

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Kristina Berulienė

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro baigiamasis darbas

**Ankstyvojo terapijos nutraukimo prognozavimo galimybių analizė remiantis
psichologo ir kliento vertinimais po pirmojo susitikimo**

Darbo vadovas: doc. Alfredas Laurinavičius

Vilnius
2021

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
1. ĮVADAS	7
1.1. Terapijos nutraukimo paplitimas ir samprata	7
1.2. Terapijos nutraukimo veiksniai	9
1.2.1. Su kliento charakteristikomis susiję terapijos nutraukimo veiksniai.....	9
1.2.2. Su psichologo charakteristikomis ir darbo metodais susiję terapijos nutraukimo veiksniai .	11
1.2.3. Su aplinka bei kitais išoriniais faktoriais susiję terapijos nutraukimo veiksniai	12
1.2.4. Su psichologo ir kliento tarpusavio sąveika susiję terapijos nutraukimo veiksniai.....	12
1.2.5. Terapijos nutraukimo prognostinių veiksnių apibendrinimas ankstyvojo terapijos nutraukimo kontekste	14
1.3. Su kliento ir psichologo tarpusavio sąveika susijusių veiksnių prognostinės savybės pirmojo susitikimo kontekste	15
1.3.1. Terapinio bendradarbiavimo prognostinės savybės.....	15
1.3.2. Terapeuto tikėjimo terapijos veiksmingumu prognostinės savybės	16
1.3.3. Kliento lūkesčių dėl terapijos prognostinės savybės	17
1.3.4. Psichologo subjektyvių vertinimų dėl numatomo terapijos tęsimo ir galimų terapinio darbo kliūčių prognostinės savybės	18
1.4. Tyrimo tikslas, uždaviniai ir hipotezės	19
2. METODIKA.....	21
2.1. Tyrimo dalyviai	21
2.2. Tyrimo instrumentai	22
2.2.1. Terapinio bendradarbiavimo vertinimas.....	22
2.2.2. Psichologo tikėjimo terapijos veiksmingumu vertinimas.....	23
2.2.3. Kliento lūkesčių dėl terapijos vertinimas	24
2.2.4. Subjektyvios psichologo prognozės dėl numatomo terapijos tęsimo ir galimų kliūčių vertinimas	25
2.2.5. Subjektyvios kliento prognozės dėl numatomo terapijos tęsimo vertinimas.....	26
2.2.6. Kitų su terapija susijusių kliento aplinkybių vertinimas.....	26
2.2.7. Psichologo profesinės patirties ir demografinių duomenų vertinimas	27
2.2.8. Kliento demografinių duomenų vertinimas	27
2.2.9. Terapijos eigos vertinimai po 4 savaitių arba nutraukus terapiją.....	27
2.3. Tyrimo eiga	28
2.4. Duomenų analizė	31

3. REZULTATAI	32
3.1. Instrumentų psichometrinių charakteristikų įvertinimas	32
3.2. Prognostinių terapijos nutraukimo veiksnių analizė.....	34
3.2.1. Terapinio bendradarbiavimo skalės (WAI-ST) prognostinių savybių analizė	35
3.2.2. Tikėjimo terapijos veiksmingumu skalės (THCS) prognostinių savybių analizė	36
3.2.3. Psichologo subjektyvių vertinimų dėl numatomo terapijos tęsimo ir galimų terapinio darbo kliūčių prognostinių savybių analizė	37
3.2.4. Psichologo subjektyvių vertinimų dėl numatomo terapijos tęsimo prognostinis modelis	39
3.3. Terapijos nutraukimo prognostinis modelis	40
3.4. Su klientu susiję ir kiti terapijos nutraukimo prognostiniai veiksniai	41
4. REZULTATŲ APTARIMAS	43
4.1. Terapinio bendradarbiavimo prognostinių savybių analizė	43
4.2. Psichologo tikėjimo terapijos veiksmingumu prognostinių savybių analizė.....	45
4.3. Psichologo subjektyvių vertinimų dėl numatomo terapijos tęsimo ir galimų terapinio darbo kliūčių prognostinių savybių analizė	47
4.4. Prognostinių terapijos nutraukimo veiksnių tarpusavio sąsajų ir modelio analizė.....	48
4.5. Su klientu susiję ir kiti terapijos nutraukimo prognostiniai veiksniai	49
4.6. Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų kryptys.....	49
4.7. Praktinės rezultatų pritaikymo galimybės	50
IŠVADOS.....	51
LITERATŪRA.....	52
PRIEDAI	59
1 priedas. Kitų su terapija susijusių kliento aplinkybių vertinimas - anketa	59
2 priedas. Psichologo profesinės patirties ir demografinių duomenų vertinimas - anketa	61
3 priedas. Kliento demografinių duomenų vertinimas - anketa.....	62
4 priedas. Terapijos eigos vertinimai po 4 savaitių arba nutraukus terapiją - anketa	63
5 priedas. Informuotų sutikimų, tyrimo aprašymų psichologui ir elektroninių pakvietimų klientui pavyzdžiai	64
6 priedas. Psichologo profesinių ir demografinių duomenų terapijos nutraukimo prognostinės savybės.....	68
7 priedas. Psichologo subjektyvaus vertinimo dėl numatomo terapijos tęsimo, terapinio bendradarbiavimo (WAI-ST) ir tikėjimo terapijos veiksmingumu vertinimų (THCS) tarpusavio sąsajos	69

SANTRAUKA

Ankstyvojo terapijos nutraukimo prognozavimo galimybių analizė remiantis psichologo ir kliento vertinimais po pirmojo susitikimo. Kristina Berulienė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2021 m., 69 p.

Tyrimais įrodyta, kad silpnesnis psichologo ir kliento terapinis bendradarbiavimas, mažesnis psichologo tikėjimas terapijos veiksmingumu, žemi kliento lūkesčiai yra reikšmingi terapijos nutraukimo veiksniai. Be to, žinoma, kad didžiausia terapijos nutraukimo atvejų dalis (25%) įvyksta po pirmojo susitikimo (Swift & Greenberg, 2012), bet nėra aišku, ar jau po pirmojo susitikimo besimezgantis terapinis bendradarbiavimas, psichologo tikėjimas terapijos veiksmingumu, kliento lūkesčiai dėl terapijos ir paties psichologo prognozė dėl tolimesnės terapijos eigos ir galimų sunkumų gali padėti numatyti ankstyvąjį terapijos nutraukimą. Tyrime dalyvavo 14 psichologų ir jų 28 naujai atvykę klientai. Tyrimo eigą sudarė trys etapai: pasiruošimas tyrimui kartu su psichologu, psichologo ir kliento vertinimų rinkimas po pirmos konsultacijos ir psichologo vertinimų surinkimas po 4 savaitių. Terapiniam bendradarbiavimui vertinti buvo naudotos WAI-ST ir WAI-SC skalės (Hatcher & Gillaspay, 2006), psichologo tikėjimo terapijos veiksmingumu vertinti naudota THCS skalė (Bartholomew et al., 2020), kliento lūkesčiams vertinti naudota MPEQ skalė (Marsden, 2014). Psichologo prognozei dėl numatomos terapijos eigos ir galimų sunkumų vertinti, su terapija susijusioms kitų kliento aplinkybių vertinimui, socialinių ir demografinių duomenų surinkimui buvo sukurtos ir naudotos anketos. Prognostinių terapijos nutraukimo veiksmių analizei buvo pasirinkta ROC analizė, tiesinė ir logistinė regresijos. Gauti rezultatai parodė, kad psichologo prognozė dėl tolesnės terapijos eigos gali numatyti ankstyvą terapijos nutraukimą, o silpnesnis terapinis bendradarbiavimas (ypač kai nematoma bendro tikslo) ir silpniau psichologo vertinamas tikėjimas terapijos veiksmingumu konkrečiam klientui gali prognozuoti ankstyvą terapijos nutraukimą.

Raktiniai žodžiai: ankstyvas terapijos nutraukimas, terapijos nutraukimo veiksniai

SUMMARY

An analysis of predictive possibilities of early dropout from therapy based on psychologist's and client's assessments after the first meeting. Kristina Beruliene, Vilnius, Vilnius University, 2021, 69 p.

Studies have shown that a weaker therapeutic alliance between the psychologist and the client, lower psychologist belief in the effectiveness of therapy for a particular client, and low client expectations are significant factors in discontinuing therapy. In addition, it is known that the most significant proportion of treatment dropouts (25%) occur after the first meeting (Swift & Greenberg, 2012). Still, it is not clear whether the therapeutic collaboration, the psychologist's belief in the effectiveness of the therapy, the client's expectations, and the psychologist's prognosis for the further course of therapy and possible difficulties may help predict early termination of therapy. The study involved 14 psychologists and their 28 newly arrived clients. The method of the study consisted of three stages: preparation for the study, collection of psychologist and client evaluations after the first consultation, and collection of psychologist evaluations after 4 weeks. The WAI-ST and WAI-SC scales were used to assess therapeutic collaboration (Hatcher & Gillaspy, 2006), the THCS scale was used to assess the effectiveness of a psychologist's belief in therapy (Bartholomew et al., 2020), and the MPEQ scale was used to assess client expectations (Marsden, 2014). The other questionnaires were developed and used to assess the psychologist's prognosis regarding the expected course of therapy and possible difficulties, assess other client-related circumstances related to therapy, and collect social and demographic data. ROC analysis, linear and logistic regression were chosen for the analysis of prognostic therapy dropout factors. The results showed that the psychologist's prognosis for the course of further therapy might predict early discontinuation of therapy, and weaker therapeutic alliance (especially when no overall goal is seen) and weaker psychologist's belief in the effectiveness of therapy for a particular client may predict early dropout.

Keywords: early dropout, dropout factors in therapy

PRATARMĖ

Jau daugiau nei penkiasdešimt metų vysta terapijos¹ nutraukimo tyrimai siekiant geriau suprasti, kas lemia kliento sprendimą pasitraukti iš terapijos. Nors ankstyvuosiuose terapijos nutraukimo tyrimuose klientų pasitraukimas iš terapijos dažnai buvo siejamas su ekonominiais sunkumais, mažumos statusu, žemesniu išsilavinimu, ilgesniu vizito pas psichologą² laukimo laiku, net iš dalies išsprendus tam tikras socialines ir ekonomines problemas ir gerėjant pragyvenimo lygiui, šiuolaikinės gydymo įstaigos ir individualiai konsultuojantys psichologai vis dar susiduria su aukštais terapijos nutraukimo rodikliais (Reich & Berman, 2020). Tyrimų rezultatai rodo, kad vidutiniškai terapiją nutraukia beveik 38% klientų, o daugiausiai terapijos nutraukimų įvyksta per pirmuosius penkis susitikimus (Barrett et al., 2008; Swift & Greenberg, 2012; Brown, Andreason, Melling, Imel, & Simon, 2015).

Kalbant apie terapijos nutraukimą svarbu trumpai įvardinti šio reiškinio pasekmes klientams, psichologams, sveikatos priežiūros sistemai. Nors daliai klientų terapijos nutraukimas gali būti natūralus ir neturintis neigiamo poveikio, tačiau daliai klientų jis susijęs su simptomų paastrėjimu, dažnesne hospitalizacija, didesne savižudybės rizika, mažėjančia motyvacija kreiptis pagalbos (Barrett et al., 2008; Swift & Greenberg, 2012; Reich & Berman, 2020). Be to, daliai psichologų, ypač jaunesniems specialistams, terapijos nutraukimas neigiamai atsiliepia jų motyvacijai ir pasitikėjimui savo profesine kompetencija (Xiao, Hayes, Castonguay, McAleavey, & Locke, 2017; Simon, Imel, Ludman, & Steinfeld, 2012). Svarbu atkreipti dėmesį ir į laiko išteklių išnaudojimo aspektą, kai terapiją nutraukęs klientas, ypač ankstyvuosiuose terapijos etapuose, dar nepasiekus bent tam tikro terapinio rezultato, sumažina galimybes kitiems klientams anksčiau gauti pagalbą ir padidina sveikatos sistemos priežiūros apkrovas (Swift & Greenberg, 2012).

Taigi, terapijos nutraukimas yra neabejotai svarbus reiškinys ir, nepaisant didelio mokslininkų susidomėjimo bei didelio kiekio empirinių tyrimų, vis dar yra daug neatsakytų klausimų ir naujų tyrinėjimo krypčių. Viena iš jų – tai itin ankstyvo terapijos nutraukimo (o jis ir sudaro didžiausią terapijos nutraukimų dalį) galimų priežasčių bei prognostinių veiksnių analizė. Kadangi ketvirtadalis iš visų terapiją paliekančių klientų tai padaro iš karto po pirmojo psichologo susitikimo su klientu (Connell, Grant, & Mullin, 2006; Swift & Greenberg, 2012), svarbu suprasti būtent šio etapo specifiką: kurie iš terapijos nutraukimo veiksnių yra svarbūs pirmojo psichologo ir kliento kontakto metu, ar po pirmojo susitikimo jie gali prognozuoti terapijos nutraukimą. Į šiuos klausimus ir bus bandoma atsakyti per šį tyrimą.

¹ Šiame darbe terminas „terapija“ bus vartojamas kaip bendrinis pavadinimas, reiškiantis ir psichologinį konsultavimą, ir psichoterapiją

² Šiame darbe terminas „psichologas“ bus vartojamas kaip bendrinis pavadinimas, reiškiantis ir psichologą, ir psichoterapeutą

1. ĮVADAS

1.1. Terapijos nutraukimo paplitimas ir samprata

Terapijos nutraukimo tyrimai vyksta jau daugiau nei penkiasdešimt metų ir viena iš tyrinėjimų krypčių yra šio reiškinio paplitimo tyrinėjimas. Ankstyvieji terapijos nutraukimo tyrimai, prasidėję dar 1970 metais, parodė, kad terapiją nutraukia nuo 20% iki 75% klientų arba vidutiniškai apie 47% klientų (Baekeland, Frederick, & Lundwall, 1975; Wierzbicki & Pekarik, 1993; Barrett et al., 2008). Didelės apimties Connell ir kitų (2006) tyrimas, apėmęs virš 20 tūkstančių dalyvių, parodė, kad beveik 50% nutrauktos terapijos atvejų įvyksta iki trečiojo susitikimo, o apie 80% visų terapijos nutraukimų įvyksta iki penktojo susitikimo. Visgi naujesnė Swift ir Greenberg (2012) atlikta metaanalizė parodė šiek tiek žemesnius terapijos nutraukimo rodiklius: iki penktojo susitikimo terapiją nutraukdavo nuo 18% iki 38% klientų. Aptariant terapijos nutraukimo reiškinio paplitimą svarbu paminėti ne tik skirtingus terapijos nutraukimo rodiklius, bet ir pastebėtą dinamiką laiko atžvilgiu. Apibendrinti tyrimų rezultatai rodo, kad po pirmojo susitikimo įvyksta daugiausiai terapijos nutraukimų – apie 25%, iki penktojo susitikimo paprastai įvyksta apie 80% visų terapijos nutraukimo atvejų, o vėliau terapijos nutraukimo tikimybė ženkliai sumažėja (Connell et al., 2006; Olfson et al., 2009; Zimmermann, Rubel, Page, & Lutz, 2017).

Žvelgiant į terapijos nutraukimo rodiklius skirtinguose tyrimuose ir metaanalizėse pastebimi šiek tiek skirtingi rezultatai, kurių analizė parodė, kad gaunami duomenys pirmiausia priklauso nuo to, kaip yra apibrėžtas pats tyrinėjamas reiškinys – terapijos nutraukimas. Todėl svarbu trumpai peržvelgti kokie terapijos nutraukimo apibrėžimai randami mokslinėje literatūroje (Swift & Greenberg, 2014; Swift & Greenberg, 2012; Marsden, 2014; Hatchett & Park, 2003; Werbart, Andersson & Sandell, 2014):

- *Terapijos nutraukimas vertinant sutartą apsilankymų skaičių ar trukmę:* terapijos nutraukimas fiksuojamas klientui vienašališkai nebetęsiant anksčiau su psichologu sutarto reikalingo terapijos apsilankymų skaičiaus arba numatyto terapijos laikotarpio. Viena iš šios apibrėžimų grupės terapijos nutraukimo formų yra *ankstyvasis terapijos nutraukimas* – tai terapijos nutraukimas, kuris įvyksta terapijos pradžioje po pirmųjų 1–12 susitikimų, taip pat klientui neatvykus į pirmą susitikimą.
- *Terapijos nutraukimas paremtas psichologo vertinimu:* terapijos nutraukimas įvyksta klientui vienašališkai inicijuojant terapijos užbaigimą, neatsižvelgiant į psichologo rekomendacijas tęsti terapiją ir nepasiekus anksčiau sutartų terapinių tikslų: pavyzdžiui, terapijos nutraukimas, klientui nepasiekus numatomo būklės pagerėjimo arba tam tikrų rodiklių grįžimo į normą.

- *Kiti terapijos nutraukimo apibrėžimai:* terapijos nutraukimas neatvykus į paskutinę sesiją arba į dvi sutartas sesijas iš eilės; terapijos nutraukimas neatvykus po psichologinio įvertinimo ir kiti.

Kiekviena iš aptartų terapijos nutraukimo apibrėžimų grupių turi tam tikrą specifiką ir ribotumus, į ką svarbu atsižvelgti terapijos nutraukimo tyrėjams. Trukmės arba susitikimų skaičiumi paremti metodai yra lengviau pritaikomi įvertinimui: vertinant tiesiog apsilankymų skaičių ar laikotarpį nelieka įvertinimo subjektyvumo aspekto. Vis dėlto taikant susitikimų skaičiumi paremtus apibrėžimus, tyrėjams iškyla klausimų, kaip buvo įvertinta tinkama konkrečiam klientui reikalinga terapijos trukmė ir kokią įtaką šiam sprendimui turi tokie veiksniai kaip terapijos paradigma, psichologo patirtis ir kiti veiksniai (Coppock, Owen, Zagarskas & Schmidt, 2010; Hatchett & Park, 2003).

Psichologo vertinimu paremti metodai kai kurių tyrėjų įvardijami kaip labiau atspindintys proceso užbaigtumą ar tikslo pasiekimą ir remiasi konkrečios terapijos įvertinimu, ar terapijos procesas buvo užbaigtas, ar ne. Terapijos užbaigimo vertinimas yra subjektyvus ir dėl to rezultatai gali būti netikslūs ir sunkiau tarpusavyje palyginami (Hunsley, Aubry, Verstervelt, & Vito, 1999; Hatchett & Park, 2003). Dėl šios priežasties kai kuriems tyrėjams dažnai kyla klausimas, ar vien terapeuto vertinimas yra pakankamas terapijos rezultatui ir užbaigtumui nustatyti, ar dar turėtų būti įtraukiamas ir kliento vertinimas kaip papildomas faktorius (Barrett et al., 2008; Khazaie, Rezaie, Shahdipour, & Weaver, 2016). Pavyzdžiui, Todd, Deane ir Bragdon (2003) tyrimas parodė, kad klientas ir psichologas gana dažnai terapijos užbaigimą vertina skirtingai: klientas simptomų palengvėjimą vertina kaip jau pasiektą rezultatą, pakankamą terapijai užbaigti, o psichologas siekia gilesnių ir patvaresnių klinikinių pokyčių.

Skirtingi terapijos nutraukimo apibrėžimai paskatino ir mokslines diskusijas apie tai, ar tyrinėjant terapijos nutraukimą dirbama su skirtingais psichologiniais konstruktais (Hatchett & Park, 2003), ar su vienu. Visgi naujesnių tyrimų analizė rodo, kad dažniau remiamasi prielaida dėl vieno terapijos nutraukimo konstrukto, tačiau kalbama apie skirtingus šio konstrukto operacionalizavimo būdus (Swift & Greenberg, 2012).

Vienas iš dažnai empiriniuose tyrimuose naudojamų terapijos nutraukimo apibrėžimų yra *ankstyvasis terapijos nutraukimas*, kai nepasiekama tam tikro psichologo ir kliento susitikimų skaičius. Šį metodą taikantys tyrėjai remiasi prielaida, kad net per trumpalaikę terapiją (išskyrus iš anksto numatytas vieno susitikimo konsultacijas) reikalingas tam tikras minimalus psichologo ir klientų susitikimų skaičius tam, kad būtų pasiektas tam tikras terapinis poveikis. Dalyje tyrimų nurodomas minimalus susitikimų skaičius net ir trumpalaikiai terapijai yra 8-12 susitikimų (Lambert, 2007; Connell et al., 2006; Simon et al., 2012). Taigi, naudojant ankstyvojo terapijos nutraukimo

apibrėžimą į tyrimo imtį papuola didžioji dalis terapijos nutraukimų atvejų, nes, kaip jau buvo minėta, daugiausia terapijos nutraukimo atvejų įvyksta per pirmųjų keturių susitikimų laikotarpį.

Toliau šiame tyrime bus remiamasi *ankstyvojo terapijos nutraukimo samprata* vertinant kliento vienašališką pasitraukimą iš terapijos, įvykusį iki penktojo susitikimo. Aptartus terapijos nutraukimo paplitimą ir sampratą toliau bus analizuojami su terapijos nutraukimu siejami veiksniai ir jų grupės.

1.2. Terapijos nutraukimo veiksniai

Mokslinėje literatūroje su terapijos nutraukimu siejami veiksniai gali būti sujungti į tokias grupes:

- su kliento charakteristikomis susiję terapijos nutraukimo veiksniai;
- su psichologo charakteristikomis ir darbo metodais susiję terapijos nutraukimo veiksniai;
- su aplinka bei kitais išoriniais faktoriais susiję terapijos nutraukimo veiksniai;
- su psichologo ir kliento sąveika susiję terapijos nutraukimo veiksniai.

Tolesniuose skyriuose bus aptarta kiekviena iš šių grupių.

1.2.1. Su kliento charakteristikomis susiję terapijos nutraukimo veiksniai

Kliento charakteristikos – tai labai plati veiksnių grupė, į kurią pirmiausia kryo terapijos nutraukimo tyrėjų dėmesys ir kur anksčiausiai buvo pastebėtos terapijos nutraukimo sąsajos su tam tikromis kliento charakteristikomis, savybėmis ar demografiniai ypatumais (Wierzbicki & Pekarik, 1993; Swift & Greenberg, 2012). Vienoje iš pirmųjų plataus spektro terapijos nutraukimo reiškinių tyrimų metaanalizėje Wierzbicki ir Pekarik (1993) pastebėjo, kad jaunesnis kliento amžius, žemesnis socialinis statusas, priklausymas rasinėms mažumoms, žemesnis išsilavinimas, mažesnės pajamos rodė didesnes sąsajas su terapijos nutraukimu, nors vėlesni tyrimai kai kurias iš šių išvadų patikslino (pavyzdžiui, tam tikrai specifinei klientų imčiai) arba iš viso paneigė (Lambert, 2007; Swift & Greenberg, 2012). Visgi daugelyje naujesnių terapijos nutraukimo tyrimų yra renkami pagrindiniai socialiniai ir demografiniai klientų duomenys tiek tyrimo imties apibrėžimui, tiek iškeltų hipotezių tikslinimui. Remiantis jau naujesniais empiriniais tyrimais ir metaanalizėmis, kliento žemesnis išsilavinimas ir jaunesnis amžius dažniausiai susijęs su terapijos nutraukimu, o socialinis statusas, lytis, turimos pajamos, priklausymas tautinei mažumai ar rasei rodo skirtingas ir nevienareikšmes sąsajas su terapijos nutraukimu (Linardon, Hindle, & Brennan, 2018; Harris, Mitchell, Tabet & Hundley, 2020; Coppock et al., 2010).

