- Opatow, S. (1990). Moral exclusion and injustice: An introduction. *Journal of Social Issues*, 46(1), 1-20.
- Peabody, S. A. i Gelso, C. J. (1982). Countertransference and empathy: The complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 29(3), 240-245.
- Popielski, K. (2008). *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Radey, M. i Figley, C. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 207-214.
- Rakowska, J. M. (2011). Użyteczność kliniczna interwencji terapeutycznych wspartych empirycznie – podsumowanie dyskusji. *Roczniki Psychologiczne*, 14(1), 69-89.
- Rogers, C. R. (1992). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60(6), 827-832 (przedruk oryginalnego artykułu, który ukazał się w 1957 r. w *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103).
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Rudman, L. A., Borgida, E. (1995). The afterglow of construct accessibility: The behavioral consequences of priming men to view women as sexual objects. *Journal of Experimental Social Psychology*, 31, 493-517.
- Safran, J. D., Muran, J. C. i Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (s. 224-238). New York: Oxford University Press.
- Salvio, M. A., Beutler, L., Wood, J. i Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 2(1), 31-36.
- Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J. i Stiles, W. B. (1989). The question of therapists' differential effectiveness: A Sheffield Psychotherapy Project addendum. *British Journal of Psychiatry*, 154, 383-385.

- Stemplewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Tajfel, H., Flament, C., Billig, M. G. i Bundy, R. P. (1971). Social categorization and intergroup behavior. *European Journal of Social Psychology*, 1, 149-178.
- Tarnowska, M. (2011). Kiedy odmawiamy „obcym” części człowieczeństwa? Uwarunkowania zjawiska infrahumanizacji. W: M. Kofta i M. Bilewicz (red.), *Wobec obcych. Zagrożenia psychologiczne a stosunki międzygrupowe* (s. 168-188). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tarnowska, M., Sławuta, P. i Kofta, M. (2012). Procesy dehumanizowania „obcych”: mechanizmy i funkcje. W: M. Drogoz, M. Bilewicz, M. i M. Kofta (red.), *Poza stereotypy: dehumanizacja i esencjalizm w postrzeganiu grup społecznych* (s. 131-165). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Waytz, A., Gray, K., Epley, N. i Wegner, D. M. (2010). Causes and consequences of mind perception. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(8), 383-388.
- Zalewski, B., Filipiak, M. i Tarnowska, M. (2012). Metoda symulowanego klienta w nauczaniu diagnostyki klinicznej w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(1), 43-48.
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J. i Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 681-697.