Kita reikšminga terapijos nutraukimo tyrinėjimų kryptis – tai klientų sutrikimų, simptomų ar kitų sunkumų kaip prognostinių terapijos nutraukimo veiksnių tyrinėjimas, kai kliento problema ar

sutrikimas vertinamas įvairiais aspektais: diagnostiniu, komorbidiškumo, ankstesnio gydymo poveikio, santykio su farmakologiniu gydymu ir t.t. (Thormählen et al., 2003; Philips, Karlsson, Nygren, Rother-Schirren, & Werbart, 2018; Arnow et al., 2007). Nustatyta, kad klientai, kuriems būdingi tam tikri asmenybės sutrikimai, socialinė izoliacija ar pasyviai agresyvus elgesys ir priešiškumas kaip simptomai, taip pat tiems, kuriems diagnozuotas daugiau nei vienas komorbidiškas psichikos sutrikimas, yra linkę dažniau nutraukti psichoterapiją (Swift & Greenberg 2014; Lutz et al., 2015). Asmenybės sutrikimo tipas taip pat gali būti siejamas su skirtingu polinkiu nutraukti terapiją: pavyzdžiui, dažnesnis terapijos nutraukimas pastebimas esant histrioniniam asmenybės sutrikimui ir mažiau – esant obsesiniam kompulsiniam (Zimmermann et al., 2017). Hamilton, Moore, Crane ir Payne (2011) tyrimas, apimantis virš 400 000 duomenų, parodė, kad klientai, turintys nuotaikos ir nerimo sutrikimus rečiausiai nutraukia terapiją, o pacientai su psichotinio spektro ir priklausomybių sutrikimais – dažniausiai.

Kliento patiriamas distresas, sunkumų ar simptomų intensyvumas su terapijos nutraukimo tikimybe susijęs nevienareikšmiškai: ženklėsnis distreso ar simptomų sumažėjimas gali paskatinti ankstyvą kliento pasitraukimą iš terapijos nusprendus, kad rezultatas yra pakankamas, tačiau distreso nesumažėjimas terapijos eigoje ir simptomų išlikimas, atrodo, gali būti susijęs su kliento motyvacija ieškoti efektyvesnės pagalbos kitur nutraukiant pradėtą terapiją (Cahill et al., 2003; Barrett et al., 2008). Swift & Greenberg (2014) atlikta metaanalizė, sujungusi 587 terapijos nutraukimo tyrimus vertinant pagal kliento sutrikimą, parodė, kad sutrikimo tipas ar diagnozė kaip prognostinis terapijos nutraukimo veiksnys kai kuriais atvejais gali būti specifiškai susijęs tik su tam tikromis, konkrečiomis terapijos rūšimis. Pavyzdžiui, integratyvios terapijos taikymas depresijos ir potrauminio streso sutrikimo atvejais bei dialektinė elgesio terapija valgymo sutrikimo atvejais parodė reikšmingai mažesnius terapijos nutraukimo rodiklius nei kitos terapijos rūšys šiems sutrikimų tipams gydyti. Taigi, nors kai kurie klientų sutrikimai ar sunkumai susiję su dažnesniu terapijos nutraukimu, vis dėlto sąveikoje su kitais veiksniais galima tikėtis nevienareikšmių rezultatų (Gibbons et al., 2019; Swift & Greenberg, 2014).

Dar viena su kliento charakteristikomis susijusi reikšminga veiksnių grupė – tai kliento psichologinis sąmoningumas, psichikos sveikatos suvokimas ir išankstinės nuostatos apie terapiją. Psichologinis sąmoningumas, apibrėžiamas kaip savo psichologinių būsenų, jausmų atpažinimo, simptomų geresnis supratimas, siejamas su dažnesniu terapijos tęsimu (Reis & Brown, 2006; Wampold, 2015), o psichinės sveikatos sunkumų vertinimas kaip silpnumo ar asmeninės nesėkmės požymis siejamas ir su retesniu pagalbos ieškojimu ir su dažnesniu terapijos nutraukimu (Barrett et al., 2008).

Apibendrinus bene seniausiai tyrinėjamą su kliento charakteristikomis susijusią terapijos nutraukimo veiksnių grupę, matyti, kad nors ir sutariama dėl kai kurių santykinai stabilių prognostinių

veiksnių, vis dėlto tyrėjai krypsta nuo pavienių veiksnių tyrinėjimo į jų tarpusavio sąsajos bei ryšius su kitomis veiksnių grupėmis.

1.2.2. Su psichologo charakteristikomis ir darbo metodais susiję terapijos nutraukimo veiksniai

Lyginat su plačiai tyrinėjamomis kliento charakteristikomis, su terapeutu susijusiems terapijos nutraukimo veiksniams skiriama mažiau tyrėjų dėmesio, nors Zimmermann ir kiti (2016) įvardija, kad apie 5,7%, o Saxon, Barkham, Foster ir Parry (2017) teigia, kad iki 12.6% klientų atkritimo imties gali būti siejama būtent su psichologo charakteristikomis.

Ankstyvojoje Wierzbicki ir Pekarik (1993) metaanalizėje, skirtoje terapijos nutraukimo reiškiniui tyrinėti, buvo aptariami daugiausia psichologo socialiniai ir demografiniai veiksniai: psichologo lytis, amžius, rasė, mokslinis laipsnis. Vėlesnė Swift & Greenberg (2012) metaanalizė parodė, kad vienintelis reikšmingas su psichologu susijęs terapijos nutraukimo veiksnys buvo jo darbo patirties trukmė: tarp jaunų specialistų terapijos nutraukimo atvejai buvo dažnesni, nei turinčių ilgesnę patirtį.

Be socialinių ir demografinių terapeuto charakteristikų, literatūroje pažymimi ir kiti galimi terapijos nutraukimo veiksniai, jau susiję su terapeuto darbo būdais ir terapijos paradigma (Goldberg, Hoyt, Nissen-Lie, Nielsen, & Wampold, 2018). Nors terapeuto pasirinkta psichoterapijos paradigma ar metodika, apskritai žiūrint, nebuvo susijusios su terapijos nutraukimu (Saxon et al., 2017), vis dėlto kai kuriems specifiniams sutrikimams tam tikros specifinės terapijos naudojimas buvo reikšmingai susijęs su mažesniais terapijos nutraukimo rodikliais (Karekla, Konstantinou, Ioannou, Kareklas, & Gloster, 2019). Pavyzdžiui, anksčiau aptarta integratyvi terapija parodė ženkliai žemesnius terapijos nutraukimo rodiklius dirbant su depresijos ir potrauminio sutrikimais; arba dialektinė elgesio terapija dirbant su valgymo sutrikimais (Chiesa, Wright & Neeld, 2003; Swift & Greenberg, 2014).

Kalbant apie psichologo darbo su klientais stilių ar metodus, buvo atskleista, kad terapeutai, kurie dažniau naudodavo konfrontavimą, neigiamą kontraperkėlimą, ankstyvas arba skubotas interpretacijas, išsiskyrė didesniu terapijos nutraukimo atvejų skaičiumi (Baruch, Vrouva, & Fearon, 2009; Philips et al., 2018), o mažiau terapijos nutraukimų atvejų buvo pas psichologus, dirbančius mentalizacija grįstais principais, ir tuos, kurie pasižymėjo aiškesne komunikacija bendraujant su klientu ir dažniau įvardydavo kliento savijautą (Philips et al., 2018). Roos ir Werbart (2013) kokybinių terapijos nutraukimo tyrimų metaanalizėje išskyrė, kad psichologo mažiau emociškai palaikantis bendravimas kartu su žemesniais terapinio darbo įgūdžiais siejamas su dažnesniu terapijos nutraukimu.

Pabaigiant su psichologo charakteristikomis siejamų terapijos nutraukimo veiksmų aptarimą, dar svarbu pastebėti, kad dalis su psichologu susijusių veiksmų pasireiškia sąveikoje su klientu, ir todėl bus aptarta prie psichologo ir klientą sąveikos veiksmų grupės.

1.2.3. Su aplinka bei kitais išoriniais faktoriais susiję terapijos nutraukimo veiksniai

Kalbant apie kliento sprendimą nutraukti terapiją svarbūs ir tam tikri išorinės aplinkos veiksniai (Barrett et al., 2008). Išorinės ar artimos kliento aplinkos požiūris į kliento terapijos lankymą ir sprendimo lankyti terapiją pobūdis (ar klientas priėmė sprendimą savanoriškai, ar priverstinai) – svarbūs veiksniai, susiję su kliento sprendimu nutraukti arba tęsti terapiją (Anderson, Bautista, & Hope, 2019). Pavyzdžiui, klientai, kurie iš aplinkos jautė ne palaikymą, o spaudimą lankyti terapiją, turėjo mažesnę motyvaciją tęsti terapiją (Moore, Tambling, & Anderson, 2013). Arba klientai, kurie buvo nukreipti iš kitos sveikatos priežiūros įstaigos ar krizių centro, buvo linkę dažniau nutraukti psichoterapiją nei klientai, nukreipti religinių grupių, draugų ar draudimo bendrovių (Hampton-Robb, Qualls, & Compton, 2003). Taigi, priklausomai nuo to, ar klientas priima sprendimą lankyti terapiją savarankiškai ar ne, kiek jaučia galįs pasirinkti terapijos lankymą, kiek pasitiki jį nukreipusiu šaltiniu, kiek jaučia palaikymą iš aplinkos – visa tai susiję su jo sprendimu nutraukti ar tęsti terapiją.

Kalbant apie kitas išorines aplinkybes reikia pažymėti ir fizinės aplinkos bei laiko išteklių aspektus atsižvelgiant į terapijos nutraukimą. Tyrimai rodo, kad psichikos sveikatos centro ar psichologo pasiekiamumas, įstaigos nuotolis iki kliento ir laikas laukti eilėje siejasi su terapijos nutraukimu (Barrett et al., 2008). Pavyzdžiui, laukimo eilėje iki pirmojo vizito trukmė susijusi su terapijos nutraukimu neatvykstant į paskirtą pirmą susitikimą arba didesnis atstumas iki gydymo įstaigos, siejamas su didesniu ankstyvu terapijos nutraukimu, kai klientas pabando ir nusprendžia, kad tai per daug nepatogu (Foreman & Hanna, 2000; Swift & Greenberg, 2012; Connell et al., 2006).

Taigi, aplinkinių požiūris į kliento terapiją, taip pat klientą supanti aplinka, patogumas ir laikas vykti į terapiją nors ir rečiau tyrinėjami, bet taip pat yra reikšmingi veiksniai, prisidedantys prie kliento sprendimo nutraukti arba tęsti terapiją.

1.2.4. Su psichologo ir kliento tarpusavio sąveika susiję terapijos nutraukimo veiksniai

Individuali terapija yra diadinės prigimties procesas, todėl neabejotina, kad terapeuto ir kliento terapinės sąveikos aspektai tiesiogiai susiję su terapijos tęsimu ar nutraukimu. Žvelgiant į terapijos nutraukimo tyrinėjimus matyti ryškūs pokyčiai: ankstyvojoje Wierzbicki & Pekarik (1993) terapijos nutraukimo metaanalizėje terapeuto ir kliento sąveikos nebuvo net įtrauktos į tyrimų imtį, vėlesnėje Swift & Greenberg (2012) metaanalizėje terapeuto ir kliento tarpusavio santykio aspektas

taip pat neįtrauktas, bet Lambert (2007) apžvalgoje randama teiginių apie tai, kad terapinio bendradarbiavimo stiprinimas gali būti terapijos nutraukimo tikimybę mažinanti strategija, o dar vėliau terapinis bendradarbiavimas tapo vienas dažniausių tyrinėjamų veiksmų (Bachelor, 2013; Roos & Werbart, 2013; Bartholomew, Gundel & Scheel 2017; Keleher, Oakman, Capobianco, & Mittelstaedt, 2019; Anderson, Tambling, Yorgason, & Rackham, 2019).

Terapinis psichologo ir kliento bendradarbiavimas – tai „terapinės diados įsitraukimo lygis bendrame ir tikslingame darbe“ (Hatcher & Barends, 2006, p. 293). Tyrimai rodo, kad terapinis bendradarbiavimas, apibrėžtas kaip dalijimasis bendrais kliento ir psichologo tikslais ir uždaviniais kartu kuriant saugią ir pasitikėjimu grįstą atmosferą yra stiprus terapijos tęsimo prognostinis veiksnys, neigiamai susijęs su terapijos nutraukimu visose terapinėse paradigmos: kognityvinėje ir elgesio, psichodinaminėje, humanistinėje ir kt. (Lambert, 2011; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Sharf, Primavera, & Diener, 2010; Roos & Werbart, 2013; Flückiger, Del Re, Wampold & Horvath, 2018; Wampold, 2015). Svarbu pastebėti, kad apžvelgtuose tyrimuose geresnio terapinio bendradarbiavimo neigiamos sąsajos su terapijos nutraukimu buvo net reikšmingesnės nei su tradiciškai siejamais socialiniais ir demografiniais kliento kintamaisiais: amžiumi ir išsilavinimu (Kegel & Flückiger, 2015; Anderson et al., 2019).

Greta terapinio bendradarbiavimo, palyginti neseniai pradėtas tyrinėti psichologo tikėjimas terapijos veiksmingumu konkretaus kliento atžvilgiu terapijos nutraukimo kontekste. Vienas iš žymiausių šio konstrukto tyrėjų Snyder ir kiti (1991) apibrėžia psichologo tikėjimą kaip į tikslą orientuotą vidinį procesą, susidedantį iš motyvacijos pasiekti tam tikrus terapinius tikslus ir tų tikslų pasiekimo būdų numatymo. Larsen, Stege ir Flesaker (2013) pažymi skirtingus šio veiksnio aspektus: dinamiką laiko atžvilgiu, sąsajas su kliento charakteristikomis (nuostatomis į terapiją, motyvaciją keistis ir simptomų sunkumu), terapiniu bendradarbiavimu (Marsden, 2014; Bartholomew et al., 2020). Coppock ir kitų (2010) tyrimais parodė, kad terapeuto mažesnis tikėjimas terapijos veiksmingumu konkretaus kliento atžvilgiu susijęs su tolimesniu kliento nusiteikimu terapijos atžvilgiu ir su jo sprendimu nutraukti ar tęsti terapiją.

Dar vienas psichologo ir kliento terapinio santykio aspektas, aptariamas tyrėjų terapijos nutraukimo kontekste, yra kintantys kliento lūkesčiai dėl terapijos ir psichologo. Kaip jau buvo paminėta kliento charakteristikų grupės aprašyme, klientas atvyksta į terapiją turėdamas tam tikrus išankstinius lūkesčius ir įsivaizdavimus apie terapiją. Tyrimai rodo, kad jau nuo pirmųjų sesijų kliento lūkesčių geresnis supratimas ir atitinkamas reagavimas gali būti susijęs su kliento sprendimu tęsti arba nutraukti terapiją (D'Aniello & Tambling, 2017). Constantino, Ametrano, & Greenberg (2012) pabrėžė kliento lūkesčių koregavimo svarbą tiek supažindinant klientą su būsimu terapijos procesu, tiek padedant klientui formuoti aiškesnį savo sunkumų ir jų galimų įveikimo būdų vaizdą. Pavyzdžiui, buvo pastebėta, kad mažesni terapijos nutraukimo rodikliai buvo susiję su aiškiu terapijos trukmės

apibrėžtumu: jei psichologas bendradarbiavimo su klientu pradžioje apibrėždavo numatomą planuojamą terapijos laiką ir tokiu būdu koreguodavo arba patikslindavo kliento lūkestį dėl terapijos trukmės, klientai buvo mažiau linkę nutraukti terapiją (Simon et al., 2012; Kegel & Flückiger, 2015).

Apibendrinus psichologo ir kliento tarpusavio sąveikos aptarimą, matyti, kad šios grupės veiksniai, o ypač terapinis bendradarbiavimas, yra reikšmingi terapijos tęsimo ar nutraukimo prognostiniai veiksniai ir yra tolesnių terapijos nutraukimo tyrimų objektai.

1.2.5. Terapijos nutraukimo prognostinių veiksnių apibendrinimas ankstyvojo terapijos nutraukimo kontekste

Peržvelgus kliento, psichologo, jų tarpusavio sąveikos, išorinės aplinkos charakteristikas kaip galimus terapijos nutraukimo veiksnius, akivaizdu, jog kliento sprendimas nutraukti terapiją – tai kompleksinis, labai skirtingų veiksnių tarpusavio sąveikos ir skirtingos dinamikos terapijos metu rezultatas. Stebint chronologinę terapijos nutraukimo tyrimų kryptį galima pastebėti dvi tendencijas:

- Naujesniuose darbuose dažniausiai tiriami ne pavieniai, atskiras charakteristikas atspindintys veiksniai, bet sujungiami į konkrečiai sričiai reikšmingas veiksnių grupes, pavyzdžiui, kaip tam tikras kliento sutrikimas kartu su psichologo taikoma terapinio darbo paradigma gali veikti kliento sprendimą nutraukti terapiją.
- Didesnis dėmesys pastebimas dinamiškiems kliento ir psichologo tarpusavio sąveikos veiksniams, pavyzdžiui, kaip kliento lūkesčiai dėl terapijos kinta ir kaip tai susiję su kliento sprendimu nutraukti terapiją arba tęsti terapiją. Dalis tyrimų skirta neverbalinio tarpusavio santykio aspektų tyrinėjimui terapijos nutraukimo kontekste.

Grįžtant prie anksčiau aptarto ankstyvojo terapijos nutraukimo ir pirmojo susitikimo problematikos, matome, kad panašias tendencijas išskiria ir ankstyvąjį terapijos nutraukimą tyrinėjantys mokslininkai: kreipiamas dėmesys į esminius terapijos pradžioje vykstančius procesus, kurie susiję su psichologo ir kliento tarpusavio sąveika: kontakto užmezgimu, tikslų ir lūkesčių suderinimu, pirmaisiais sutarimais dėl tolimesnio bendro darbo (Johansson & Eklund, 2006; Chiesa, Wright, & Neeld, 2003; Yoo, Bartle-Haring, & Gangamma, 2016). Todėl nestebina, kad tyrinėjant ankstyvojo terapijos nutraukimo veiksnius, pirmiausiai dėmesys krypsta į psichologo ir kliento tarpusavio sąveikos veiksnių grupę, kurioje dažniausiai išskiriamas terapinis bendradarbiavimas, o taip pat tyrinėjami ir kiti veiksniai (Roos & Werbart, 2013).

Kalbant apie šią veiksnių grupę ankstyvojo terapijos nutraukimo kontekste svarbu atkreipti dėmesį į laiko perspektyvą, t.y. kada šie veiksniai tampa reikšmingi ir gali prognozuoti terapijos nutraukimą. Yoo ir kitų (2016) porų terapijos tyrimas parodė, kad terapinio aljanso vertinimas po pirmosios konsultacijos net reikšmingiau prognozavo ankstyvą terapijos nutraukimą nei vertinimas

po trečiosios konsultacijos, todėl tyrimo autoriai pabrėžia, kad svarbu ir toliau tyrinėti itin ankstyvo, jau pirmojo susitikimo metu besiformuojančio terapinio santykio ypatumus, terapinį bendradarbiavimą, lūkesčių atitikimą. Be to, prisimenant Connell et al., 2006 pateiktą statistiką, kurioje nurodyta, kad daugiausia terapijos nutraukimo atvejų įvyksta po pirmojo susitikimo, kyla klausimas, kurie terapijos nutraukimo veiksniai yra reikšmingiausi būtent šiuo terapijos laikotarpiu.

Taigi, aptarus skirtingus terapijos nutraukimo veiksnius, išskyrus psichologo ir kliento sąveikos veiksnių grupę kaip reikšmingiausią tyrinėjant ankstyvąją terapijos nutraukimą, toliau bus apžvelgti šios grupės konkretūs veiksniai ir jų prognostinės savybės ankstyvojo terapijos nutraukimo kontekste.

1.3. Su kliento ir psichologo tarpusavio sąveika susijusių veiksnių prognostinės savybės pirmojo susitikimo kontekste

Kaip jau buvo aptarta ankstesniuose skyriuose, su terapijos nutraukimu labiausiai siejami žemesni terapinio bendradarbiavimo, psichologo tikėjimo terapijos veiksmingumu, kliento lūkesčių dėl terapijos vertinimai. Toliau bus aptiriamos kiekvieno iš jų ankstyvojo terapijos nutraukimo prognostinės savybės bei specifika pirmojo susitikimo kontekste.

1.3.1. Terapinio bendradarbiavimo prognostinės savybės

Vienas iš reikšmingiausių ankstyvojo terapijos nutraukimo tyrimų objektų yra terapinis bendradarbiavimas. Geresnis terapinis bendradarbiavimas siejamas su mažesniais atkritimo rodikliais ankstyvuosiuose terapijos etapuose, o taip jis veikia kaip kitų su terapijos nutraukimu susijusių veiksnių mediatorius (Horvath et al., 2011; Anderson et al., 2019; Olfson et al., 2009; Clough, Nazareth, & Casey, 2016). Kaip jau buvo aptarta ankstesniuose skyriuose, terapinis bendradarbiavimas apima skirtingus sąveikos aspektus: bendrų tikslų matymą, uždavinių kėlimą ir terapinį kontaktą, todėl svarbu trumpai aptarti kiekvieną iš jų pirmojo susitikimo kontekste.

Roos ir Werbart (2013) terapijos nutraukimo metaanalizėje pastebėjo, kad ankstyvasis terapijos nutraukimas įvyksta dažniau, jei pirmųjų susitikimų metu trūksta sutarimo dėl kliento kreipimosi problemos ir nematoma bendrų tikslų. Ormhaug ir Jensen (2018) savo tyrime pabrėžia tikslo suderinimo svarbą jau pirmojo susitikimo metu konsultuojant paauglius ir pagrindžia, kad nežinojimas dėl ko bus toliau kartu dirbama ženkliai sumažina paauglio nusiteikimą tolesniam darbui. Taigi, kyla klausimų, ar jau pirmojo susitikimo metu, kai tik prasideda susipažinimas su klientu ir jo problemos aptarimas, galimų bendrų darbo tikslų aptarimas ir įvardijimas yra tiek reikšmingi klientui, kad gali paveikti jo sprendimą tęsti ar nutraukti terapiją? Analogiški klausimai kyla ir svarstant apie antrąjį terapinio bendradarbiavimo aspektą – bendrų uždavinių ir tolimesnių darbo būdų nusimatymą.

Kalbant apie terapinio ryšio svarbą ankstyvojo terapijos nutraukimo kontekste Kegel ir Flückiger (2015) nurodo, kad klientai, kurie nematė terapeuto kaip norinčio padėti ir susidomėjusio klientu, buvo linkę nutraukti terapiją po pirmųjų susitikimų, o Barrett ir kiti (2008) tyrime nurodo, kad kliento požiūris į psichologą kaip į kompetetingą ir patikimą specialistą per pirmuosius susitikimus susijęs su mažesne terapijos nutraukimo tikimybe. Įdomių terapinio ryšio aspektą parodė Samstag ir kitų (2008) tyrimas, kuriame silpnesnis terapinis ryšys buvo siejamas su skirtingais psichologo verbalinio komunikavimo darnumo (*angl.* narrative coherency) ypatumais ir tai buvo susiję su ankstyvu terapijos nutraukimu. Taigi, neabejojama, kad silpnesnis terapinis ryšys yra siejamas su ankstyvu terapijos nutraukimu, bet nėra atsakoma į klausimą dėl terapijos nutraukimo ir terapinio kontakto sąsajų būtent pirmojo susitikimo kontekste.

Vertinant terapinį bendradarbiavimą, apimančią tiek bendrų tikslų matymą ir uždavinių kėlimą, tiek terapinį ryšį, pirmo susitikimo kontekste verta pasvarstyti, ar vienas susitikimas nėra per trumpas įvertinimams, turint omenyje, kad terapinis ryšys tik pradeda megztis. Flückiger ir kitų (2018) metaanalizė, apjungusi 295 tyrimų ir daugiau nei 30 000 klientų parodė tvirtas sąsajas tarp terapinio bendradarbiavimo ir terapijos rezultato, bet tuo pačiu ir atkreipė dėmesį, kad terapinio bendradarbiavimo įvertinimai ankstyvame terapijos etape rodo silpnesnius sąryšius su terapijos rezultatais. Vis dėlto kitų tyrimų rezultatai tam prieštarauja ir rodo, kad terapinio bendradarbiavimo, o ypač terapinio ryšio, vertinimai ne itin smarkiai kinta terapijos metu (Hatcher & Gillaspie, 2006). Todėl galima kelti prielaidą, kad terapinio bendradarbiavimo vertinimai gali būti atliekami jau po pirmojo susitikimo siekiant nustatyti besiformuojančio santykio ypatumus su terapijos nutraukimo prognostinėmis savybėmis.

Taigi, terapinis bendradarbiavimas yra vienas iš svarbių su terapijos ankstyvu nutraukimu susijusių veiksnių, o jo prognostines savybes prasminga tyrinėti nuo pat pirmojo susitikimo, taip pat kelti prielaidą, kad net po pirmojo susitikimo silpniau vertinamas terapinis bendradarbiavimas gali prognozuoti ankstyvą terapijos nutraukimą.

1.3.2. Terapeuto tikėjimo terapijos veiksmingumu prognostinės savybės

Ženkliai rečiau tyrinėjimas ir sąlyginai neseniai terapijos nutraukimo kontekste įvardytas galimas terapijos nutraukimo veiksnys yra psichologo tikėjimas terapijos veiksmingumu dėl konkretaus kliento, kuris yra kompleksiškas daugelio skirtingų veiksnių sąveikos rezultatas, apimantis tiek paties psichologo, tiek kliento charakteristikas ir jų tarpusavio sąveikas (Coppock et al., 2010). Tyrimo rezultatai parodė, kad terapeuto tikėjimas susijęs su kliento nusiteikimu terapijos atžvilgiu ir taip pat su jo sprendimu nutraukti ar tęsti terapiją. Be to, buvo pastebėta, kad psichologai, patys patiriantys didesnę nuovargį ar profesinį perdegimą susiduria su didesniu nutrauktos terapijos

atvejų skaičiumi (Coppock et al., 2010). Larsen ir kitų (2013) kokybinio tyrimo metu buvo atskleisti skirtingi psichologo tikėjimo terapijos veiksmingumu aspektai: silpnesnis psichologo tikėjimas terapijos veiksmingumu buvo susijęs ir su bendrų ateities tikslų nematymu, ir su tinkamų bendro darbo galimybių su konkrečiu klientu nematymu. Svarstant, kaip psichologo tikėjimas terapijos veiksmingumu gali būti susijęs su kliento sprendimu nutraukti terapiją, svarbu prisiminti dar Frank ir Frank (1991) išsakytas mintis apie tai, kad klientas atvyksta į terapiją iš dalies praradęs tikėjimą, kad pats gali išspręsti savo sunkumus ir viliasi gauti pagalbą iš psichologo, o vienas iš kliento tikėjimo šaltinių yra psichologo tikėjimas: vėlesni tyrimai atskleidė, kad psichologo tikėjimas terapijos veiksmingumu veikia ir jo kliento tikėjimą, kad pastarasis gali sulaukti norimų pokyčių ir tai galimai siejasi su kliento sprendimu tęsti ar nutraukti terapiją (Larsen et al., 2013; Levi, 2020).

Vertinant psichologo tikėjimą terapijos veiksmingumu, turintį prognostines terapijos nutraukimo savybes, taip pat verta pasvarstyti, ar vienas susitikimas nėra trumpas laiko tarpas, turint omenyje, kad pirmojo susitikimo metu psichologas ir klientas susitinka pirmą kartą, kliento sunkumai tik įvardijami, bet neaptariami giliau, o terapinis ryšys dar tik pradeda megztis. Vis dėlto tyrimai rodo, kad net per vieną susitikimą kliento lūkesčiai terapijos atžvilgiu bei tikėjimas, kad pokyčiai yra įmanomi, gali reikšmingai pasikeisti tiek į optimistinę pusę, tiek į pesimistinę pusę (Coppock et al., 2010; Hatchett & Park, 2003). Tai leidžia kelti prielaidą, kad jau po pirmojo susitikimo psichologo mažesnis tikėjimas terapijos veiksmingumu konkrečiam klientui gali būti susijęs su pesimistiškesniu kliento nusiteikimu galimų pokyčių atžvilgiu, o tai savo ruožtu gali būti susiję ir su jo sprendimu nutraukti terapiją.

Taigi, psichologo tikėjimo terapijos veiksmingumu prognostines savybes prasminga tyrinėti jau nuo pat pirmojo susitikimo, taip pat kelti prielaidą, kad po pirmojo susitikimo silpniau vertinamas psichologo tikėjimas terapijos veiksmingumu gali prognozuoti ankstyvą terapijos nutraukimą.

1.3.3. Kliento lūkesčių dėl terapijos prognostinės savybės

Kliento lūkesčiai dėl terapijos, požiūris į psichoterapijos procesą ir į savo paties vaidmenį per jį yra reikšmingas terapijos proceso veiksnys, susijęs tiek su pozityviais terapijos rezultatais, tiek su terapijos nutraukimo atvejais (Marsden, 2014; Kegel & Flückiger, 2015; D'Aniello & Tambling, 2017). Constantino ir kiti (2012) išskyrė du su kliento lūkesčiais susijusius faktorius: lūkesčius dėl terapijos rezultato ir lūkesčius dėl terapijos proceso.

Lūkesčiai dėl terapijos rezultato – tai kliento lūkesčiai sulaukti tam tikro pokyčio, taip pat simptomų, patiriamų sunkumų ar kančios palengvėjimo. Tyrimai rodo, kad kliento lūkesčių koregavimas padedant klientui formuoti aiškesnį savo sunkumų ir jų galimų įveikimo būdų vaizdą yra susijęs su kliento nusiteikimu tęsti terapiją (Constantino et al., 2012). Atvykdamas į pirmą

susitikimą klientas tikisi suprasti, ar jo lūkestis dėl tam tikro pokyčio gali būti įgyvendintas terapijos metu, todėl lūkesčių valdymas ir pokytis po pirmojo susitikimo gali būti reikšmingas veiksnys kliento sprendimui nutraukti ar tęsti terapiją.

Lūkesčiai dėl terapijos proceso – tai kliento lūkesčiai ir įsivaizdavimas, kaip vyks terapija: koks bus procesas, kaip bus dirbama kartu su psichologu, koks bus jų tarpusavio santykis (Constantino et al., 2012). Kliento lūkesčiai dėl terapijos trukmės, pobūdžio ar bendradarbiavimo su psichologu siejami su kliento sprendimu tęsti ar nutraukti terapiją (Marsden, 2014). Tyrimai rodo, kad klientai, kurie mažiau tiki psichoterapijos efektyvumu arba nerimauja, kad terapijos metu reikės atsiskleisti psichologui, yra linkę dažniau nutraukti terapiją ankstyvuosiuose jos etapuose (Edlund et al., 2002).

Kalbant apie pirmojo susitikimo kontekstą, lūkesčių aptarimas gali būti itin reikšmingas tiek kalbant apie norimą pasiekti terapijos rezultatą, tiek sutariant dėl bendro darbo būdų, taisyklių ir ribojimų (kas paprastai ir vyksta pirmojo susitikimo metu). Galima svarstyti, kad jei po pirmojo susitikimo metu klientas jaučia, kad jo išankstiniai įsivaizdavimai prasilenkė su aptartomis galimybėmis, jo lūkesčiai šiai terapijai žemėja ir tai gali sietis su mažesniu nusiteikimu tęsti terapiją ir su sprendimu nutraukti terapiją.

Taigi, galima teigti, kad kliento lūkesčių po pirmojo susitikimo vertinimas gali padėti numatyti tolimesnę terapijos nutraukimą arba tęsimą, o taip pat kelti prielaidas, kad žemi kliento lūkesčiai gali prognozuoti ankstyvą terapijos nutraukimą.

1.3.4. Psichologo subjektyvių vertinimų dėl numatomo terapijos tęsimo ir galimų terapinio darbo kliūčių prognostinės savybės

Aptarus psichologo ir kliento sąveiką apibūdinančius galimus ankstyvojo terapijos nutraukimo prognostinius veiksnius, kyla klausimas, kiek pačių psichologo ir kliento vertinamas numatomas tolimesnis terapijos tęsimas po pirmojo susitikimo gali prognozuoti terapijos nutraukimą. Nissen-Lie, Monsen, Ulleberg ir Rønnestad (2013) tyrimas rodo, kad psichologas iš dalies gali prognozuoti terapijos nutraukimą arba tęsimą. Kitame, Piselli, Halgin ir MacEwan (2011) tyrime parodyta, kad apie pusę psichologų numatė būsimą terapijos nutraukimą ir nurodė tam tikrus sunkumus ar kliūtis, kurie, psichologų manymu, galėjo būti susiję su terapijos nutraukimu. Numatomos terapinio darbo kliūtys yra šios: išorinės aplinkybės, motyvacijos ir noro keistis stoka, terapinio kontakto sunkumai, negerėjanti kliento būklė, psichologo klaidos. Kai kurios iš jų sutampa su ankstesniuose skyriuose nurodytais galimais terapijos nutraukimo veiksniais, tačiau nėra aišku, ar jau po pirmojo susitikimo psichologas gali jas numatyti. Todėl toliau reikėtų trumpai aptarti kiekvieną iš jų atskirai.

Su išorinėmis aplinkybėmis ar sunkumais siejama dalis terapijos nutraukimo atveju, kai klientui tam tikros išorinės aplinkybės (per didelio atstumo iki terapijos vietos, nepatogaus laiko, finansinių įsipareigojimų), pasirodo, trukdo toliau tęsti terapiją (Swift & Greenberg, 2012; Connell et al., 2006). Pirmojo susitikimo metu klientas ir psichologas aptaria laiką, finansines sąlygas, kitas kliento galimybes lankyti terapiją todėl iš šių aptarimų ir kliento reakcijų psichologas greičiausiai gali numanyti, ar bus išorinių sunkumų klientui lankyti terapiją, todėl tikslinga kelti prielaidą, kad jau po pirmo susitikimo psichologo numatomos didesnės kliūtys, susijusios su išorine aplinka, gali prognozuoti terapijos nutraukimą.

Nors Piselli, Halgin ir MacEwan (2011) aplinkinių žmonių palaikymą sujungė su kitais išoriniais aplinkos veiksniais, vis dėlto kiti tyrėjai juos išskiria ir tyrinėja atskirai (Moore et al., 2013; Anderson et al., 2019). Kaip jau buvo aptarta ankstesniuose skyriuose, silpnesnis kliento aplinkinių ir artimųjų palaikymas lankyti terapiją arba trukdymas yra susijęs su terapijos nutraukimu, bet, ar jau po pirmojo susitikimo psichologai gali numatyti šias kliūtis, ir, ar šis numanymas gali prognozuoti ankstyvąją terapijos nutraukimą, lieka neaišku.

Kitos dvi psichologo numatomos sunkumų grupės – žema kliento motyvacija ir terapinio kontakto sunkumai – yra susijusios su anksčiau aptartais svarbiais terapijos tęsimo veiksniais: kliento lūkesčių neatitikimu ir silpnesniu terapiniu bendradarbiavimu. Bet taip pat lieka klausimas, ar po pirmojo susitikimo psichologas gali įvardyti ir numatyti šias kliūtis, ir, ar tų kliūčių numatymas gali prognozuoti ankstyvąją terapijos nutraukimą.

Paskutinės įvardytos numatomų terapinio darbo kliūčių grupės – negerėjanti kliento būklė ar simptomai ir psichologo klaidos terapijos metu greičiausiai dar negali būti įvertintos po pirmojo susitikimo, nors ilgainiui kliento būklės pokyčiai tampa svarbiu terapijos nutraukimą numatančiu veiksniumi (Cahill et al., 2003; Barrett et al., 2008; Swift & Greenberg, 2014).

Taigi, apibendrinus galima kelti klausimus, ar psichologo tolimesnės terapijos eigos numatymas ir galimų kliūčių įvertinimas po pirmojo susitikimo gali prognozuoti ankstyvąją terapijos nutraukimą.

1.4. Tyrimo tikslas, uždaviniai ir hipotezės

Aptarėme, kad daugiausia terapijos nutraukimo atveju įvyksta terapijos pradžioje ir ketvirtadalis jų – po pirmojo susitikimo. Su terapijos nutraukimu yra susiję daug skirtingų veiksnių, apimančių kliento ir psichologo charakteristikas, išorines sąlygas ir paskutiniu metu daugiau tyrinėjamus kliento ir psichologo tarpusavio sąveikos ypatumus: terapinį bendradarbiavimą, psichologo tikėjimą terapijos veiksmingumu konkrečiam klientui, kliento lūkesčius dėl terapijos. Visgi nėra aišku, ar tie patys reikšmingi veiksniai gali prognozuoti ankstyvą terapijos nutraukimą jau

pačioje terapijos pradžioje – po pirmojo kliento ir psichologo susitikimo. Taip pat kyla klausimai, kiek numatomo tolimesnio terapijos tęsimo po pirmojo susitikimo vertinimai ir psichologo numatomos galimos terapinio darbo kliūtys gali prognozuoti ankstyvąją terapijos nutraukimą.

Taigi remiantis aptarta ankstyvojo terapijos nutraukimo problematika ir keliamais klausimais, buvo suformuluotas šio darbo **tikslas** – įvertinti galimus ankstyvojo terapijos nutraukimo prognostinius veiksnius, remiantis psichologo ir kliento vertinimais po pirmojo susitikimo. Norint pasiekti iškeltą tyrimo tikslą šiame darbe numatyti tokie **uždaviniai**:

1. Įvertinti, kokie psichologo ir kliento sąveikos veiksniai po pirmojo susitikimo po gali prognozuoti terapijos nutraukimą.
2. Įvertinti, ar psichologo ir kliento prognozė dėl tolimesnio terapinio darbo ir psichologo numatomos terapinio darbo kliūtys gali prognozuoti terapijos nutraukimą.

Remiantis literatūros analize šiame darbe keliamos tokios **hipotezės**:

1. Silpnėsiis psichologo ir kliento terapinis bendradarbiavimas, vertinamas po pirmojo susitikimo, numato dažnesnę terapijos nutraukimą.
2. Silpnėsiis psichologo tikėjimas terapijos veiksmingumu konkretaus kliento atžvilgiu, vertinamas po pirmojo susitikimo, numato dažnesnę terapijos nutraukimą.
3. Žemesnis subjektyvus psichologo vertinimas dėl numatomo terapijos tęsimo po pirmojo susitikimo numato dažnesnę terapijos nutraukimą.
4. Aukštesni subjektyvūs psichologo vertinimai dėl galimų terapinio darbo kliūčių po pirmojo susitikimo numato dažnesnę terapijos nutraukimą.
5. Žemi kliento lūkesčiai terapijos atžvilgiu, vertinami po pirmojo susitikimo, ir žemesnis kliento vertinimas dėl numatomo terapijos tęsimo numato dažnesnę terapijos nutraukimą.

2. METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Dalyvauti tyrime buvo kviečiami psichologai, individualiai konsultuojantys suaugusius asmenis psichikos sveikatos klausimais, ir jų naujai atvykstantys klientai. Tiriamieji – psichologai buvo renkami „patogiosios“ imties sudarymo principu. Kvietimu prisijungti prie tyrimo buvo pasidalyta psichologus jungiančių socialinių tinklų grupėse, psichoterapijos studijų elektroninio susirašinėjimo grupėse, pasidalyta su VU Konsultavimo ir mokymų centro darbuotojais ir kitais psichikos sveikatos centrais. Dalis prie tyrimo prisijungusių psichologų pasidalijo kvietimu savo pažįstamų ir kolegų rate.

Iš viso tyrime sutiko sudalyvauti ir pasiėmė reikalingus dalyvauti tyrime duomenis 19 psichologų, tačiau tik 14 psichologų užpildė klausimynus dėl savo naujai atvykusių klientų. Pagrindinė priežastis, kurią nurodė 5 klausimynus nepildę psichologai, – per tyrimo laikotarpį arba neatvyko naujų klientų, arba naujai atvykę klientai netenkino įtraukimo į tyrimą kriterijų.

Tyrime dalyvavusių psichologų grupėje ($n = 14$) visos tyrimo dalyvės yra moterys, iš kurių 3 neturi psichoterapeuto kvalifikacijos, 6 – studijuoja psichoterapiją ir 5 – turi psichoterapeuto kvalifikaciją. Iš 11 turinčių arba studijuojančių psichoterapiją psichologų 5 studijuoja arba jau turi Geštalt psichoterapeuto kvalifikaciją, 3 – psichodinaminę ir 3 – humanistinę-egzistencinę. Psichologų amžiaus yra nuo 25 iki 58 metų ($M = 38,5$ metai, $SD = 8,30$), o darbo patirtis metais kinta nuo 1 iki 13 ($M = 6,64$ metai, $SD = 3,86$).

Į tyrimą buvo pakviesti 28 klientai, užpildant anketas tyrime dalyvavo tik 16 klientų. Tyrime dalyvavusių klientų grupėje buvo 7 vyrai ir 9 moterys. Dauguma klientų turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą ($n = 7$), kiti – aukštesnįjį ($n = 3$), vidurinį ($n = 5$) ir pagrindinį ($n = 1$). Didžioji dalis tyrime dalyvavusių klientų dirba ($n = 10$), kiti studijuoja ($n = 3$), yra vaiko priežiūros atostogose ($n = 3$), ir vienas klientas nei dirba, nei studijuoja. Kliento amžius yra nuo 18 iki 39 metų ($M = 26,25$ metai, $SD = 6,64$). Nėra informacijos apie tiriamųjų – klientų gyvenamąją vietą, tačiau jie į konsultacijas pas psichologą atvykdavo Vilniaus mieste. Iš 28 klientų terapiją nutraukė 7 klientai (25%), 3 – po pirmojo susitikimo, 2 – po antrojo ir po vieną klientą po trečiojo ir ketvirtojo susitikimų. 6 iš 7 terapiją nutraukusių klientų neužpildė kliento klausimyno.

Po pirmojo susitikimo psichologai įvertindavo kliento įtraukimo į tyrimą galimybes remiantis nurodytais kriterijais. Tyrime galėjo dalyvauti klientai (įtraukimo kriterijai):

- a. Klientai geba suprasti tyrimo tikslą ir sutinka dalyvauti tyrime.
- b. Klientai, su kuriais yra sutarta dėl antros konsultacijos.

Tyrime negalėjo dalyvauti klientai (atmetimo kriterijai):

- a. Kliento būklė pirmo susitikimo metu nurodo, kad dalyvavimas tyrime gali pabloginti savijautą.
- b. Po pirmosios konsultacijos klientas nusprendė nebelankyti terapijos ir aptarė tai su psichologu.

2.2. Tyrimo instrumentai

2.2.1. Terapinio bendradarbiavimo vertinimas

Terapinio bendradarbiavimo skalė (WAI-ST). Psichologo terapinio bendradarbiavimo vertinimui parinkta terapinio bendradarbiavimo skalė – trumpoji terapeuto forma (angl. *Working Alliance Inventory, Short Form (T)*), kuri yra viena iš dažniausiai naudojamų terapinio bendradarbiavimo vertinimo skalių (Hatcher & Gillaspy, 2006). Horvath ir Greenberg parengta (1989) pradinė pilna 36 teiginių terapinio bendradarbiavimo skalė (angl. *Working Alliance Inventory*, toliau – WAI) buvo sudaryta remiantis terapinio bendradarbiavimo koncepcija, pagal kurią bendradarbiavimo santykis apibrėžiamas trimis komponentais: tikslais, užduotimis ir ryšiu. Šios skalės pagrindu buvo sukurti ir trumpi 12 teiginių skalės variantai: klientui, terapeutui ir stebėtojiui (Tracey and Kokotovic, 1989). Vėliau šios skalės buvo dar tikslinamos ir sukurtos peržiūrėtos ir patikslintos naujos skalės formos, pavyzdžiui, terapeuto formos: WAI-ST, WAI-SR-T (Hatcher & Gillaspy, 2006; Hatcher et al., 2019).

Sutrumpintą terapinio bendradarbiavimo skalę sudaro trys subskalės, kai kiekvienoje yra po keturis teiginius: tikslo (angl. *goal*), uždavinių (angl. *tasks*) ir ryšio (angl. *bond*). Skalėje naudojamų teiginių pavyzdžiai kiekvienoje subskalėje yra: „Mes dirbame siekdami bendrai suderintų tikslų“ (tikslų subskalė), „Pasitikiu savo sugebėjimais padėti _____“ (ryšio subskalė), „_____ ir aš sutariame dėl to, kokie žingsniai turi būti padaryti, kad jo(-s) situacija pagerėtų“ (užduočių subskalė). Instrukcijoje tiriamojo prašoma vietoje brūkšnio („____“) įterpti mintyse kliento vardą ir įvertinti teiginius, atsakymams naudojant 7 balų Likerto skalę.

Svarbu pastebėti, kad originalioje skalės versijoje atsakymai nurodo teiginio dažnumą, kai 1 – „niekada“, 7 – „visada“, tačiau, turint omenyje, kad šiame tyrime terapinis santykis vertinamas po pirmojo susitikimo, buvo susisiepta su teise į šį tyrimą turinčiais mokslininkais ir gautas leidimas naudoti atsakymams kitą formuluotę – sutikimo arba nesutikimo su teiginiu atsakymus. Taigi, šiame tyrime tyrimo dalyvis rinkosi atsakymus pagal 7 balų Likerto skalę, kai 1 – „visiškai nesutinku“, o 7 – „visiškai sutinku“. Subkalių įverčiai gaunami sudedant autorių instrumentuotėje nurodytus klausimus pagal subskales.

Leidimą naudoti šį instrumentą šiame tyrime suteikė autorių teises sauganti Psichoterapijos tyrimų draugija (angl. *Society for Psychotherapy Research*). Vertimas gautas iš Vilniaus universiteto Psichotraumatologijos centro tyrėjų.

Duomenų analizėje buvo naudojami ir atskirų subskalių balai ir bendras suminis balas. Hatcher ir kitų (2019) nurodyti WAI-ST skalės vidinio suderinamumo rodikliai (Cronbach alfa koeficientas) yra: bendras – 0,93 ir subskalių ne mažesni nei 0,89. Duomenys apie šiame tyrime gautą vidinį skalės suderintumą ir kitus įverčius pateikti rezultatų skyriuje.

Terapinio bendradarbiavimo skalė (WAI-SC). Kliento terapinio bendradarbiavimo vertinimui parinkta terapinio bendradarbiavimo skalė – trumpoji kliento forma (angl. *Working Alliance Inventory, Short Form (T)*), kuri yra viena iš dažniausiai naudojamų terapinio bendradarbiavimo vertinimo skalių (Hatcher & Gillaspay, 2006). Kaip ir psichologo formoje, terapinio bendradarbiavimo skalę sudaro trys subskalės, kai kiekvienoje yra po keturis teiginius: tikslo (angl. *goal*), uždavinių (angl. *tasks*) ir ryšio (angl. *bond*).

Naudojamų skalėje teiginių pavyzdžiai kiekvienoje subskalėje yra: „_____ ir aš dirbame siekdami bendrai suderintų tikslų“ (tikslų subskalė), „Pasitikiu _____ sugebėjimais man padėti“ (ryšio subskalė), „_____ ir aš sutariame dėl to, ką aš turėsiu terapijoje daryti, kad mano situacija pagerėtų“ (užduočių subskalė). Instrukcijoje tiriamojo prašoma vietoje brūkšnio („____“) mintyse įterpti kliento vardą ir įvertinti teiginius, atsakymams naudojant 7 balų Likerto skalę.

Kaip ir terapeuto formai, šiai skalei taip pat buvo gautas leidimas atsakymams naudoti kitą formuluotę – vietoje dažnumo nurodyti sutikimo arba nesutikimo su teiginiu atsakymus. Taigi, šiame tyrime tiriamasis rinkosi atsakymus pagal 7 balų Likerto skalę, kai 1 – „visiškai nesutinku“, o 7 – „visiškai sutinku“. Subskalių įverčiai gaunami sudedant autorių instrumentuotėje nurodytus klausimus pagal subskales.

Leidimą šį instrumentą naudoti šiame tyrime suteikė autorių teises sauganti Psichoterapijos tyrimų draugija (angl. *Society for Psychotherapy Research*). Vertimas gautas iš Vilniaus universiteto Psichotraumatologijos centro tyrėjų.

Duomenų analizei buvo naudojami ir atskirų subskalių balai, ir bendras suminis balas. Horvath (1994) nurodyti aukšti WAI-SC skalės vidinio suderinamumo rodikliai (Cronbach alfa koeficientas): bendras – 0,93, o ryšio subskalės – 0,92; tikslų subskalės – 0,89; užduočių subskalės – 0,90. Duomenys apie šiame tyrime gautą vidinį skalės suderintumą ir kitus įverčius pateikti rezultatų skyriuje.

2.2.2. Psichologo tikėjimo terapijos veiksmingumu vertinimas

Terapeuto tikėjimo skalė (THCS). Psichologo tikėjimo terapijos veiksmingumu konkrečiam klientui vertinti parinkta terapeuto tikėjimo skalė (angl. *Therapist Hope for Clients Scale*), kurios autoriai Bartholomew ir kiti (2020) rėmėsi Snyder (1991) pasiūlytu modeliu, kai tikėjimas terapijos veiksmingumu apibrėžiamas trimis komponentais: tikslų nustatymu, įsipareigojimo klientui ir tikėjimu klientu. Skalę sudaro 10 teiginių, suskirstytų į tris subskales pagal komponentus: tikslo nustatymo (angl. *goals identification*), įsipareigojimo klientui (angl. *commitment to the client*) ir tikėjimo (angl. *belief in the client*).

Skalėje naudojamų teiginių pavyzdžiai kiekvienoje subskalėje yra: „Aš manau, kad mano klientas (-ė) žino, ko nori pasiekti terapijos metu“ (tikslų subskalė), „Aš esu motyvuotas (-a) padėti šiam (-iai) klientui (-ei) spęsti savo sunkumus terapijos metu“ (įsipareigojimo subskalė), „Mano darbas su šiuo (-ia) klientu (-e) teikia energijos“ (tikėjimo subskalė). Psichologo prašoma įvertinti teiginius atsakymams naudojant 8 balų Likerto skalę, kai 1 – „visiškai nesutinku“, o 8 – „visiškai sutinku“. Subskalių įverčiai gaunami sudedant instrumentuotėje nurodytus klausimus pagal subskales.

Skalės vertimą iš anglų kalbos į lietuvių atliko tyrėja kartu su anglų kalbos specialiste-vertėja, buvo atliktas atbulinis vertimas ir patikslinti tam tikri teiginiai. Visi skalės duomenys yra paskelbti viešai pasiekiamose svetainėse, ribojimų naudoti skalę nenurodyta, tačiau skalės autoriai į pakartotinus kreipinius skirtingais kanalais dėl skalės naudojimo tyrime neatsakė.

Duomenų analizei buvo naudojami ir atskirų subskalių balai, ir bendras suminis balas. Skalės autoriaus Bartholomew ir kitų (2020) nurodytas skalės vidinio suderinamumo rodiklis (Cronbach alfa koeficientas) – 0,89, o subskalių: tikslo nustatymo skalės – 0,84, įsipareigojimo klientui – 0,81 ir tikėjimo klientu – 0,85. Duomenys apie šiame tyrime gautą vidinį skalės suderintumą ir kitus įverčius pateikti rezultatų skyriuje.

2.2.3. Kliento lūkesčių dėl terapijos vertinimas

Lūkesčių dėl terapijos skalė „Milwaukee“ (MPEQ-B). Kliento lūkesčiams dėl terapijos vertinti buvo parinkta lūkesčių dėl terapijos skalė „Milwaukee“ (MPEQ) (angl. *Milwaukee Psychotherapy Expectations Questionnaire Brief*), kai, remiantis Norberg ir kitų (2011) kliento lūkesčių dėl terapijos modeliu, išskirti du kliento lūkesčių faktoriai: lūkesčių dėl terapijos proceso ir lūkesčių dėl terapijos rezultato. Vėliau buvo sukurta patikslinta ir sutrumpinta skalės versija (angl. *Milwaukee Psychotherapy Expectations Questionnaire Brief*, toliau MPEQ-B) – 8 teiginių skalė po 4 subskalės klausimus kiekvienam faktoriui (Marsden, 2014).

Naudojamų skalėje teiginių pavyzdžiai kiekvienoje subskalėje yra: „Ateityje, po terapijos aš turėsiu daugiau stiprybės, reikalingos išverti sunkumus“ (lūkesčių dėl rezultato subskalė) ir „Aš galėsiu išreikšti savo tikrąsias mintis ir jausmus“ (lūkesčių dėl proceso subskalė).

Kliento prašoma įvertinti teiginius atsakymams naudojant 10 balų Likerto skalę, kai 1 – „visiškai nesutinku“, o 10 – „visiškai sutinku“. Subskalių įverčiai gaunami sudedant instrumentuotėje nurodytus klausimus pagal subskales.

Leidimą šiame tyrime naudoti šį instrumentą suteikė šio testo autorines teises turinti dr. M. Norberg iš Makvorio universiteto (*Macquarie University*). Skalės vertimą iš anglų kalbos į lietuvių atliko tyrėja kartu su anglų kalbos specialiste-vertėja, buvo atliktas atbulinis vertimas ir patikslinti tam tikri teiginiai.

Duomenų analizei buvo naudojami ir atskirų subskalių balai ir bendras suminis balas. Marsden (2014) nurodė aukštus MPEQ-B vidinio suderintumo rodiklius (Cronbach alfa koeficientas): bendras – 0,89, o lūkesčių procesui subskalės – 0,85; lūkesčių rezultatui – 0,9. Duomenys apie šiame tyrime gautą vidinį skalės suderintumą ir kitus įverčius pateikti rezultatų skyriuje.

2.2.4. Subjektyvios psichologo prognozės dėl numatomo terapijos tęsimo ir galimų kliūčių vertinimas

Klausimai dėl subjektyvios psichologo prognozės apie tolesnio terapinio darbo tęsimą ir galimas kliūtis. Siekiant įvertinti psichologo prognozę dėl tolimesnio terapinio darbo buvo užduotas klausimas „Po pirmojo susitikimo, atsižvelgiant į visas aplinkybes, kaip vertinate tikimybę, kad šis (-i) klientas (-ė) toliau tęs terapiją?“ ir pateikti galimi atsakymai: „1 – Esu tikras (-a), kad klientas (-ė) tęs terapiją“, „2 – Greičiausiai klientas (-ė) tęs terapiją“, „3 – Nesu tikras (-a), ar klientas (-ė) tęs terapiją“, „4 – Greičiausiai klientas (-ė) nebetęs terapijos“, „5 – Esu tikras (-a), kad klientas (-ė) nebetęs terapijos“.

Siekiant įvertinti, kokias galimas kliūtis numato psichologas būsimame terapiniame darbe, buvo užduotas klausimas: „Po pirmojo susitikimo, kaip Jums atrodo, su kokiomis kliūtimis galima susidurti šio kliento terapijos eigoje?“. Galimi atsakymų variantai buvo parengti remiantis atlikta mokslinės literatūros analize ir išdėstyti skyriuje „Įvadas“: „Reikalingo terapinio kontakto užmezgimo sunkumai“, „Silpna kliento (-ės) motyvacija tęsti terapiją“, „Neatitikimas kliento (-ės) lūkesčiams ir/ar jo (-os) keliamiems terapiniams tikslams“, „Išorinės su klientu susijusios aplinkybės (finansinės, laiko sąnaudų ar kt.)“, „Kliento artimųjų palaikymo trūkumas“. Kiekvieną iš galimų atsakymų buvo prašoma įvertinti naudojant 5 balų Likerto skalę, kai 1 reiškia „visiškai nesutinku“, o 5 – „visiškai sutinku“.

2.2.5. Subjektyvios kliento prognozės dėl numatomo terapijos tęsimo vertinimas

Klausimai dėl subjektyvios kliento prognozės apie tolesnį terapijos tęsimą. Siekiant įvertinti subjektyvią kliento prognozę dėl terapijos nutraukimo arba tęsimo buvo užduoti 2 klausimai. Pirmas klausimas „Kaip vertinate savo tolimesnio lankymosi pas šį (-ią) psichologą (-ę) tikimybę?“, ir galimi atsakymai: „1 – Esu apsisprendęs (-usi) tęsti terapiją“, „2 – Greičiausiai tęsiu terapiją“, „3 – Nesu tikras (-a) dėl terapijos tęsimo, dar svarstau“, „4 – Greičiausiai nebetęsiu terapijos“, „5 – Nusprendžiau nutraukti terapiją“. Antras klausimas „Kiek laiko, Jūsų manymu, turėtų trukti terapija, kad pasiektumėte norimus tikslus?“ ir klientas laisvai įrašo savo atsakymą.

2.2.6. Kitų su terapija susijusių kliento aplinkybių vertinimas

Anketa. Siekiant įvertinti kitas su kliento lankymosi terapijoje susijusias aplinkybes sukurta anketa, kurią sudaro šios dalys:

- 1) **Sprendimo lankyti terapiją palaikymas.** Siekiant įvertinti, kas prisidėjo prie kliento sprendimo kreiptis pagalbos, buvo užduotas klausimas „Kas prisidėjo prie sprendimo kreiptis pagalbos į psichologą (-ę)?“ su galimo atsakymo variantais „Negavau jokių patarimų kreiptis į psichologą (-ę), nusprendžiau pats (pati)“, „Gavau patarimą kreiptis psichologo pagalbos iš aplinkinių“, „Kažkas iš artimųjų prašė arba ragino kreiptis į psichologą (-ę)“, „Kažkas iš artimųjų reikalavo, kad kreipčiausi į psichologą (-ę)“, „Buvau nukreiptas gydymo įstaigos, gydytojo ar kt.“
- 2) **Informacijos apie psichologą šaltinis.** Siekiant įvertinti, kaip klientas rado informaciją apie konkretų psichologą, buvo užduotas klausimas „Kokiu būdu sužinojote/gavote informaciją apie būtent šį psichologą“ su galimais atsakymų variantais – „Rekomendavo artimieji, draugai arba pažįstami“, „Rekomendavo mažai pažįstami ar nepažįstami (pvz. gydymo įstaigos registratorius)“, „Susiradau informaciją internete“, „Gavau nukreipimą ir/arba rekomendacijas iš daktaro ar kito specialisto“.
- 3) **Pirmo vizito laukimo laikas.** Siekiant įvertinti, kiek laiko teko laukti pirmosios konsultacijos, buvo užduotas klausimas „Pirmo vizito pas šį (-ią) psichologą (-ę) turėjote laukti:“ ir pateikti galimi atsakymai „1–2 dienas“, „3–6 dienas“, „1–2 savaites“, „3 savaites ir daugiau“.
- 4) **Artimųjų palaikymas.** Siekiant įvertinti kliento nuomonę apie artimųjų palaikymą buvo užduotas klausimas „Kalbant apie artimųjų palaikymą lankyti terapiją, Jūsų artimieji:“ ir pateikti galimi atsakymai: „palaiko terapijos lankymą“, „reaguoja neutraliai: nei palaiko, nei prieštarauja“, „priešinasi ar prieštarauja terapijos lankymui“, „nežino apie terapijos lankymą“ ir vieta savo atsakymams įrašyti.

- 5) **Patogumas ir sąlygos lankyti terapiją.** Siekiant įvertinti kliento nuomonę apie terapijos lankymo patogumą buvo užduotas klausimas „Galvojant apie išorines aplinkybes, įvertinkite kiek patogų lankyti terapiją“, kur galimi atsakymai „Terapijai skirtas susitikimų laikas“, „Terapijai skirta aplinka“, „Finansinės terapijos sąlygos“ įvertinami pagal 5 balų Likerto skalę, kai 1 reiškia „1 – visiškai nepatogu ir netinkama“, o „5 – visiškai patogus ir tinkamas“.
- 6) **Ankstesnės terapinės patirties įvertinimas.** Siekiant įvertinti kliento ankstesnės terapijos patirtį buvo užduoti 4 klausimai: „Ar anksčiau teko lankytis pas psichologą (-ę)?“ ir galimi atsakymai „Taip“, „Ne“. Jei klientas pasirinkdavo „Taip“, tada būdavo užduodami papildomi klausimai: „Pas kiek skirtingų psichologų esate lankęsis (-iusis) prieš pradėdant šią terapiją?“ , „Kiek mėnesių truko paskutinė terapija?“ ir vieta savo atsakymui įrašyti. Ir paskutinis klausimas „Kaip vertinate savo paskutinės terapijos patirtį, atsižvelgiant į pasiektus rezultatus ir pokyčius?“ ir galimi atsakymo variantai „Labai teigiamai“, „Daugiau teigiamai“, „Neutraliai“, „Daugiau neigiamai“, „Labai neigiamai“

Visi anketos teiginiai pateikti 1 priede.

2.2.7. Psichologo profesinės patirties ir demografinių duomenų vertinimas

Anketa. Siekiant surinkti duomenis apie psichologo profesinę patirtį ir demografinius duomenis buvo sudaryta anketa. Klausimyne buvo pateikti 5 klausimai dėl tyrimo dalyvių lyties, amžiaus, darbo apimtys metais, psichoterapeuto kvalifikacijos (turi/neturi/studijuoja) ir psichoterapijos paradigmos (jei turi/studijuoja). Visi anketos klausimai pateikti 2 priede.

2.2.8. Kliento demografinių duomenų vertinimas

Anketa. Siekiant surinkti demografinius kliento duomenis buvo sudaryta 4 klausimų anketa, kurioje buvo prašoma nurodyti lytį, amžių, išsilavinimą ir ilgalaikę veiklą. Visi anketos klausimai pateikti 3 Priede.

2.2.9. Terapijos eigos vertinimai po 4 savaitių arba nutraukus terapiją

Anketa. Siekiant užfiksuoti konkretaus kliento terapijos nutraukimą ir įvertinti kitas su terapijos nutraukimu susijusias aplinkybes sukurta anketa, kurią sudaro šios dalys:

1) **Terapijos nutraukimo fakto fiksavimas.**

Siekiant užfiksuoti terapijos nutraukimo faktą buvo užduodamas klausimas „Nurodykite, prašau, ar šis klientas (-ė) lankosi terapijoje, ar ją nutraukė“. Galimi atsakymai: „Klientas (-

ė) terapijos nenutraukė ir lankosi toliau” arba atsakymo variantai “Klientas (-ė) nutraukė terapiją po N susitikimo”, kai N – skaičius nuo 1 iki 4. Jei buvo pasirinktas atsakymas dėl terapijos nutraukimo, tada buvo užduoti kiti du klausimai (2 ir 3 punktai).

2) **Terapijos nutraukimo priežastys.**

Siekiant įvertinti terapijos nutraukimo priežastis (jei buvo fiksuotas terapijos nutraukimo faktas) buvo užduodamas klausimas „Jei klientas (-ė) nutraukė terapiją, kokios, Jūsų nuomone, buvo galimos priežastys?“, kai atsakymų variantai ir vertinimai identiški psichologo subjektyvios prognozės anketoje išvardintiems galimiems darbo sunkumams.

3) **Terapijos nutraukimo pranešimo būdas.**

Siekiant įvertinti, kaip klientas pranešė apie terapijos nutraukimą, buvo užduotas klausimas „Jei klientas (-ė) nutraukė terapiją, koku būdu jūs apie tai sužinojote?“, kai atsakymų variantai yra „Klientas (-ė) pranešė paskutinės konsultacijos metu“, „Klientas (-ė) paskambino telefonu“, „Klientas (-ė) parašė elektroninį laišką“, „Klientas (-ė) neįspėjo, bet tiesiog nebeatvyko į susitikimus“ ir „Kita“.

4) **Terapijos susitikimų praleidimas.**

Siekiant įvertinti, ar klientas buvo praleidęs susitikimus be pateisinamos priežasties, buvo užduotas klausimas „Ar klientas (-ė) yra praleidęs (-usi) terapijos susitikimą (-ų) be pateisinamos priežasties?“ ir galimi atsakymai „Taip“ arba „Ne“.

5) **Terapinio darbo būdas.**

Siekiant įvertinti, koku būdu vyko susitikimai (nuotoliniu, akivaizdžiai ar hibridiniu) buvo užduotas klausimas „Patikslinkite, prašau, koku būdu dirbote su šiuo (-ia) klientu (-e)“ ir pateikti galimi atsakymai „Terapiją pradėjome pirmuoju susitikimu „A“ ir toliau tęsėme susitikimus „B“, kai A ir B – galimos reikšmių „nuotoliniu būdu“ ir „akivaizdžiai“ kombinacijos.

Visi terapijos eigos vertinimų anketos teiginiai pateikti 4 priede.

2.3. Tyrimo eiga

Siekiant išbandyti ir patikslinti anketų klausimus pirmiausiai buvo atliktas bandomasis klausimų testavimas su trimis praktikuojančiais psichologais. Atsižvelgiant į jų pastabas buvo atliktos korekcijos. Apibendrinta tyrimo schema pateikta 1 paveiksle.

Tyrimo etapai

Tyrimo etapai		
<p>Pasirengimo etapas</p> <p>Eiga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Susisiekti su psichologais pristatant tyrimą. 2. Psichologams išsiunčiami tyrimo duomenys ir identifikaciniai kodai. <p>Dalyviai: tyrėja, psichologai.</p>	<p>1 Etapas</p> <p>Eiga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Naujas klientas atvyksta į konsultaciją. 2. Psichologas įvertina kliento tinkamumą dalyvauti tyrime. 3. Klientas trumpai supažindinamas su tyrimu ir jam įteikiamas aprašymas su kvietimu. 4. Vėliau psichologas užpildo pirmą psichologo klausimyną. 5. Vėliau klientas užpildo kliento klausimyną. <p>Dalyviai: psichologai ir jų naujai atvykę klientai</p> <p>Instrumentai:</p> <p>Į pirmą psichologo klausimyną įtraukti instrumentai: WAI-ST skalė (2.2.1 skyrius), THCS skalė (2.2.2 sk.), psichologo subjektyvios prognozės ir demografinių duomenų anketos (2.2.4, 2.2.7 sk.).</p> <p>Į kliento klausimyną įtraukti instrumentai: WAI-SC skalė (2.2.1 skyrius), MPEQ skalė (2.2.3 sk.), kliento subjektyvios prognozės, kitų terapijos aplinkybių ir kliento demografinių duomenų anketos (2.2.5, 2.2.6, 2.2.8 sk.)</p>	<p>2 Etapas (4 sav. po 1 etapo arba po terapijos nutraukimo)</p> <p>Eiga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tyrėja po 4 savaičių susisiekiama su psichologu dėl konkretaus kliento (pagal turimą ID) antrojo klausimyno pildymo. 2. Psichologas užpildo antrą psichologo klausimyną. <p>Dalyviai: tyrėja, psichologai</p> <p>Instrumentai:</p> <p>Į antrą psichologo klausimyną įtraukta 2.2.9 skyriuje pateikta terapijos eigos vertinimo anketa</p>

1 Pav. Tyrimo eigos schema

Tyrimo eigą galima išskaidyti į tris etapus:

Pasirengimo etapas:

1. Pirmiausiai buvo kontaktuojama su praktikuojančiais psichologais pristatant tyrimą, atsakant į klausimus ir pakviečiant sudalyvauti tyrime.
2. Psichologui sutikus dalyvauti tyrime, jam buvo pateikiama visa reikalinga informacija: identifikaciniai kodai, tyrimo aprašymas, tyrimo eigos ir pristatymo klientui aprašymai, įteikiami elektroniniai kvietimai klientui.

1 tyrimo etapas:

1. Atvykus į konsultaciją naujam klientui, psichologas po pirmojo susitikimo įvertindavo jo tinkamumą dalyvauti tyrimą pagal 2.1 skyriuje nurodytus įtraukimo į tyrimą ir atmetimo kriterijus.
2. Jei klientas atitikdavo kriterijus, jam buvo trumpai pristatomas tyrimas, psichologo vaidmuo, aptariamasis konfidencialumas, prašoma apsvaistyti galimybę prisijungti prie tyrimo ir įteikiamas elektroninis kvietimas dalyvauti tyrime. Elektroniniame kvietime buvo nurodytos dvi nuorodos: viena skirta sutikimui dalyvauti tyrime ir pradėti pildyti klausimyną, antroji – nurodyti, kad klientas nesutinka dalyvauti tyrime. Svarbu atkreipti dėmesį, kad psichologo buvo prašoma tik vieną kartą pristatyti tyrimą ir pakviesti klientą ir daugiau tuo klausimu su kliento nekalbinti. Klientas pats vėliau nusprendė, ar jam dalyvauti tyrime (psichologas apie šį sprendimą nežinojo), ir apsisprendęs dalyvauti, elektroniniu būdu užpildydavo kliento klausimyną, kurio pildymas trunka 10–15 minučių.
3. Po pirmojo susitikimo psichologas užpildydavo pirmą psichologo klausimyną. Klausimyno pirmosios dalies pildymas trunka 10–15 minučių.

2 tyrimo etapas:

1. Praėjus 4 savaitėms po psichologo pirmojo kliento klausimyno pildymo tyrėja susisiekdavo su psichologu dėl to paties kliento antro psichologo klausimyno pildymo.
2. Psichologas užpildydavo antrą klausimyno dalį, trunkančią 5-10 minučių. Jei klientas nutraukė terapiją anksčiau, tada antroji dalis galėjo būti pildoma iš karto po nutraukimo, nelaukiant 4 savaičių laikotarpio.

Kvietimai dalyvauti tyrime ir patys klausimynai buvo paskelbti internetinėje apklausų platformoje „Apklausa.lt“. Duomenų rinkimas vyko nuo 2020 m. gruodžio mėnesio iki 2021 m. balandžio

mėnesio pabaigos. Atidarius klausimyną pirmiausiai buvo matomas informuoto sutikimo tekstas, tyrimo aprašymas ir pateikti tyrėjos kontaktiniai duomenys. Tyrimo dalyviams buvo garantuotas laisvas apsisprendimas dalyvauti arba nedalyvauti tyrime, užtikrintas asmenų anonimiškumas nerenkant informacijos apie vardus, pavardes, apibendrintai išanalizuotus gautus duomenis. Tiriamųjų sutikimas gautas jiems kvietime paspaudžiant anketos pildymo nuorodą su tekstu „Nuoroda į apklausą jei **sutinkate** dalyvauti tyrime“. Informuotų sutikimų, tyrimo aprašymų, elektroninių pakvietimų pavyzdžiai pateikti 5 priede.

2.4. Duomenų analizė

Duomenys buvo skaičiuoti ir analizuoti naudojantis „IBM SPSS Statistics“ programa. Skaičiuota analizuotų kintamųjų aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai), skalių patikimumo rodikliai vidinio suderintumo būdu (Cronbach α); duomenų sklaidos atitikimas normaliajam skirstiniui įvertintas remiantis Shapiro-Wilk kriterijumi, asimetriškumo koeficientu (angl. *skewness*) ir eksceso koeficientu (angl. *kurtosis*). Daugumos kintamųjų duomenys pasiskirstę normaliai.

Siekiant nustatyti atskirų kintamųjų prognostines savybės buvo naudota ROC kreivės analizė, kelių kintamųjų apjungimui prognozuojant binarinį kintamąjį – logistinė regresija, kelių kintamųjų apjungimui prognozuojant intervalinį kintamąjį – tiesinė regresija. Sprendžiant mažo duomenų kiekio ribotumą buvo taikyta atsitiktinių imčių sąranka (angl. *bootstrapping*). Spearman ir Pearson koreliacijos kriterijai taikyti siekiant nustatyti kintamųjų sąsajas ir jų stiprumą.

3. REZULTATAI

3.1. Instrumentų psichometrinių charakteristikų įvertinimas

Prieš atliekant tolimesnę gautų duomenų statistinę analizę, buvo tikrintos visų naudotų skalų bei kintamųjų psichometrinės charakteristikos. Iš psichologų, pildžiusių psichologų skales ir anketas, gauti 28 atsakymai, iš klientų, pildžiusių klientų skales ir anketas, gauta 16 atsakymų. Toliau 1 lentelėje pateikti instrumentų psichometrinių charakteristikų įvertinimai.

1 lentelė. *Tyrime naudotų skalų ir kintamųjų aprašomoji statistika*

Skalė/subskalė	Cronbach Alpha	n	M (SD)	W (p)	Sk	Ku
Psichologo terapinio bendradarbiavimo skalė (WAI-ST)	0,91	28	64,50 (7,08)	0,960 (0,66)	-0,31	-0,70
Tikslų subskalė	0,89	28	19,13 (3,51)	0,947 (0,44)	-0,13	-1,15
Uždavinių subskalė	0,76	28	22,46 (3,06)	0,955 (0,57)	-0,42	-0,35
Ryšio subskalė	0,78	28	22,91 (0,78)	0,944 (0,40)	-0,12	-0,97
Psichologo tikėjimo terapijos veiksmingumu skalė (THCS)	0,91	28	62,11 (10,74)	0,930 (0,24)	-0,64	0,89
Tikslo nustatymo subskalė	0,90	28	17,97 (3,80)	0,977 (0,93)	-0,42	-0,13
Įsipareigojimo klientui subskalė	0,70	28	25,60 (3,77)	0,973 (0,88)	-0,50	-0,57
Tikėjimo subskalė	0,92	28	18,53 (3,95)	0,917 (0,15)	-0,99	1,28
Subjektyvi psichologo prognozė dėl numatomo terapijos tęsimo		28	2,18 (0,82)	0,86 (0,002)	0,08	-0,62

Pastaba: Lentelės tęsinys kitame puslapyje

1 lentelė (tęsinys). *Tyrimė naudotų skalių ir kintamųjų aprašomoji statistika*

Skalė/subskalė	Cronbach Alpha	n	M (SD)	W (p)	Sk	Ku
Subjektyvi psichologo prognozė dėl galimų terapinio darbo kliūčių:						
Terapinio kontakto užmezgimo sunkumai		28	2,29 (1,15)	0,88 (0,003)	0,64	-0,40
Silpna kliento motyvacija		28	2,48 (1,30)	0,88 (0,004)	0,36	-0,90
Kliento lūkesčių neatitikimas		28	3,14 (1,20)	0,91 (0,02)	-0,02	-1,03
Išorinės, su klientu susijusios, aplinkybės		28	2,57 (1,32)	0,88 (0,006)	0,25	-1,15
Kliento artimųjų palaikymo trūkumas		28	1,75 (0,67)	0,76 (0,001)	1,08	0,12
Kliento lūkesčių dėl terapinio proceso skalė (MPEQ):	0,92	16	75,52 (8,28)	0,94 (0,35)	-0,29	-0,75
Lūkesčių dėl rezultato subskalė	0,83	16	36,88 (4,60)	0,965 (0,75)	-0,24	-0,07
Lūkesčių dėl proceso subskalė	0,89	16	39,06 (4,14)	0,917 (0,15)	-0,31	-1,26
Kliento terapinio bendradarbiavimo skalė (WAI-SC):	0,93	16	70,40 (6,42)	0,896 (0,70)	-1,45	3,80
Tikslų subskalė	0,75	16	22,02 (2,15)	0,923 (0,19)	-0,59	0,40
Uždavinių subskalė	0,90	16	24,35 (3,08)	0,823 (0,006)	-1,80	5,33
Ryšio subskalė	0,86	16	24,02 (2,61)	0,926 (0,21)	-0,18	-0,70
Subjektyvi kliento prognozė dėl numatomo terapijos tęsimo		16	1,31 (0,48)	0,59 (0,001)	0,90	-1,39

Pastaba: n – grupės dydis, M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, W – Shapiro-Wilk kriterijus, Sk – asimetrijos koeficientas, Ku – eksceso koeficientas.

Psichologų terapinio bendradarbiavimo skalė (WAI-ST) ir tikslų subskalė pasižymi aukštu vidiniu suderinamumu (Cronbach alpha > 0,89), uždavinių ir ryšio subskalės rodo žemesnį (Cronbach alpha reikšmės yra 0,76 ir 0,78), bet pakankamą vidinį suderinamumą. Skalių duomenys pasiskirstę pagal normalųjį skirstinį, visose subskalėse, išskyrus ryšio subskalę (eksceso koeficientas = -1,1), asimetrijos ir eksceso koeficientai mažesni nei 1. Didžiausias vidurkis yra ryšio subskalėje (M = 5,67), o žemiausias – tikslo nustatymo subskalėje (M = 4,30).

Psichologų tikėjimo terapijos veiksmingumu skalė (THCS) ir dvi subskalės (tikslų ir tikėjimo) pasižymi pakankamai aukštu vidiniu suderinamumu (Cronbach alpha > 0,90), mažesnis yra įsipareigojimo subskalės suderinamumas (Cronbach alpha = 0,7) vis tiek yra pakankamas. Normalumo prielaida tikrinta Shapiro-Wilk kriterijumi ir nustatyta, kad beveik visi skalių duomenys pasiskirstę pagal normalųjį skirstinį, asimetrijos ir eksceso koeficientai mažesni nei 1. Didžiausias vidurkis yra įsipareigojimo klientui subskalėje (M = 6,33), o žemiausias – tikslo nustatymo subskalėje (M = 5,65).

Kliento lūkesčių dėl terapinio proceso skalė (MPEQ) ir abi subskalės (proceso ir rezultato) pasižymi pakankamai aukštu vidiniu suderinamumu (Cronbach alpha > 0,83). Nustatyta, kad visi skalių duomenys pasiskirstę pagal normalųjį skirstinį, asimetrijos ir eksceso koeficientai mažesni nei 1 visose, išskyrus lūkesčių dėl proceso subskalėse (eksceso koeficientas = -1,26).

Klientų terapinio bendradarbiavimo skalė (WAI-SC) ir jos subskalės pasižymi aukštu vidiniu suderinamumu (Cronbach alpha > 0,86), šiek tiek žemesnį, bet pakankamą vidinį suderinamumą turi tikslų subskalė (Cronbach alpha = 0,75). Nustatyta, kad tikslo ir ryšio subkalių duomenys pasiskirstę pagal normalųjį skirstinį, asimetrijos ir eksceso koeficientai mažesni nei 1. Uždavinių subskalė netenkina normaliojo skirstinio prielaidos (Shapiro – Wilk koeficientas = 0,808, $p = 0,003$), o bendra skalė rodo aukštesnį eksceso koeficientą (3,3). Didžiausias gautas vidurkis yra ryšio subskalėje (M = 6,10), o žemiausias – tikslo nustatymo subskalėje (M = 5,50).

Vertinant kitų kintamųjų duomenis, gautus užduodant anketos klausimus (psichologo subjektyvią prognozę, psichologo numatomas kliūtis, kliento subjektyvią prognozę), matyti, jog ne visi jie yra pasiskirstę pagal normalųjį skirstinį. Psichologo numatomų sunkumų per terapinį procesą didžiausias vidurkis gautas kliento lūkesčių neatitikimo vertinimuose (M = 3,14), o mažiausias – kliento artimųjų palaikymo trūkumo vertinimuose (M = 1,75).

3.2. Prognostinių terapijos nutraukimo veiksmų analizė

Prognostinių terapijos nutraukimo veiksmų analizei buvo pasirinkta ROC analizė (angl. *Receiver operating characteristic*), kuri tikrina, ar nurodytas kintamasis gali prognozuoti binarinį

kintamąjį. Šiame tyrime binarinis kintamasis – kliento sprendimas nutraukti arba tęsti terapiją. ROC analizės koeficiento AUC (angl. *Area under the curve*) reikšmė, kuri lygi 0,5, reiškia, kad duomenimis grįsta prognozė nesiskiria nuo atsitiktinės, t.y., duomenys nesudaro galimybės prognozuoti dichotominį kintamąjį. AUC koeficiento reikšmė, kuri lygi 1, reiškia idealiai tikslų prognozavimą. Grafiškai tiesi 45° kampu kylanti kreivė rodo spėjimo būdu gautas prognozes, o paskaičiuota ROC kreivė rodo kintamųjų prognostinių savybių ir atsitiktinio spėjimo skirtumus. Kuo paskaičiuota kreivė yra aukščiau spėjimo tiesės ir kuo didesnis yra plotas po kreive, tuo kreivės prognostinės galimybės yra geresnės. Anot Rice ir Harris (2005), AOC reikšmės didesnės nei 0,56 rodo žemas kintamojo prognostines galimybes, didesnės nei 0,64 – vidutines, o didesnės nei 0,71 – aukštas kintamojo prognostines galimybes.

3.2.1. Terapinio bendradarbiavimo skalės (WAI-ST) prognostinių savybių analizė

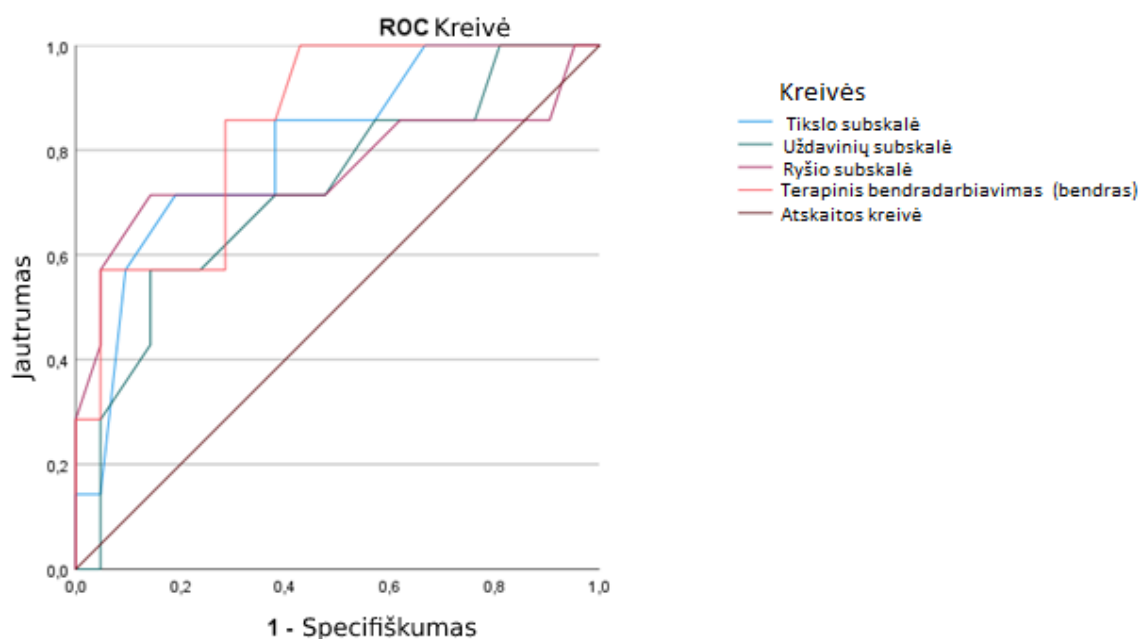
Siekiant įvertinti, ar psichologo vertinamas terapinis bendradarbiavimas po pirmojo susitikimo gali prognozuoti terapijos nutraukimą, buvo atlikta ROC analizė (2 lentelė).

2 lentelė. *Psichologo terapinio bendradarbiavimo po pirmojo susitikimo prognostiniai rodikliai*

Skalė/subskalė	AUC	SE	p	95% CI
Psichologo terapinio bendradarbiavimo skalė (WAI-ST)	0,847	0,08	0,01	[0,69; 0,99]
Tikslų subskalė	0,806	0,10	0,02	[0,62; 0,99]
Uždavinių subskalė	0,721	0,12	0,09	[0,50; 0,95]
Ryšio subskalė	0,765	0,13	0,04	[0,51; 1]

Pastaba: AUC – ROC analizės koeficientas, SE – standartinė paklaida, 95% CI – pasikliautinas intervalas, paryškintai pažymėti statistiškai reikšmingi rezultatai $p < 0,05$.

ROC analizės rezultatai parodė, kad bendros skalės, tikslo ir ryšio subskalių AUC reikšmės viršija 0,765. Šie prognostiniai rodikliai yra statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) ir rodo aukštas vertinimų prognostines savybes. Geriausias prognostines savybės turi bendra terapinio bendradarbiavimo skalė, po to eina tikslų ir ryšio subskalės. Uždavinių subskalės prognozės nėra statistiškai reikšmingos ($p = 0,09$); ši skalė taip pat pasižymėjo ir kiek žemesniu vidiniu suderinamumu (Cronbach alpha = 0,76). Vizualinis terapinio bendradarbiavimo įvertinimų po pirmojo susitikimo prognostinių savybių ROC analizės rezultatas pateiktas 1 grafike.



1 graf. Terapinio bendradarbiavimo skalių terapijos nutraukimo prognostinių savybių analizės grafikas

3.2.2. Tikėjimo terapijos veiksmingumu skalės (THCS) prognostinių savybių analizė

Siekiant įvertinti, ar psichologo vertinamas tikėjimas terapijos veiksmingumu po pirmojo susitikimo gali prognozuoti terapijos nutraukimą, buvo atlikta ROC analizė (3 lentelė).

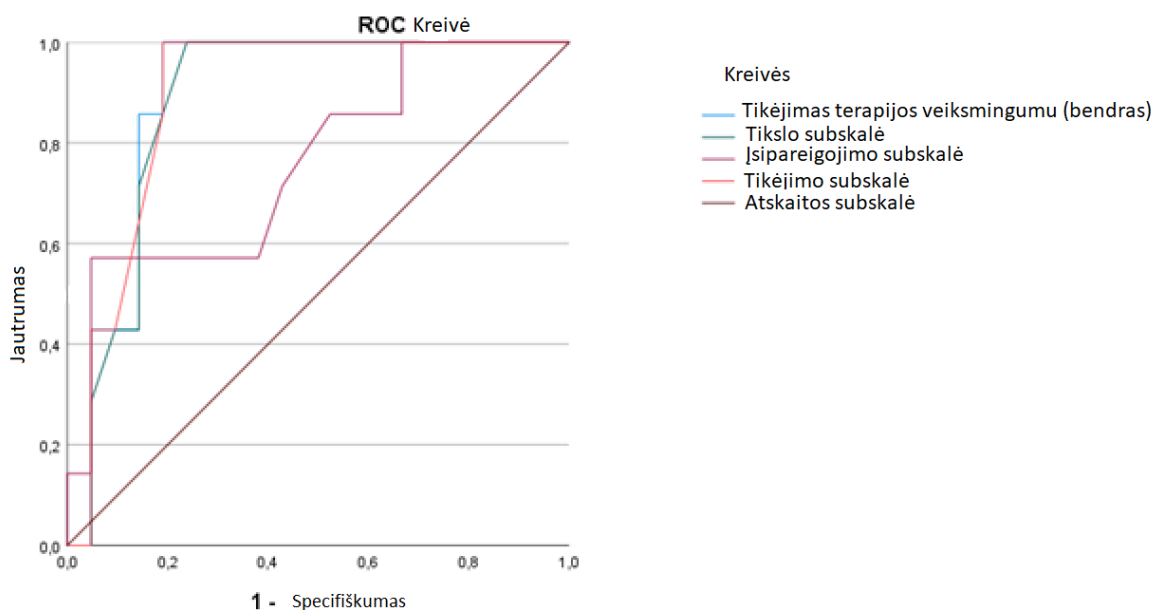
3 lentelė. *Psichologo tikėjimo terapijos veiksmingumu po pirmojo susitikimo prognostiniai rodikliai*

Skalė/ Subskalė	AUC	SE	p	95% CI
Psichologo tikėjimo terapijos veiksmingumu skalė (THCS)	0,891	0,06	0,002	[0,77; 1]
Tikslo nustatymo subskalė	0,881	0,06	0,003	[0,75; 1]
Įsipareigojimo klientui subskalė	0,759	0,11	0,04	[0,55; 0,97]
Tikėjimo subskalė	0,891	0,06	0,002	[0,77; 1]

Pastaba: AUC – ROC analizės koeficientas, SE – standartinė paklaida, 95% CI – pasikliautinas intervalas, paryškintai pažymėti statistiškai reikšmingi rezultatai $p < 0,05$.

ROC analizės rezultatai parodė, kad bendros skalės ir atskirų subskalių AUC koeficiento reikšmės viršija 0,71. Šie prognostiniai rodikliai yra statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) ir rodo aukštas psichologo vertinimų prognostines savybes. Itin aukštas prognostines savybės turi ir bendra tikėjimo terapijos veiksmingumu skalė, ir tikėjimo klientu subskalė, ir tikslo nustatymo subskalė. Tuo tarpu įsipareigojimo klientui subskalė pasižymi šiek tiek žemesnėmis prognostinėmis

galimybėmis ($AUC = 0,759$). Vizualinis tikėjimo terapijos veiksmingumu įvertinimų po pirmojo susitikimo prognostinių savybių ROC analizės rezultatas pateiktas 2 grafike.



2 graf. Psichologo tikėjimo terapijos veiksmingumu skalių terapijos nutraukimo prognostinių savybių analizės grafikas

3.2.3. Psichologo subjektyvių vertinimų dėl numatomo terapijos tęsimo ir galimų terapinio darbo kliūčių prognostinių savybių analizė

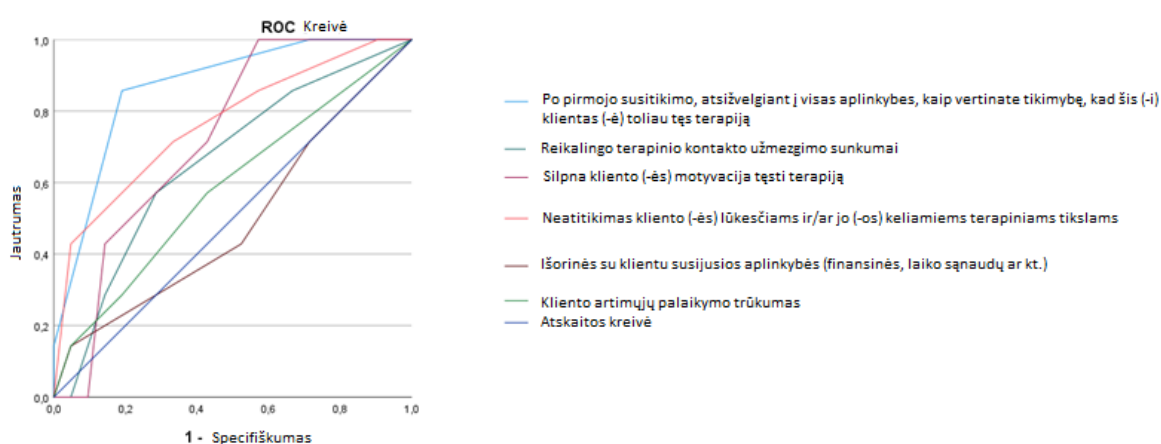
Siekiant patikrinti, ar psichologo subjektyvus vertinimas po pirmojo susitikimo dėl tolimesnio terapijos tęsimo ar nutraukimo gali prognozuoti kliento sprendimą nutraukti terapiją, buvo atliekama ROC kreivės analizė. Taip pat buvo vertinami psichologo numatomi terapinio darbo sunkumai kaip galimi terapijos nutraukimo prognostiniai veiksniai (žr. 4 lentelę).

4 lentelė. Psichologo subjektyvių vertinimų po pirmojo susitikimo prognostiniai rodikliai

Kintamasis	AUC	SE	p	95% CI
Subjektyvi psichologo prognozė dėl numatomo terapijos tęsimo	0,867	0,08	0,004	[0,72; 1]
Subjektyvi psichologo prognozė dėl galimų terapinio darbo kliūčių:				
Terapinio kontakto užmezgimo sunkumai	0,656	0,12	0,22	[0,42; 0,88]
Silpna kliento motyvacija	0,724	0,10	0,08	[0,53; 0,92]
Kliento lūkesčių neatitikimas	0,765	0,11	0,04	[0,55; 0,98]
Išorinės, su klientu susijusios, aplinkybės	0,493	0,13	0,96	[0,23; 0,75]
Kliento artimųjų palaikymo trūkumas	0,585	0,13	0,51	[0,33; 0,84]

Pastaba: AUC – ROC analizės koeficientas, SE – standartinė paklaida, 95% CI – pasikliautinas intervalas, paryškintai pažymėti statistiškai reikšmingi rezultatai $p < 0,05$.

ROC analizės rezultatai parodė, kad subjektyvių psichologo numatomo terapijos tęsimo įvertinimų AUC reikšmė yra 0,867. Šis rodiklis yra statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$) ir rodo aukštą kintamojo prognostinę savybę. Analizuojant subjektyviai psichologo įvertintas galimas terapinio darbo kliūtis tik vienas – kliento lūkesčių neatitikimo – kintamasis rodo statistiškai reikšmingas prognostines savybes (AUC = 0,765, $p < 0,04$). Visų kitų kintamųjų statistinis reikšmingumas nėra pakankamas. Vizualinis tikėjimo terapijos veiksmingumu įvertinimų po pirmojo susitikimo prognostinių savybių ROC analizės rezultatas pateiktas 3 grafike.



3 graf. Psichologo subjektyvių vertinimų dėl terapijos tęsimo ir galimų terapinio darbo kliūčių prognostinių savybių analizės grafikas

3.2.4. Psichologo subjektyvių vertinimų dėl numatomo terapijos tęsimo prognostinis modelis

Siekiant išsiaiškinti, kaip psichologo subjektyvus vertinimas dėl numatomo terapijos tęsimo susijęs su terapinio bendradarbiavimo ir tikėjimo terapijos veiksmingumu vertinimais, buvo atlikta Pearson koreliacinė analizė (žr. 5 lentelę).

5 lentelė. *Psichologo subjektyvaus vertinimo dėl numatomo terapijos tęsimo, terapinio bendradarbiavimo ir tikėjimo terapijos veiksmingumu vertinimų sąsajos*

	WAI-ST Tikslas	WAI-ST Uždaviniai	WAI-ST Ryšys	WAI-ST	THCS Tikslas	THCS Įsipareigojimas	THCS Tikėjimas	THCS
Subjektyvi psichologo prognozė dėl numatomo terapijos tęsimo	<i>r</i> -0,736**	-0,556**	-0,459**	-0,756**	-0,548**	-0,508**	-0,673**	-0,637**

n = 28

Pastaba: ** $p < 0,01$ *r* – Pearson koreliacijos koeficientas, *n* – imtis, WAI-ST – terapinio bendradarbiavimo skalė, THCS – tikėjimo terapijos veiksmingumu skalė.

Gauti rezultatai parodė, kad po pirmo susitikimo psichologo nurodytas tolimesnio terapijos tęsimo įvertinimas statistiškai reikšmingai susijęs su abiem – terapinio bendradarbiavimo (WAI-ST) ir tikėjimo terapijos veiksmingumu (THCS) – skalėmis ir jų visomis subskalėmis.

Subjektyvi psichologo prognozė dėl terapijos tęsimo labiausiai susijusi su terapinio bendradarbiavimo vertinimais ($r = -0,756, p < 0,001$), kai didesnis terapinio bendradarbiavimo įvertis rodė subjektyviai psichologo vertintas mažesnes galimo terapijos nutraukimo prognozes. Terapinio bendradarbiavimo skalės tikslo subskalė pasižymi taip pat itin stipriomis sąsajomis su terapijos tęsimo prognoze ($r = -0,736, p < 0,001$). Silpnesnės, bet pakankamai reikšmingos sąsajos buvo gautos lyginant uždavinių subskalę ($r = -0,556, p = 0,001$) ir ryšio subskalę ($r = -0,459, p = 0,007$).

Subjektyvi psichologo prognozė dėl terapijos tęsimo taip pat susijusi su psichologo tikėjimo terapijos veiksmingumu skalės vertinimais ($r = -0,637, p < 0,001$), kai didesnis tikėjimo terapijos veiksmingumu įvertis rodė subjektyviai psichologo vertintas mažesnes galimo terapijos nutraukimo prognozes. Rezultatai rodo, kad tikėjimo subskalė pasižymi stipriausiomis sąsajomis ($r = -0,673, p < 0,001$). Silpnesnės, bet irgi reikšmingos sąsajos su kitomis dviem tikslo ($r = -0,548, p = 0,001$) ir įsipareigojimo ($r = -0,508, p = 0,003$) subskalėmis.

Visų naudotų skalių (įtraukiant ir subskales) ir psichologo subjektyvaus vertinimo visos tarpusavio sąsajos pateiktos 7 priede.

Siekiant atsakyti į klausimą, ar remiantis aukščiau aptartais kintamaisiais galima prognozuoti subjektyvų psichologo vertinimą, buvo atlikta tiesinė regresinė analizė. Atsižvelgiant į stiprias koreliacijas tarp kintamųjų ir siekiant išvengti multikolinearumo, buvo pasirinkta taikyti žingsninę (angl. *stepwise*) regresiją, kai modelyje automatiškai paliekami statistiškai patys reikšmingiausi iš pradinių regresorių. Gauta modelio rezultatai pateikti 6 lentelėje.

6 lentelė. *Psichologo subjektyvaus vertinimo apie terapijos tęsimą prognostiniai veiksniai*

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis				
	Psichologo subjektyvus vertinimas dėl terapijos tęsimo				
	<i>Beta</i> (β)	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Terapinio bendradarbiavimo tikslo subskalė	-0,532	< 0,001	30,80	<0,001	0,54
Tikėjimo terapijos veiksmingumu tikėjimo subskalė	-0,409	0,005			

Pastaba. Modelyje palikti tik statistiškai reikšmingi regresoriai.

Gautas modelis, kurio determinacijos koeficientas $R^2 = 0,54$ ($R^2 > 0,20$), $F = 30,80$, $p < 0,001$. Gauti du statistiškai reikšmingi regresoriai: terapinio bendradarbiavimo tikslo subskalės beta koeficientas $\beta = -0,532$ ($p < 0,001$) ir terapeuto tikėjimo terapijos veiksmingumu tikėjimo subskalės beta koeficientas $\beta = -0,409$ ($p = 0,005$). Modelis rodo, kad jame naudoti du regresoriai gali paaiškinti 54% duomenų sklaidos. Didesnę įtaką prognozei turi pirmasis regresorius – terapinio bendradarbiavimo tikslo subskalė, kiek mažesnę – tikėjimo terapijos veiksmingumu tikėjimo subskalė. Šios dvi subskalės pasižymėjo ir stipriausiomis sąsajomis su psichologo prognoze dėl terapijos tęsimo.

3.3. Terapijos nutraukimo prognostinis modelis

Siekiant išsiaiškinti, ar atskiri aukščiau aptarti terapijos nutraukimo prognostiniai veiksniai gali būti įtraukti į bendrą terapijos nutraukimą prognozuojantį modelį, buvo atlikta logistinė regresinė analizė. Mažo duomenų kiekio ribotumui spręsti buvo naudota atsitiktinių imčių sąranka (angl. *bootstrapping*), leidžianti sumažinti išskirčių ir anomalijų, kurios gali sumažinti modelio tikslumą, poveikį (Čekanavičius ir Murauskas, 2014).

Į modelį buvo parinkti didžiausias prognostines savybes turintys kintamieji, kaip potencialiai reikšmingi regresoriai, buvo patikrintas jų multikolinearumas, atmesti nereikšmingi regresoriai ir

panaudota atsitiktinių duomenų sąranka su 2 000 sugeneruotų duomenų. Gauto modelio rezultatai pateikti 7 lentelėje.

7 lentelė. *Terapijos nutraukimo prognostiniai veiksniai*

Prediktoriai	B	SE	Wald	df	p	Exp(B)	95% CI	
							Apatinis	Viršutinis
Terapinio bendradarbiavimo tikslo subskalė	-0,246	0,165	2,22	1	0,048	0,782	-13,35	0,135
Tikėjimo terapijos veiksmingumu tikėjimo subskalė	-0,398	0,203	3,834	1	0,045	0,672	-21,652	0,014
Konstanta	9,227	3,915	5,554	1	0,01	10168	3707	440713

Pastaba. Modelyje palikti tik statistiškai reikšmingi regresoriai

Nustatyta, kad modelis yra tinkamas: Hosmer–Lemenšou $\chi^2 = 2,72$; $df = 7$; $p = 0,909$; tikslų spėjimų – 82%. Pseudo determinacijos koeficientai rodo, kad apytikslis duomenų sklaidos dydis yra nuo 36 % (Cox-Snell) iki 54% (Nagelkerke). Analizė parodė, kad regresorių rezultatai yra arti statistinio reikšmingumo, viršutinė pasikliautinio intervalo riba yra labai artima nuliui, o p reikšmės rodo, kad prediktoriai yra reikšmingi, todėl nuspręsta toliau analizuoti modelį. Gauti du statistiškai reikšmingi regresoriai rodo, kad tikslo turėjimas ir didesnis tikėjimas rodo mažesnę atkritimo tikimybę (abu regresoriai neigiami). Bendro tikslo turėjimo vertinimo padidėjimas vienu balu sumažina nutraukusių ir nenutraukusių terapiją santykį 22% (jei kiti faktoriai išlieka nepakitę), tuo tarpu tikėjimo terapijos veiksmingumu vertinimo padidėjimas vienu balu sumažina terapijos nutraukimo šansą 33% (jei kiti faktoriai lieka nepakitę).

3.4. Su klientu susiję ir kiti terapijos nutraukimo prognostiniai veiksniai

Iš 28 į tyrimą pakviestų klientų tyrime sudalyvavo 16, iš kurių visi, išskyrus vieną, tęsė terapiją po ketvirto susitikimo. Iš 12 pakviestų, bet nesudalyvavusių tyrime klientų, terapiją nutraukė 6. Taigi, 6 iš 7 terapiją nutraukusių klientų nesudalyvavo tyrime, todėl nebuvo galimybės atlikti su klientu susijusių charakteristikų ir vertinimų terapijos nutraukimo prognostinės analizės. Daugiau apie tai aptarta šio darbo skyriuje „Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų kryptys“.

Papildomai buvo siekiama nustatyti, ar kiti, tarp jų ir demografiniai, kintamieji (psichologo amžius, psichologo patirtis metais, psichoterapeuto kvalifikacija) gali prognozuoti terapijos nutraukimą, buvo atlikta ROC analizė. Jos metu statistiškai reikšmingų prognostinių savybių nustatyta nebuvo (žr. 6 priedą).

4. REZULTATŲ APTARIMAS

4.1. Terapinio bendradarbiavimo prognostinių savybių analizė

Norint atsakyti į klausimą apie prognostines terapinio bendradarbiavimo savybes, pirmiausiai reikia apžvelgti, ar gauti įvertinimai susiję su kituose tyrimuose gautais duomenimis. Lyginant su Hatcher ir Gillaspie (2006) duomenimis, šiame tyrime gautas terapinio bendradarbiavimo įvertinimas yra šiek tiek žemesnis lyginant jį su trečiojo susitikimo pabaigoje atliktais tyrėjų matavimais ir ženkliai žemesnis lyginant su dvidešimt septintojo susitikimo pabaigoje tų pačių tyrėjų atliktais įverčiais. Panašūs vidutiniai terapinio bendradarbiavimo vertinimai po pirmojo susitikimo ir po trečiojo susitikimo rodytų, kad besiformuojantis terapinis bendradarbiavimas gali būti vertinamas jau po pirmojo psichologo ir kliento susitikimo ir, greičiausiai, reikšmingai nesiskirtų nuo po trečiojo susitikimo gautų įvertinimų. Tai, kad vidutiniai terapinio bendradarbiavimų įverčiai didėja per terapiją, rodytų, jog terapinis bendradarbiavimas formuojasi ir stiprėja terapijos metu.

Šio tyrimo rezultatai parodė, kad net po pirmojo susitikimo psichologo įvertintas terapinis bendradarbiavimas gali reikšmingai prognozuoti terapijos nutraukimą, kai žemesni įvertinimai rodo didesnę tikimybę, kad klientas nutrauks terapiją. Palyginus šiuos rezultatus su Sharf ir kitų (2010) terapinio bendradarbiavimo ir terapijos nutraukimo tarpusavio santykį vertinančia metaanalize, galima pastebėti, kad terapinis bendradarbiavimas ženkliai geriau prognozuoja terapijos nutraukimą terapijai jau pažengus ir viršijus pirmus šešiolika susitikimų nei vertinant terapijos pradžioje – tai lyg ir nesutampa su šio tyrimo gautomis gana aukštomis prognostinėmis terapinio bendradarbiavimo savybėmis. Kita vertus, reikėtų atkreipti dėmesį, kad terapijos nutraukimo vertinimo laikotarpis irgi skiriasi: šiame tyrime vertinimas tik ankstyvasis terapijos nutraukimas, įvyksiantis iki penktosios konsultacijos. Tuo tarpu Clough ir kitų (2016) tyrimas taip pat rodo žemesnius terapinio bendradarbiavimo vertinimus nutraukusių terapiją grupėje kas siejasi su šio tyrimo rezultatais pirmojo susitikimo kontekste. Yoo, Bartle-Haring ir Gangamma (2016) porų terapijos nutraukimo vertinimuose terapinio bendradarbiavimo įvertinimas po pirmojo susitikimo net reikšmingiau prognozavo terapijos nutraukimą (nepatikslinta, per kurį laikotarpį) nei terapinio bendradarbiavimo įvertinimas po trečiojo susitikimo. Taigi, palyginus gautus šio tyrimo rezultatus apie reikšmingas terapinio bendradarbiavimo vertinimų prognostines savybes jau po pirmojo susitikimo, esminių prieštaravimų lyginant su kitais tyrimais nepastebima, bet klausimų išlieka apie tai, kaip tos savybės keistųsi terapijos eigoje.

Analizuojant atskirų terapinio bendradarbiavimo komponentų ankstyvojo terapijos nutraukimo prognostines savybės, matyti, kad stipriausiai prognostinėmis savybėmis pasižymi bendrų tikslų matymo įvertinimas. Čia svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad literatūroje aptartas terapijos metu stebimas

bendrų tikslų matymo pokytis (didėjimas) rodo ir geriausias terapijos nutraukimo prognozes (Hatcher & Gillasp, 2006; Roos & Werbart, 2013). Tikslų suderinimo svarbą, kaip reikšmingą terapinio bendradarbiavimo komponentą, patvirtina ir kiti autoriai: Keleher ir kitų (2019) tyrimas rodo terapiją nutraukusių tyrimo dalyvių retrospektyviai vertintas bendras tikslo matymas buvo žemesnis, o Ormhaug ir Jensen (2018) savo tyrime pabrėžia tikslo suderinimo svarbą jau pirmojo susitikimo metu konsultuojant jaunuolius. Nors dažniausiai terapinėje praktikoje pirmieji susitikimai yra įvardinami kaip kliento situacijos analizė ir įvertinimas, po kurių vėliau įvyksta susitarimai dėl bendrų terapijos tikslų, vis dėlto, galima manyti, kad jau ir pirmojo susitikimo metu vyksta svarbūs su kliento tikslais ir lūkesčiais susiję procesai. Galima pasvarstyti, kad egzistuoja įvairios situacijos, kai su bendro tikslo matymu susiję sunkumai gali prognozuoti kliento nenorą tęsti terapiją: pavyzdžiui, psichologui pirmojo susitikimo metu gali nepavykti išsiaiškinti ar suprasti kliento tikslų; arba galima situacija, kad kliento tikslai iš esmės negali būti įgyvendinti terapijos metu; arba klientas gali norėti greičiau susitarti dėl bendrų ilgalaikių tikslų nei psichologas jaučiasi galintis tai daryti. Visgi, nors situacijos yra skirtingos ir unikalios, vis dėlto klausimai ir procesai, susiję su tikslų matymu yra reikšmingi pirmojo susitikimo metu, o išskylantys sunkumai ar neatitikimai gali numatyti terapinio proceso nutraukimą.

Kalbant apie kitus terapinio bendradarbiavimo komponentus, antrasis – bendrų uždavinių turėjimas – prognostinėje analizėje nėra statistiškai reikšmingas, todėl toliau detaliam aptariamam nebus, nors svarbu atkreipti dėmesį, kad, remiantis Hatcher ir kitais (2019), terapinio bendradarbiavimo skalės atnaujinimo tyrimo duomenimis, uždavinių komponentas papuola kartu į vieną faktorių su tikslų komponentu, todėl kai kuriuose naujesniuose tyrimuose apjungiamas kartu su tikslais.

Trečiasis terapinio bendradarbiavimo komponentas – terapinis ryšys – rodo žemesnes prognostines savybes nei aukščiau aptartas tikslo komponentas. Šis rezultatas mažiau siejasi su Johansson ir Eklund (2006) pateiktais duomenimis, kurie rodo, kad terapinis ryšys yra itin reikšmingas su ankstyvuojančiu terapijos nutraukimu susijęs veiksnys. Svarstant gauto neatitikimo priežastis svarbu atkreipti dėmesį, jog šiame mokslininkų tyrime nėra tikslo vertinimų, o tai leistų palyginti šių abiejų terapinio bendradarbiavimo komponentų sąsajų su terapijos nutraukimu stiprumą.

Nors, anot terapinio bendradarbiavimo skalės kūrėjų, bendrų tikslų matymas ir terapinio ryšio patyrimas yra stipriai tarpusavyje susiję (Hatcher & Gillasp, 2006), vis dėlto svarbu pabrėžti šiame tyrime gautus jų ypatumus: rezultatai rodo, jog pirmojo susitikimo metu psichologai mažiau mato ir žemiau įvertina bendro terapinio darbo tikslus (lyginant su panašiais tyrimais), bet šis vertinimas pasižymi aukštesnėmis terapijos nutraukimo prognostinėmis savybėmis, tuo tarpu terapinis ryšys – atvirkščiai: jo įvertinimai po pirmojo susitikimo gana aukšti (lyginant su panašiais tyrimais), bet kiek žemesnės terapijos nutraukimo prognostinės savybės. Šie rezultatai kelia prielaidas tolimesniems klausimams dėl to, kiek dinamiškai terapijos metu kinta bendrų tikslų matymas ir patiriamas terapinis

ryšys palyginti su pirmojo susitikimo patirtimis, ir, kaip tie pokyčiai veikia kliento sprendimą nutraukti arba tęsti terapiją.

Apibendrinant, gauti rezultatai rodo, kad psichologo subjektyviai įvertintas terapinis bendradarbiavimas, o ypač jo komponentas – bendrų tikslų matymas – jau po pirmojo susitikimo gali padėti numatyti kliento sprendimą nutraukti terapiją jos ankstyvuosiuose etapuose. Kliento patiriamos abejonės dėl tarpusavio bendradarbiavimo per terapiją, nematymas, kokie galėtų būti bendrai suderinti terapiniai tikslai, terapinio ryšio su psichologu trūkumas rodo galimą ankstyvą terapijos nutraukimą kliento iniciatyva – tai patvirtina pirmą keltą šio tyrimo hipotezę.

4.2. Psichologo tikėjimo terapijos veiksmingumu prognostinių savybių analizė

Pirmiausia, norint atsakyti į klausimą dėl prognostinių tikėjimo terapijos veiksmingumu savybių, reikia apžvelgti, kaip gauti įvertinimai yra susiję su kituose tyrimuose gautais duomenimis. Lyginant su tikėjimo terapijos veiksmingumo skalės kūrėjų Bartholomew ir kitų (2020) atliktais tyrimais, šiame tyrime gauti rezultatai, vertinami po pirmojo kliento ir psichologo susitikimo, yra žemesni. Žvelgiant į šį skirtumą, greičiausiai viena iš priežasčių greičiausiai yra skirtinguose terapijos etapuose fiksuotas psichologų vertinimas: šiame tyrime įvertinimas vyko po pirmojo susitikimo, priešingai nei nurodytame tyrime, kur terapija jau buvo pažengusi pirmyn (tikslus laikotarpis literatūroje neįvardintas). Gautą skirtumą turbūt gali paaiškinti Coppock ir kitų (2010) tyrimo rezultatai, kurie parodė, kad psichologo tikėjimo terapijos veiksmingumu įvertinimai šiek tiek didėja terapijos metu.

Šio tyrimo rezultatai parodė, kad net po pirmojo susitikimo psichologo įvertintas tikėjimas terapijos veiksmingumu konkrečiam klientui gali reikšmingai prognozuoti terapijos nutraukimą: žemesni įvertinimai rodė didesnę tikimybę, kad terapija bus nutraukta. Nors psichologo tikėjimas, laikomas bazine terapinės pagalbos prielaida (Frank & Frank, 1991) ir siejamas su palankesniais terapijos rezultatais (Coppock et al., 2010, Larsen et al., 2013), vis dėlto šis konstruktas, priešingai nei terapinis bendradarbiavimas, yra žymiai rečiau tyrinėjamas, ir todėl daugiau reikalingų palyginimui tyrimų, atsižvelgiant į terapijos nutraukimo prognozavimo kontekstą, nebuvo aptikta. Gautas rezultatas parodė, kad subjektyvus, daugelio veiksmų visumos sąlygojamas psichologo tikėjimas, kad gali padėti konkrečiam klientui jo unikalioje situacijoje, yra tam tikru būdu susijęs su kliento sprendimu nutraukti arba tęsti terapiją. Remiantis šiame tyrime naudotu Bartholomew et al. (2020) pasiūlytu tikėjimo terapijos veiksmingumu modeliu, psichologo tikėjimą terapijos veiksmingumu sudaro trys komponentės – bendrų tikslų nustatymas, išipareigojimas klientui ir psichologo tikėjimas, kad gali padėti konkrečiam klientui. Tyrimo rezultatai parodė, kad

stipriausiomis terapijos nutraukimo prognostinėmis savybėmis pasižymi bendrų tikslų nustatymas ir tikėjimas, kad gali padėti klientui, o žemiausiomis – įsipareigojimo klientui vertinimai.

Kalbant apie tikėjimo terapijos veiksmingumu bendrų tikslų komponentą, svarbu atkreipti dėmesį, kad jis, kaip svarbi ir reikšmingai prognozuojanti ankstyvą terapijos nutraukimą sudedamoji dalis, išsiskyrė abejuose šio tyrimo kintamuosiuose – ir terapiniame bendradarbiavime, ir tikėjime terapijos veiksmingumu. Kadangi bendrų tikslų svarba, ypatumai ir problematika pirmojo susitikimo kontekste jau buvo analizuoti praeitame skyriuje aptariant tikėjimą terapiniu bendradarbiavimu, toliau bus aptartas kitas reikšmingas tikėjimo terapijos veiksmingumu dėmuo – tikėjimas klientu ir galimybe jam padėti.

Psichologo tikėjimas, kad jo teikiama terapinė pagalba konkrečiam klientui gali būti naudinga ir veiksminga, yra daugelio veiksnių – kliento, psichologo charakteristikų, jų tarpusavio sąveikos ir kitų – sudėtingos sąveikos rezultatas. Klientas dažnai į terapiją ateina pagalbos, kai jau būna išbandęs tam tikrus sprendimo būdus, iš dalies praradęs viltį ar tikėjimą, kad pats gali įveikti tam tikrus sunkumus, atvyksta su tam tikro pokyčio lūkesčiu ir greičiausiai užduoda sau klausimą „ar šis psichologas galės man konkrečiai padėti?“. Kaip rodo Larsen ir kitų (2013) tyrimas, kliento lūkesčiai dėl terapijos ir jo tikėjimas terapijos veiksmingumu yra susiję su psichologo tikėjimu. Tuomet žvelgiant į šio tyrimo rezultatus, galima svarstyti, kad jei pirmojo susitikimo metu psichologo tikėjimas, kad jis gali suteikti reikalingą pagalbą ar padėti klientui pasiekti tam tikrą permainą, yra silpnesnis; greičiausiai, tai atsispindi ir kliento pirmo susitikimo patirtyje, ir prisideda prie jo sprendimo nutraukti arba tęsti terapiją.

Kalbant apie žemiausias prognostines savybes turinčio – įsipareigojimo klientui – komponento rezultatus, galima svarstyti įvairias to prielaidas: gali būti, kad psichologo įsipareigojimo klientui patyrimas pirmojo susitikimo mažiau priklauso nuo konkrečios situacijos ir kliento, o daugiau atspindi bendrą psichologo įsipareigojimą darbui su klientais. Arba, pirmasis susitikimas gali būti per trumpas laiko tarpas, kai įsipareigojimas klientui pirmojo susitikimo metu tik pradeda formuotis.

Taigi, apjungus gautus rezultatus manome, kad pirmo susitikimo metu psichologo tikėjimas tuo, kiek jis konkrečioje situacijoje remdamasis savo profesine patirtimi jaučiasi galįs padėti konkrečiam klientui spręsti jo sunkumus, gali numatyti kliento sprendimą nutraukti arba tęsti terapiją jos ankstyvuosiuose etapuose. Šie rezultatai patvirtina antrąją keltą hipotezę, kad net po pirmojo susitikimo psichologo subjektyviai įvertintas žemesnis tikėjimas terapijos veiksmingumu konkrečiam klientui gali prognozuoti terapijos nutraukimą.

4.3. Psichologo subjektyvių vertinimų dėl numatomo terapijos tęsimo ir galimų terapinio darbo kliūčių prognostinių savybių analizė

Peržvelgus psichologo subjektyvius vertinimus dėl numatomo terapijos tęsimo atsakant į klausimą „Kaip po pirmojo susitikimo atsižvelgę į visas aplinkybes vertinate tikimybę, kad šis (-i) klientas (-ė) toliau tęs terapiją?“, matyti, jog psichologų vertinimai buvo labiau optimistiški: vidurkis yra šiek tiek pasislinkęs į optimistiškesnę vertinimų pusę. Taip pat svarbu pastebėti, kad nei vienas psichologas nepasirinko kraštutinių atsakymų, kad yra įsitikinęs dėl terapijos nutraukimo arba tęsimo – tai rodytų atsargią psichologų laikyseną prognozuojant terapijos eigą. Rezultatų analizė parodė, kad psichologo vertinimas dėl tolimesnės terapijos eigos gali prognozuoti ankstyvąjį terapijos nutraukimą: žemesni numatomo terapijos tęsimo įverčiai buvo susiję su įvykusi terapijos nutraukimu. Nissen-Lie ir kitų (2013) tyrimo duomenys irgi patvirtina, kad psichologai iš dalies gali prognozuoti terapijos rezultatus (tarp jų ir terapijos nutraukimą) ir siejasi su šio tyrimo rezultatais. Tuo tarpu Piselli ir kitų (2011) kokybinio tyrimo rezultatai, rodantys, kad apie pusę terapeutų numatė būsimą terapijos nutraukimą, ne visai siejasi su šio tyrimo rezultatais, nes nei vienas psichologas nenurodė, kad numano būsimą terapijos nutraukimą. Taigi, rezultatai rodo, kad nors po pirmojo susitikimo psichologai buvo linkę atsargiau vertinti terapijos nutraukimą ar tęsimą, vis dėlto daugiau abejonių kelianti būsimą tolimesnę terapijos eigą prognozavo ankstyvą terapijos nutraukimą.

Aptarus prognostines psichologo vertinimo savybes, iškyla klausimas, kuo remdamiesi psichologai susidaro nuomonę dėl tolimesnio terapijos tęsimo, neaišku, ir kiek šis vertinimas yra susijęs su aukščiau aptartais veiksniais: terapiniu bendradarbiavimu ir tikėjimu terapijos veiksmingumu. Šiems klausimams atsakyti atlikta analizė parodė, kad psichologo subjektyvaus vertinimas dėl numatomo terapijos tęsimo, terapinio bendradarbiavimo vertinimas ir tikėjimo terapijos veiksmingumu vertinimas yra glaudžiai susiję. Gautos stiprios tarpusavyje sąsajos kelia klausimų apie galimai iš dalies persidengiančius konstruktus, bet Bartholomew ir kiti (2020) įvertina ir išskiria šių veiksnių specifiškumą ir teigia, kad jie vertina skirtingus terapinio kontakto aspektus. Papildomai atlikta tiesinės regresijos analizė parodė, kad iš visų tarpusavyje susijusių veiksnių stipriausiai psichologo vertinimą prognozuoja terapinio bendradarbiavimo bendro tikslo numatymo komponentė ir tikėjimo terapijos veiksmingumu tikėjimo pagalbos būdais konkrečiam klientui komponentė, kurios ir atskirai jas analizuojant pasižymėjo stipriausiomis prognostinėmis savybėmis. Šis rezultatas parodo, jog psichologas, galvodamas apie konkretaus kliento galimybes tęsti terapiją, vertina ir terapinį bendradarbiavimą (ypač bendrų tikslų matymą), ir savo subjektyvų patyrimą, kiek jaučiasi galįs padėti šiam konkrečiam klientui.

Toliau nagrinėjant numatomų galimų terapinio darbo sunkumų prognostinių savybių įvertinimo analizę, matyti, kad beveik visos, išskyrus vieną, po pirmojo susitikimo psichologų įvertintos galimo

terapinio bendradarbiavimo kliūtys neprognozuoja ankstyvojo terapijos nutraukimo. Visos šiame tyrime apibrėžtos kliūtys skirtinguose moksliniuose darbuose įvardintos kaip tam tikrose aplinkybėse susijusios su kliento sprendimu nutraukti terapiją, bet po pirmojo susitikimo psichologo vertinimai apie šias galimas darbo kliūtis nenumato terapijos nutraukimo. Tik viena – kliento lūkesčių neatitikimo – galimo tolesnio terapinio darbo kliūtis reikšmingai prognozavo terapijos nutraukimą.

Šis rezultatas iš dalies susijęs su kitų tyrėjų rezultatais, kad klientų lūkesčių dėl realių terapijos galimybių neatitikimas, jų nekoregavimas terapijos metu susijęs su dažnesniu terapijos nutraukimu (Simon et al., 2012; Kegel & Flückiger, 2015). Lūkesčių neatitikimas, kaip galimas terapinio darbo sunkumas prognozuojantis terapijos nutraukimą, iš dalies gali būti aiškinamas ir tikslų nesuderinimu, nes tardamiesi dėl bendrų tikslų psichologai kartu ir koreguoja pirminius klientų lūkesčius dėl terapijos ir, kaip rodo Marsden (2014) tyrimas, yra susijęs su kliento sprendimu tęsti arba nutraukti terapiją. Be to, kliento lūkesčiai dėl terapijos, kaip rodo Larsen ir kitų (2013) tyrimas, yra susiję ir su psichologo tikėjimu terapijos veiksmingumu konkrečiam klientui, kuris, remiantis šio tyrimo rezultatais, gali prognozuoti terapijos nutraukimą.

Kalbant apie terapijos kliūčių vertinimą taip pat svarbu pastebėti, kad kai kurios vienu teiginiu įvardintos terapinio darbo kliūtys, pavyzdžiui, „terapinio kontakto užmezgimo sunkumai“, atrodytų, turėjo būti susijusios su paties terapinio bendradarbiavimo ryšio komponento vertinimais, turinčiais aukštas prognostines savybes. Svarstant tokį skirtumą galima kelti prielaidą, kad galbūt psichologai buvo linkę atsargiau vertinti galimus sunkumus, apibūdintus tik vieno sakinio teiginiais, bet vertindami, pavyzdžiui, terapinį ryšį patikimo instrumento pagalba, atskleidė terapinio ryšio prognostines savybes.

Taigi, gauti rezultatai rodo, kad psichologo subjektyvus vertinimas dėl numatomo terapijos tęsimo gali padėti numatyti kliento sprendimą nutraukti terapiją jos ankstyvuosiuose etapuose – tai patvirtina trečią keltą hipotezę. Taip pat rezultatai rodo, kad numatomų galimų terapinio darbo kliūčių vertinimas negali prognozuoti ankstyvojo terapijos nutraukimo (su viena išimtimi) ir paneigia ketvirtą keltą šio tyrimo hipotezę.

4.4. Prognostinių terapijos nutraukimo veiksnių tarpusavio sąsajų ir modelio analizė

Jau anksčiau aptarti skirtingi galimą terapijos nutraukimą prognozuojantys veiksniai – silpnesnis terapinis bendradarbiavimas ir jo atskiri komponentai, silpnesnis tikėjimas terapijos veiksmingumu ir jo atskiri komponentai, subjektyvus psichologo vertinimas dėl tolimesnio terapijos tęsimo – rodo glaudžias tarpusavio sąsajas ir kelia klausimą apie galimai iš dalies persidengiančius arba sutampančius konstruktus. Vis dėlto, kaip jau buvo aptarta ankstesniame poskyryje, Bartholomew ir kiti (2020), įvertinę terapinio bendradarbiavimo ir tikėjimo terapijos veiksmingumu

veiksnių glaudžias tarpusavio sąsajas, išskyrė šių veiksnių specifiškumą ir teigė, kad jie vertina skirtingus terapinio kontakto konstruktus.

Siekiant nustatyti, kurie veiksniai kartu geriausiai gali numatyti terapijos nutraukimą, atlikta logistinės regresijos analizė parodė, kad išsiskyrė du tie patys, tiksliausiai ankstyvą terapijos nutraukimą prognozuojantys veiksniai: žemiau vertinamas terapinio bendradarbiavimo bendro tikslo matymas ir silpnesnis tikėjimas terapijos veiksmingumu konkrečiam klientui. Gautas tyrimo modelis rodo, kad bendrų tikslų turėjimas šiek tiek geriau prognozuoja terapijos nutraukimą nei psichologo tikėjimas terapijos veiksmingumu. Tai leidžia svarstyti, kad jei po pirmojo susitikimo psichologas mažiau mato bendrų tikslų ir mažiau tiki, kad konkrečioje situacijoje remdamasis savo profesine patirtimi jis gali padėti konkrečiam klientui spręsti sunkumus - tai gali prognozuoti kliento sprendimą nutraukti terapiją ankstyvuosiuose jos etapuose. Atskirų modelio prognostinių veiksnių aptarimas jau buvo pateiktas ankstesniuose skyriuose.

Taigi, šis tyrimas parodė, kad psichologo tikėjimas terapijos veiksmingumu konkrečiam klientui ir ypač bendrų tikslų matymas po pirmojo susitikimo gali prognozuoti terapijos nutraukimą.

4.5. Su klientu susiję ir kiti terapijos nutraukimo prognostiniai veiksniai

Kaip jau buvo paminėta „Rezultatų“ skyriuje, visi šeši terapiją nutraukę klientai (išskyrus vieną) pasižymėjo tuo, kad neprisijungė prie kvietimo dalyvauti tyrime, todėl nėra duomenų atsakyti į paskutinę keltą hipotezę, kad žemi kliento lūkesčiai ir subjektyvus kliento tolimesnės terapijos eigos numatymas gali prognozuoti ankstyvesnę terapijos nutraukimą.

Kaip papildanti tyrimą analizė buvo patikrintos kituose tyrimuose pastebėtos psichologo amžiaus, patirties, psichoterapeuto kvalifikacijos turėjimo ir dažnesnio terapijos nutraukimo sąsajos (Swift & Greenberg, 2012; Zimmermann et al.; 2016; Saxonet al., 2017) šiame tyrime nepasitvirtino. Viena iš galimų to priežasčių gali būti maža šio tyrimo imtis.

4.6. Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų kryptys

Aptariant šio tyrimo ribotumus pirmiausia reikia atkreipti dėmesį į tai, kad nebuvo gauta terapiją nutraukusių klientų atsakymų (išskyrus vieną), todėl į tyrimo klausimus, susijusius su kliento vertinimais po pirmojo susitikimo, nebuvo atsakyta. Toks rezultatas gali būti svarbus planuojant ateities tyrimus dėl terapijos nutraukimo ir svarstant klientų dalyvavimą tyrime ir duomenų rinkimo klausimą. Viena iš galimų alternatyvų sprendžiant klientų dalyvavimo tyrime ribotumą galėtų būti kitokia tyrimo schema: gydymo įstaigose, kur vyksta klientų registracija, pirmiausia kreiptis į nutraukusius terapiją klientus arba kreipiantis tiesiogiai į klientus kitais būdais – per įvairias grupes, taip pat socialiniuose tinkluose ir pan.

Kitas šio tyrimo ribotumas, kurį taip pat svarbu pažymėti, yra nedidelė šio tyrimo imtis: tyrime dalyvavo nedidelis psichologų ir jų klientų skaičius. Be to, beveik visi tyrime dalyvavę psichologai užsiėmė privačia praktika, o klientai kreipėsi savo iniciatyva. Gali būti, kad surinkus didesnę arba labiau įvairialypę tiriamųjų imtį, būtų patikslinti ir gauti šio tyrimo rezultatai.

Vertėtų apsvarstyti ir kokybinio arba mišraus tyrimo galimybę: pradedant nuo platesnio kokybinio šio reiškinio aptarimo ir paskui susiaurinant iki tikslinio kiekybinio tyrimo tam tikram klausimui atsakyti.

Viena iš tolimesnio darbo sričių galėtų būti tam tikrų tikslinių grupių, kurioms terapijos nutraukimas turi reikšmingesnes neigiamas pasekmes, nustatymas ir būtent tos imties tyrimas. Pavyzdžiui, krizių centruose trumpalaikę terapiją dažniau nutraukiantys klientai, terapijos nutraukimas kompleksinio psichikos sutrikimo gydymo programose ar pan.

4.7. Praktinės rezultatų pritaikymo galimybės

Prieš svarstant apie galimą šio tyrimo rezultatų taikymą svarbu pastebėti, kad kai kurie tyrėjai atkreipia dėmesį į terapinio proceso bei klientų grįžtamojo ryšio tam tikrų matavimų ar vertinimų galimą naudą užtikrinant geresnius terapijos rezultatus ir mažesnę nutraukimų skaičių (Lambert & Harmon, 2018). Tolimesnis terapijos nutraukimo tyrinėjimas ir jį prognozuojančių veiksnių vertinimai galėtų būti praktiškai panaudotini gydymo centrams planuojant ir organizuojant psichologinės pagalbos paslaugas, taip pat jaunų specialistų rengimo ir profesinio tobulėjimo veiklose. Kadangi šio tyrimo imtis yra nedidelė ir siaura, gautus šio tyrimo rezultatus ir išvadas reikėtų vertinti atsargiai, o teikti praktines rekomendacijas dar per anksti.

IŠVADOS

- 1 Psichologo profesiniai vertinimai dėl terapinio bendradarbiavimo ir tikėjimo terapijos veiksmingumu konkrečiam klientui, atlikti po pirmo susitikimo, yra prasmingi ir numatantys tolimesnio terapinio darbo tęsimą.
- 2 Silpniau psichologo įvertintas terapinis bendradarbiavimas gali padėti numatyti ankstyvą terapijos nutraukimą. Išskirtinis ir reikšmingiausias terapijos nutraukimą prognozuojantis veiksnys yra bendrų tikslų nematymas, suderintų terapijos tikslų nebuvimas.
- 3 Silpnesnis psichologo tikėjimas, kad jo teikiama terapija gali būti veiksminga konkrečiam klientui, gali padėti numatyti ankstyvą terapijos nutraukimą.
- 4 Psichologo subjektyvi prognozė dėl tolimesnio terapijos tęsimo gali padėti numatyti ankstyvą terapijos nutraukimą. Šis psichologo vertinimas susijęs su bendrų tikslų matymu ir tikėjimu terapijos veiksmingumu konkrečiam klientui.
- 5 Stipriau psichologo įvertintas galimas kliento lūkesčių neatitikimas, kaip galima būsimo terapinio darbo kliūtis, gali padėti numatyti ankstyvą terapijos nutraukimą. Kitos psichologo numatomos terapinio darbo kliūtys terapijos nutraukimo neprognozuoja.

LITERATŪRA

- Anderson, K. N., Bautista, C. L., & Hope, D. A. (2019). Therapeutic Alliance, Cultural Competence and Minority Status in Premature Termination of Psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(1), 104–114. <https://doi.org/10.1037/ort0000342>
- Anderson, S. R., Tambling, R., Yorgason, J. B., & Rackham, E. (2019). The mediating role of the therapeutic alliance in understanding early discontinuance. *Psychotherapy Research*, 29(7), 882–893. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1506949>
- Arnou, B. A., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Markowitz, J. C., Klein, D. N., Thase, M. E., Kocsis, J. H., & Rush, A. J. (2007). Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of affective disorders*, 97(1-3), 197–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.017>
- Bachelor, A. (2013). Clients' and Therapists' Views of the Therapeutic Alliance: Similarities, Differences and Relationship to Therapy Outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(2), 118–135. <https://doi.org/10.1002/cpp.792>
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological bulletin*, 82(5), 738–783. <https://doi.org/10.1037/h0077132>
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Casiano, D., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 45(2), 247–267. <https://doi.org/10.1037/a0016184>
- Bartholomew, T. T., Gundel, B. E., & Scheel, M. J. (2017). The relationship between alliance ruptures and hope for change through counseling: A mixed methods study. *Counselling Psychology Quarterly*, 30(1), 1–19. <https://doi.org/10.1080/09515070.2015.1125853>
- Bartholomew, T. T., Gundel, B. E., Scheel, M. J., Kang, E., Joy, E. E., & Li, H. (2020). Development and Initial Validation of the Therapist Hope for Clients Scale. *The Counseling Psychologist*, 48(2), 191–222. <https://doi.org/10.1177/0011000019886428>
- Baruch, G., Vrouva, I., & Fearon, P. (2009). A Follow-up Study of Characteristics of Young People that Dropout and Continue Psychotherapy: Service Implications for a Clinic in the Community. *Child and Adolescent Mental Health*, 14, 69-75. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00492.x>
- Cahill, J., Barkham, M., Hardy, G., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., & Macaskill, N. (2003). Outcomes of patients completing and not completing cognitive therapy for depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 133–143. <https://doi.org/10.1348/014466503321903553>
- Chiesa, M., Wright, M., & Neeld, R. (2003). A description of an audit cycle of early dropouts from

- an inpatient psychotherapy unit. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 17(2), 138–149. <https://doi.org/10.1080/1474973031000105294>
- Clough, B., Nazareth, S., & Casey, L. (2016). The Therapy Attitudes and Process Questionnaire: A Brief Measure of Factors Related to Psychotherapy Appointment Attendance. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*. <https://doi.org/10.1007/s40271-016-0199-3>
- Connell, J., Grant, S., & Mullin, T. (2006). Client initiated termination of therapy at NHS primary care counselling services. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(1), 60–67. <https://doi.org/10.1080/14733140600581507>
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M., & Greenberg, R. P. (2012). Clinician Interventions and Participant Characteristics That Foster Adaptive Patient Expectations for Psychotherapy and Psychotherapeutic Change. *Psychotherapy*, 49(4), 557–569. <https://doi.org/10.1037/a0029440>
- Coppock, T. E., Owen, J. J., Zagarskas, E., & Schmidt, M. (2010). The relationship between therapist and client hope with therapy outcomes. *Psychotherapy Research*, 20(6), 619–626. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.497508>
- Čekanavičius V., Murauskas G. (2014). *Taikomoji regresinė analizė socialiniuose tyrimuose*. Vilnius: Vilniaus universitetas. <http://www.statistika.mif.vu.lt/wp-content/uploads/2014/04/regresine-analize.pdf>.
- D'Aniello, C., & Tambling, R. B. (2017). The Effect of Expectations on Intention to Persist in Therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 45(1), 37–50. <https://doi.org/10.1080/01926187.2016.1223568>
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P.A., Katz, S. J., Lin, E., & Kessler, R. (2002). Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 159, 845–851. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.845>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Foreman, D. M., & Hanna, M. (2000). How long can a waiting list be? *Psychiatric Bulletin*, 24, 211–213. <https://doi.org/10.1192/S0955603600093429>
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Johns Hopkins University Press. https://findings.org.uk/docs/Frank_JD_1_findings.pdf?s=eb&r=&c=&sf=sfnos
- Gibbons, M. B. C., Gallop, R., Thompson, D., Gaines, A., Rieger, A., & Crits-Christoph, P. (2019). Predictors of Treatment Attendance in Cognitive and Dynamic Therapies for Major Depressive Disorder Delivered in a Community Mental Health Setting. *Journal of Consulting and Clinical*

- Psychology*, 87(8), 745–755. <https://doi.org/10.1037/ccp0000414>
- Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., Nissen-Lie, H. A., Nielsen, S. L., & Wampold, B. E. (2018). Unpacking the therapist effect: Impact of treatment length differs for high- and low-performing therapists. *Psychotherapy Research*, 28(4), 532–544. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1216625>
- Hamilton, S., Moore, A. M., Crane, D. R., & Payne, S. H. (2011). Psychotherapy dropouts: Differences by modality, license, and DSM-IV diagnosis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 333–343. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2010.00204.x>
- Hampton-Robb, S., Qualls, R. C., & Compton, W. C. (2003). Predicting first-session attendance: The influence of referral source and client income. *Psychotherapy Research*, 13, 223–233. <https://doi.org/10.1080/713869641>
- Harris, S., Mitchell, M. D., Tabet, S. M., & Hundley, G. (2020). Predictors of Client Attrition in a University-Based Community Counseling Clinic. *Journal of Counseling and Development*, 98(1), 74–82. <https://doi.org/10.1002/jcad.12301>
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25. <https://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Hatcher, R. L., Lindqvist, K., & Falkenström, F. (2020). Psychometric evaluation of the Working Alliance Inventory–Therapist version: Current and new short forms. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(6), 706–717. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1677964>
- Hatchett, G. T., & Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 226–231. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-3204.40.3.226>
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *Wiley series on personality processes. The working alliance: Theory, research, and practice* (p. 259–286). John Wiley & Sons
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 35(12), 1-12. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Hunsley, J., Aubry, T. D., Verstervelt, C. M., & Vito, D. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(4), 380-388. <https://doi.org/10.1037/h0087802>

- Yoo, H., Bartle-Haring, S., & Gangamma, R. (2016). Predicting premature termination with alliance at sessions 1 and 3: An exploratory study. *Journal of Family Therapy*, 38(1), 5–17. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12031>
- Johansson, H., & Eklund, M. (2006). Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(2), 140–147. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0009-z>
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2013). Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(3), 181-190. <https://doi.org/10.1590/s2237-60892013000300005>
- Keleher, B., Oakman, J. M., Capobianco, K., & Mittelstaedt, W. H. (2019). Basic psychological needs satisfaction, working alliance, and early termination in psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 32(1), 64–80. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1367271>
- Karekla, M., Constantinou, P., Ioannou, M., Gloster, A. T., & Kareklas, I. (2019). The Phenomenon of Treatment Dropout, Reasons and Moderators in Acceptance and Commitment Therapy and Other Active Treatments: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology in Europe*, 1(3), 229. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i3.33058>
- Kegel, A. & Flückiger, C. (2015). Predicting Psychotherapy Dropouts: A Multilevel Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(5), 377-86. <https://doi.org/10.1002/cpp.1899>
- Khazaie, H., Rezaie, L., Shahdipour, N., & Weaver, P. (2016). Exploration of the reasons for dropping out of psychotherapy: A qualitative study. *Evaluation and Program Planning*, 56, 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.03.002>
- Lambert, M. (2007). Presidential Address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research - PSYCHOTHER RES*. 17. 1-14. <https://doi.org/10.1080/10503300601032506>.
- Lambert, M.J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J.L., & Hawkins E.J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions. *J Clin Psychol*. 61(2), 165-74. doi:10.1002/jclp.20113
- Lambert M.J. Outcome in psychotherapy: the past and important advances. (2013). *Psychotherapy (Chic)*. 50(1), 42-51. doi: 10.1037/a0030682
- Lambert, M. J., & Harmon, K. L. (2018). The merits of implementing routine outcome monitoring in clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(4), Article e12268. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12268>
- Larsen, D. J., Stege, R., & Flesaker, K. (2013). 'It's important for me not to let go of hope': Psychologists' in-session experiences of hope. *Reflective Practice*, 14(4), 472–486. <https://doi.org/10.1080/14623943.2013.806301>

- Levi, O. (2020). The role of hope in psychodynamic therapy (PDT) for complex PTSD (C-PTSD). *Journal of Social Work Practice*, 34(3), 237–248. <https://doi.org/10.1080/02650533.2019.1648246>
- Linardon, J., Hindle, A., & Brennan, L. (2018). Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *The International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 381–391. <https://doi.org/10.1002/eat.22850>
- Lutz, W., Hofmann, S. G., Rubel, J., Boswell, J. F., Shear, M. K., Gorman, J. M., ... Barlow, D. H. (2014). Patterns of Early Change and Their Relationship to Outcome and Early Treatment Termination in Patients With Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 287–297. <https://doi.org/10.1037/a0035535>
- Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A.-K., Zimmermann, D., Böhnke, J. R., & Wittmann, W. W. (2015). Feedback and therapist effects in the context of treatment outcome and treatment length. *Psychotherapy Research*, 25(6), 647–660. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1053553>
- Marsden, T (2014). *Client expectations and pretreatment attrition at a community mental health center* (ProQuest Dissertations Publishing). [Doctoral dissertation, University of Central Arkansas].<https://search.proquest.com/openview/07792fba51f3566760238371f72c7f49/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Moore, L. E., Tambling, R. B., & Anderson, S. R. (2013). The Intersection of Therapy Constructs: The Relationship Between Motivation to Change, Distress, Referral Source, and Pressure to Attend. *The American Journal of Family Therapy*, 41(3), 245–258. <https://doi.org/10.1080/01926187.2012.685351>
- Negri, A., Christian, C., Mariani, R., Belotti, L., Andreoli, G., & Danskin, K. (2019). Linguistic features of the therapeutic alliance in the first session: a psychotherapy process study. *Research in Psychotherapy (Milano)*, 22(1), 374–374. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.374>
- Nissen-Lie, H. A, Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 86–104. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735775>
- Olfson, M., Mojtabai, R., Sampson, N. A., Hwang, I., Druss, B., Wang, P. S., ... Kessler, R. C. (2009). Dropout from outpatient mental health care in the United States. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 60(7), 898–907. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.898>
- Ormhaug, S. M, & Jensen, T. K. (2018). Investigating treatment characteristics and first-session relationship variables as predictors of dropout in the treatment of traumatized youth. *Psychotherapy Research*, 28(2), 235–249. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1189617>

- Owen, J., Drinane, J., Tao, K. W., Adelson, J. L., Hook, J. N., Davis, D., & Fookune, N. (2017). Racial/ethnic disparities in client unilateral termination: The role of therapists' cultural comfort. *Psychotherapy Research*, 27(1), 102–111. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1078517>
- Philips, B., Karlsson, R., Nygren, R., Rother-Schirren, A., & Werbart, A. (2018). Early therapeutic process related to dropout in mentalization-based treatment with dual diagnosis patients. *Psychoanalytic Psychology*, 35(2), 205–216. <https://doi.org/10.1037/pap0000170>
- Piselli, A., Halgin, R. P., & MacEwan, G. H. (2011). What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy Research*, 21(4), 400–415. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.573819>
- Reis, B. F., & Brown, L. G. (2006). Preventing therapy dropout in the real world: The clinical utility of videotape preparation and client estimate of treatment duration. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 311–316. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.37.3.311>
- Rice, M. E., & Harris, G. T. (2005). Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC Area, Cohen's d, and r. *Law and Human Behavior*, 29, 615–620. <http://dx.doi.org/10.1007/s10979-005-6832-7>
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394–418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>
- Samstag, L.W., Muran, J. C., Wachtel, P. L., Slade, A., Safran, J. D., & Winston, A. (2008). Evaluating negative process: A comparison of working alliance, interpersonal behavior, and narrative coherency among three psychotherapy outcome conditions. *American Journal of Psychotherapy*, 62(2), 165–194. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2008.62.2.165>
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A., & Parry, G. (2017). The Contribution of Therapist Effects to Patient Dropout and Deterioration in the Psychological Therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(3), 575–588. <https://doi.org/10.1002/cpp.2028>
- Scheel, M. J. (2011). Client Common Factors Represented by Client Motivation and Autonomy. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 276–285. <https://doi.org/10.1177/0011000010375309>
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637–645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Simon, G. E., Imel, Z. E., Ludman, E. J., & Steinfeld, B. J. (2012). Is dropout after a first psychotherapy visit always a bad outcome? *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 63(7), 705–707. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100309>
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., ... Harney, P. (1991). The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570–585.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>

- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature Discontinuation in Adult Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A Treatment by Disorder Meta-Analysis of Dropout From Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193–207. <https://doi.org/10.1037/a0037512>
- Thormählen, B., Weinryb, R. M., Norén, K., Vinnars, B., Bågedahl-Strindlund, M., & Barber, J. P. (2003). Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 13, 493–509. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/ptr/kpg039>
- Todd, D. M., Deane, F. P., & Bragdon, R. A. (2003). Client and therapist reasons for termination: A conceptualization and preliminary validation. *J. Clin. Psychol.*, 59, 133-147. <https://doi.org/10.1002/jclp.10123>
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207–210. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Werbart, A., Andersson, H., & Sandell, R. (2014). Dropout revisited: Patient- and therapist-initiated discontinuation of psychotherapy as a function of organizational instability. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*. 24(6), 724-37. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.883087>
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190–195. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.24.2.190>
- Xiao, H., Hayes, J. A., Castonguay, L. G., McAleavey, A. A., & Locke, B. D. (2017). Therapist Effects and the Impacts of Therapy Nonattendance. *Psychotherapy*, 54(1), 58–65. <https://doi.org/10.1037/pst0000103>
- Zimmermann, D., Rubel, J., Page, A. C., & Lutz, W. (2017). Therapist Effects on and Predictors of Non-Consensual Dropout in Psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 312–321. <https://doi.org/10.1002/cpp.2022>

PRIEDAI

1 priedas. Kitų su terapija susijusių kliento aplinkybių vertinimas - anketa

Kas prisidėjo prie sprendimo kreiptis pagalbos į psichologą (-ę)?

- Negavau jokių patarimų kreiptis į psichologą (-ę), nusprendžiau pats (pati)
- Gavau patarimą kreiptis psichologo pagalbos iš aplinkinių
- Kažkas iš artimųjų prašė arba ragino kreiptis į psichologą (-ę)
- Kažkas iš artimųjų reikalavo, kad kreipčiausi į psichologą (-ę)
- Buvau nukreiptas gydymo įstaigos, gydytojo ar kt.
- Kitas variantas

Kokiu būdu sužinojote/gavote informaciją apie būtent šį psichologą (-ę)?

- Rekomendavo artimieji, draugai arba pažįstami
- Rekomendavo mažai pažįstami ar nepažįstami (pvz. gydymo įstaigos registatorė)
- Susiradau informaciją internete
- Gavau nukreipimą ir/arba rekomendacijas iš daktaro ar kito specialisto
- Kitas variantas

Pirmo vizito pas šį (-ią) psichologą (-ę) turėjote laukti:

- 1-2 dienas
- 3-6 dienas
- 1-2 savaitės
- 3 ir daugiau savaitės

Kalbant apie artimųjų palaikymą lankyti terapiją, Jūsų artimieji:

- palaiko terapijos lankymą
- reaguoja neutraliai: nei palaiko, nei prieštarauja
- priešinasi ar prieštarauja terapijos lankymui
- nežino apie terapijos lankymą
- kitas variantas

1 pav. Kitų su terapija susijusių kliento aplinkybių vertinimas – anketos klausimai

Galvojant apie išorines aplinkybes, įvertinkite kiek patogu lankyti terapiją, kur 1 - visiškai nepatogu ir netinkama, o 5 - visiškai patogu ir tinkama 📌

	1	2	3	4	5
Terapijai skirtas susitikimų laikas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapijai skirta aplinka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finansinės terapijos sąlygos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ar anksčiau teko lankytis pas psichologą (-ę)? 📌

- Taip
 Ne

Pas kiek skirtingų psichologų esate lankęsis (-iūs) prieš pradėdant šią terapiją?

Atsakykite į šį klausimą tik tuo atveju, jei anksčiau esate lankęsis pas psichologą

Kiek mėnesių truko paskutinė terapija?

Atsakykite į šį klausimą tik tuo atveju, jei anksčiau esate lankęsis pas psichologą

Kaip vertinate savo paskutinės terapijos patirtį, atsižvelgiant į pasiektus rezultatus ir pokyčius?

Atsakykite į šį klausimą tik tuo atveju, jei anksčiau esate lankęsis pas psichologą

- Labai teigiamai
 Daugiau teigiamai
 Neutraliai
 Daugiau neigiamai
 Labai neigiamai

1 pav. (tęsinys) Kitų su terapija susijusių kliento aplinkybių vertinimas – anketos klausimai

2 priedas. Psichologo profesinės patirties ir demografinių duomenų vertinimas - anketa

Toliau prašome pateikti glaustus demografinius duomenis apie save. Koks Jūsų amžius? *

Jūsų lytis? *

- pasirinkti - ▾

Kokia Jūsų konsultavimo/terapinio darbo apimtis metais? *

Ar esate psichoterapeutas? *


- Taip, esu baigęs (-usi) psichoterapijos studijas ir turiu diplomą
- Studijuoju psichoterapiją
- Ne

Jei esate psichoterapeutas (-ė) arba studijuojate psichoterapiją - kokia Jūsų pasirinkta (-os) psichoterapijos kryptis (-ys)? *

2 pav. Psichologo profesinės patirties ir demografinių duomenų vertinimas – anketos klausimai

3 priedas. Kliento demografinių duomenų vertinimas - anketa

Toliau prašome pateikti keletą demografinių duomenų. Koks Jūsų amžius? 

Jūsų lytis? 


Jūsų išsilavinimas? 

Jūsų ilgalaikė veikla: 

- Dirbu
- Studijuoju
- Vaiko priežiūros atostogose
- Esu pensijoje
- Nedirbu ir nestudijuoju

3 pav. Kliento demografinių duomenų vertinimas – anketos klausimai

4 priedas. Terapijos eigos vertinimai po 4 savaitių arba nutraukus terapiją - anketa

Nurodykite, prašau, ar šis klientas (-ė) lankosi terapijoje, ar ją nutraukė. 

- Klientas (-ė) terapijos nenutraukė ir lankosi toliau
- Klientas (-ė) nutraukė terapiją po 4 susitikimo
- Klientas (-ė) nutraukė terapiją po 3 susitikimo
- Klientas (-ė) nutraukė terapiją po 2 susitikimo
- Klientas (-ė) nutraukė terapiją po 1 susitikimo

Jei klientas (-ė) nutraukė terapiją, kokios, Jūsų nuomone, buvo galimos priežastys?

Atsakymas 1 - visiškai nesutinku, 5 - visiškai sutinku

Jei klientas (-ė) tęsia terapiją, šį klausimą praleiskite

	1	2	3	4	5
Nepavyko užmegzti reikalingo terapinio kontakto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Silpna kliento (-ės) motyvacija tęsti terapiją	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neatitinkamas kliento (-ės) lūkesčiams ir/ar jo (-os) keliamiems terapiniams tikslams	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Išorinės aplinkybės (finansinės, laiko sąnaudų ar kt.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artimųjų palaikymo trūkumas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kliento patiriami teigiami pokyčiai arba simptomų palengvėjimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jei klientas(-ė) nutraukė terapiją, gal yra dar kita, auksčiau neįvardinta priežastis, kurią galite nurodyti?

Jei klientas (-ė) tęsia terapiją, šį klausimą praleiskite

Jei klientas (-ė) nutraukė terapiją, koku būdu jūs apie tai sužinojote?

Jei klientas (-ė) tęsia terapiją, šį klausimą praleiskite

- Klientas (-ė) pranešė paskutinės konsultacijos metu
- Klientas (-ė) paskambino telefonu
- Klientas (-ė) parašė elektroninį laišką
- Klientas (-ė) neįspėjo, bet tiesiog nebeatvyko į susitikimus

Kitas variantas

Ar klientas (-ė) yra praleidęs (-usi) terapijos susitikimą (-ų) be pateisinamos priežasties? 

- pasirinkti -

Patikslinkite, prašau, koku būdu dirbote su šiuo (-ia) klientu (-e): 

- Terapiją pradėjome pirmuoju susitikimu „gyvai“ ir toliau tęsėme susitikimus „gyvai“
- Terapiją pradėjome pirmuoju susitikimu „gyvai“, bet toliau tęsėme susitikimus nuotoliniu būdu
- Terapiją pradėjome pirmuoju susitikimu „gyvai“, bet toliau tęsėme susitikimus kombinuojant ir nuotolinius, ir susitikimus „gyvai“
- Terapiją pradėjome pirmuoju nuotoliniu susitikimu ir toliau tęsėme susitikimus nuotoliniu būdu
- Terapiją pradėjome pirmuoju nuotoliniu susitikimu, bet toliau tęsėme susitikimus „gyvai“
- Terapiją pradėjome pirmuoju nuotoliniu susitikimu, bet toliau tęsėme susitikimus kombinuojant ir nuotolinius, ir susitikimus „gyvai“
- Kitas variantas

4 pav. Terapijos eigos vertinimas po 4 sav. arba nutraukus terapiją – anketos klausimai

5 priedas. Informuotų sutikimų, tyrimo aprašymų psichologui ir elektroninių pakvietimų klientui pavyzdžiai

Lūkesčiai terapijai ir terapinio darbo progresas

Gerbiamas(-a) tyrimo dalyvi (-e),

Esu Kristina Berulienė, Vilniaus Universiteto Klinikinės psichologijos magistrantė. Šiuo metu atlieku tyrimą, skirtą **įvertinti sąsajas tarp lūkesčių terapijai ir terapinio darbo progreso**. Tyrimo nepriklausomai dalyvauja tiek psichologai, tiek psichologų klientai. Tyrimo rezultatai gali padėti atskleisti svarbius psichologinės pagalbos teikimo aspektus.

Šioje apklausoje jūsų **nebus** prašoma pateikti **jokios asmeninės informacijos**, galinčios atskleisti jūsų tapatybę. Užtikrinsiu jūsų atsakymų **konfidencialumą**, t.y. niekas, įskaitant jūsų psichologą, nesužinos to, kaip jūs atsakėte į klausimus. Šio tyrimo metu gauti rezultatai taip pat bus pateikiami apibendrintai, iš jų nebus galima nustatyti nei jūsų, nei psichologo tapatybės. Jūsų psichologas, kuris informavo jus apie šį tyrimą, taip pat nežinos apie jūsų dalyvavimą arba nedalyvavimą šioje apklausoje.

Dėkoju, kad sutikote dalyvauti. Klausimyno pildymas užtruks apie **10-15 minučių**.

Jei turėtumėt klausimų, su manimi visada galite susisiekti elektroniniu paštu (kristina.beruliene@fsf.stud.vu.lt)

Jeigu visgi persivalgojote, klausimyno nepildykite. Jeigu nesutinkate, kad psichologo atsakymai būtų analizuojami spauskite atsisakymo dalyvauti apklausoje nuorodą - <https://bit.ly/3qDhPqj>

Pagarbiai,
Kristina Berulienė

5 pav. Informuotas sutikimas – kliento forma

Veiksniai, susiję su ankstyvu terapijos nutraukimu - I dalis (po pirmojo susitikimo)

Gerbiamas (-a) kolega (-e) ir tyrimo dalyvi(-e),

Esu Kristina Berulienė, Vilniaus Universiteto Klinikinės psichologijos magistrantė, ir kviečiu Jus sudalyvauti mano Magistrinio darbo tyrime - "**Terapinio santykio, kliento ir psichologo lūkesčių kaip ankstyvo terapijos nutraukimo veiksnių analizė**", darbo vadovas – doc. dr. A. Laurinavičius. Šio tyrimo tikslas yra išsiaiškinti, kokie **veiksniai** (kliento lūkesčiai, terapinis ryšys, išorinės aplinkybės ar kiti) yra susiję su **ankstyvu terapijos nutraukimu**.

Jei pageidausite, tyrimo pabaigoje su Jumis pasidalinsiu apibendrintais tyrimo rezultatais ir išvadomis, net ir tuo atveju, jei nuspręstumėte jame nedalyvauti ar iš jo pasitraukti. Noriu patikinti, kad užtikrinsiu Jūsų atsakymų anonimiškumą ir konfidencialumą, o surinktų duomenų analizės rezultatai nesudarys galimybes jų susieti su Jumis ar klientu. Jūsų klientas taip pat nežinos apie jūsų dalyvavimą arba nedalyvavimą šiame tyrime ir, be abejoj, nei Jūs, nei Jūsų klientas nežinos vienas kito atsakymų.

Vienos apklausos pildymas užtruks apie 10-15 min. Jei turėtumėt klausimų, su manimi visada galite susisiekti elektroniniu paštu (kristina.beruliene@fsf.stud.vu.lt) arba telefonu 8 687 81744.

Dar kartą kviečiu sudalyvauti šiame tyrime ir iš anksto dėkoju.
Pagarbiai,
Kristina Berulienė

6 pav. Informuotas sutikimas – psichologo forma pirmojoje anketoje

Veiksniai, susiję su ankstyvu terapijos nutraukimu - II dalis (po 4 sav. arba nutraukus terapiją)

Gerbiamas(-a) kolega (-e) ir tyrimo dalyvi (-e),

Labai **dėkoju**, kad sutikote prisijungti prie šio tyrimo ir prašau užpildyti **antrąjį tyrimo klausimyną**.

Jo pildymas užtruks 5-10 minučių. Jei turėtumėt klausimų, su manimi visada galite susisiekti elektroniniu paštu (kristina.beruliene@fsf.stud.vu.lt) arba telefonu 8 687 81744.

Pagarbiai,
Kristina Berulienė

7 pav. Informuotas sutikimas – psichologo forma antroje anketoje

1 lentelė. Tyrimo, tyrimo eigos ir tyrimo pristatymo aprašymai psichologui

Gerbiamas (-a) kolega (-e) ir tyrimo dalyvi (-e),

Esu Kristina Berulienė, Vilniaus Universiteto Klinikinės psichologijos magistrantė, ir kviečiu Jus sudalyvauti mano Magistrinio darbo tyrime - **”Terapinio santykio, kliento ir psichologo lūkesčių kaip ankstyvo terapijos nutraukimo veiksnių analizė“**, darbo vadovas – doc. dr. A. Laurinavičius. Šio tyrimo **tikslas** yra išsiaiškinti, kokie **veiksniai** (kliento lūkesčiai, terapinis ryšys, išorinės aplinkybės ar kiti) yra **susiję su ankstyvu terapijos nutraukimu**.

Jei pageidausite, tyrimo pabaigoje su Jumis pasidalinsiu apibendrintais tyrimo rezultatais ir išvadomis, net ir tuo atveju, jei nuspręstumėte jame nedalyvauti ar iš jo pasitraukti.

Noriu patikinti, kad užtikrinsiu Jūsų atsakymų **anonimiškumą** ir **konfidencialumą**, o surinktų duomenų analizės rezultatai nesudarys galimybės jų susieti su Jumis ar klientu. Jūsų klientas taip pat nežinos apie jūsų dalyvavimą arba nedalyvavimą šiame tyrime ir, be abejo, nei Jūs, nei Jūsų klientas nežinos vienas kito atsakymų.

Vienos apklausos pildymas užtruks apie 10-15 min. Žemiau yra pateikiamos nuorodos į apklausas.

Jei turėtumėt klausimų su manimi visada galite susisiekti elektroniniu paštu (kristina.beruliene@fsf.stud.vu.lt) arba telefonu 8 687 81744

Dar kartą kviečiu sudalyvauti šiame tyrime ir iš anksto dėkoju.

Pagarbiai,

Kristina Berulienė

Jūsų unikalus anoniminis kodas (ID) su šiuo klientu yra _____

Nuoroda į **pirmąją** apklausą: <https://bit.ly/3ohLROh>

Nuoroda į **antrąją** apklausą: <https://bit.ly/3oix0Db>

TYRIMO EIGA

2. Atvykus į konsultaciją naujam klientui prašome įvertinti jo galimybes prisijungti prie tyrimo.

3. Tyrime gali dalyvauti (įtraukimo kriterijai):

- a. Klientai geba suprasti tyrimo tikslą ir sutinka dalyvauti tyrime
- b. Klientai, su kuriais yra sutarta dėl antros konsultacijos

4. Tyrime negali dalyvauti (atmetimo kriterijai):

- a. Būklė pirmo susitikimo metu nurodo, kad dalyvavimas tyrime gali pabloginti savijautą

b. Po pirmosios konsultacijos klientas nusprendė nebelankyti terapijos

5. Jei klientas atitinka dalyvavimo tyrime kriterijus – po pirmosios konsultacijos prašome labai trumpai pristatyti tyrimą (pavyzdinis pristatymo tekstas pateikiamas apačioje) ir paduoti elektroninį pakvietimą (apatis pakvietimo lapas) sudalyvauti tyrime. Svarbu atkreipti kliento dėmesį, kad Jūs nežinosite ar jis dalyvaus apklausoje ir tai yra jo asmeninis apsisprendimas. Atidavus klientui pakvietimą, Jūsų pakvietimo dalyje šalia unikalaus kodo rekomenduojame pasižymėti tam tikrą užkoduotą klientą Jums asmeniškai nurodančią informaciją („Užuominą“), kuri padės Jums prisiminti klientą po šešerių savaičių (pavyzdžiui, kliento inicialus). Šią informaciją galite įrašyti (nebūtina) ir internetinėje apklausoje.
6. Savo pakvietimo dalyje rasite nuorodą į klausimyno pirmą dalį - prašome užpildyti klausimyną neužilgo (1-2 dienų bėgyje) po pirmosios konsultacijos su klientu. Klausimyno pirmosios dalies pildymas užtruks apie 10-15 min.
7. Po 6 savaičių darbo su klientu su Jumis susisieksiu ir paprašysiu užpildyti antrą apklausos dalį, kurią rasite elektroniniame pakvietime. Kreipdamasi aš nurodysiu kliento kodą bei, jeigu tokia buvo, Jūsų prieš tai pateiktą „Užuominą“. Klausimyno antrosios pildymas užtruks apie 10min. Jei klientas nutraukė terapiją anksčiau – tuomet antroji dalis gali būti pildoma iš karto po nutraukimo, nelaukiant 6 savaičių laikotarpio.

Nuoširdžiai dėkoju už jūsų pagalbą!

TYIMO PRISTATYMO TEKSTAS KLIENTUI

VU universiteto Klinikinės psichologijos magistrantė Kristina Berulienė daro tyrimą, skirtą **įvertinti sąsajas tarp lūkesčių terapijai ir terapinio darbo progreso**. Šiame tyrime savanoriškai dalyvauja tiek psichologai, tiek psichologų klientai.

Jeigu Jūs sutiktumėte dalyvauti turime, Jums reikės užpildyti anketą apie lūkesčius terapijos atžvilgiu, o aš suteiksiu apibendrintą informaciją apie tai, kaip aš vertinu mūsų pirmąjį susitikimą, koks yra tikėtinas progresas, kaip mums sekasi dirbti. Jūsų bus prašoma užpildyti anketą vieną kartą, o aš tai padarysiu du kartus, po pirmo susitikimo ir po šešių savaičių. Aš nežinosiu apie jūsų pateikiamą informaciją, o Jūs nežinosite apie mano. Tyrėja sujungs mūsų atsakymus ir analizuos juos kartu. Užpildyti klausimyną Jums užtruks nuo 10 iki 15 minučių.

Tyrėja neturės jokios asmeninės informacijos, galinčios atskleisti jūsų tapatybę. Jūsų pateikiami atsakymai yra visiškai **anoniminiai** ir **konfidencialiai** saugomi tik tyrimą atliekančios magistrantės. Apie Jūsų dalyvavimą arba nedalyvavimą tyrime aš taip pat nieko nežinosiu.

Jeigu sutinkate dalyvauti tyrime, priimkite **KVIETIMĄ DALYVAUTI TYRIME** ir užpildykite 10-15 min. klausimyną pagal pateiktą instrukciją. Jūs galite persigalvoti ir nepildyti klausimyno. Taip pat Jūs galite informuoti tyrėją apie tai, kad nesutinkate su tuo, jog aš pateikčiau savo atsakymus, ir mano atsakymai bus pašalinti iš tyrimo – tokiu atveju jums reikės tai pavirtinti atsidarius atsisakymo nuorodą kurią gausite **KVIETIME**.

Dėkui.

2 lentelė. *Elektroniniai pakvietimai klientui: ilgoji ir trumpoji forma*

KVIETIMAS DALYVAUTI TYRIME (ILGOJI FORMA)

Gerbiamas(-a) tyrimo dalyvi(-e),

Esu Kristina Berulienė, Vilniaus Universiteto Klinikinės psichologijos magistrantė. Šiuo metu atlieku tyrimą, skirtą **įvertinti sąsajas tarp lūkesčių terapijai ir terapinio darbo progreso**. Tyrime nepriklausomai dalyvauja tiek psichologai, tiek psichologų klientai. Tyrimo rezultatai gali padėti atskleisti svarbius psichologinės pagalbos teikimo aspektus.

Šioje apklausoje jūsų **nebus** prašoma pateikti **jokios asmeninės informacijos**, galinčios atskleisti jūsų tapatybę. Užtikrinsiu Jūsų atsakymų **konfidencialumą**, t.y. niekas, įskaitant jūsų psichologą, nesužinos to, kaip jūs atsakėte į klausimus. Šio tyrimo metu gauti rezultatai taip pat bus pateikiami apibendrintai, iš jų nebus galima nustatyti nei jūsų, nei psichologo tapatybės. Jūsų psichologas, kuris informavo jus apie šį tyrimą, taip pat nežinos apie jūsų dalyvavimą arba nedalyvavimą šioje apklausoje.

Dėkoju, kad sutikote dalyvauti. Klausimyno pildymas užtruks apie **10-15 minučių**.

Jeigu visgi persigalvojote, klausimyno nepildykite. Jeigu nesutinkate, kad psichologo atsakymai būtų analizuojami spauskite atsisakymo dalyvauti apklausoje nuorodą pateiktą apačioje.

Jei turėtumėt klausimų su manimi visada galite susisiekti elektroniniu paštu (kristina.beruliene@fsf.stud.vu.lt)

Pagarbiai,

Kristina Berulienė

Jūsų unikalus anoniminis kodas (ID) yra _____

Nuoroda į apklausą jei **sutinkate** dalyvauti tyrime: <https://bit.ly/3g2GiAm>

Nuoroda į **atsisakymą** dalyvauti apklausoje: <https://bit.ly/3qDhPqi>

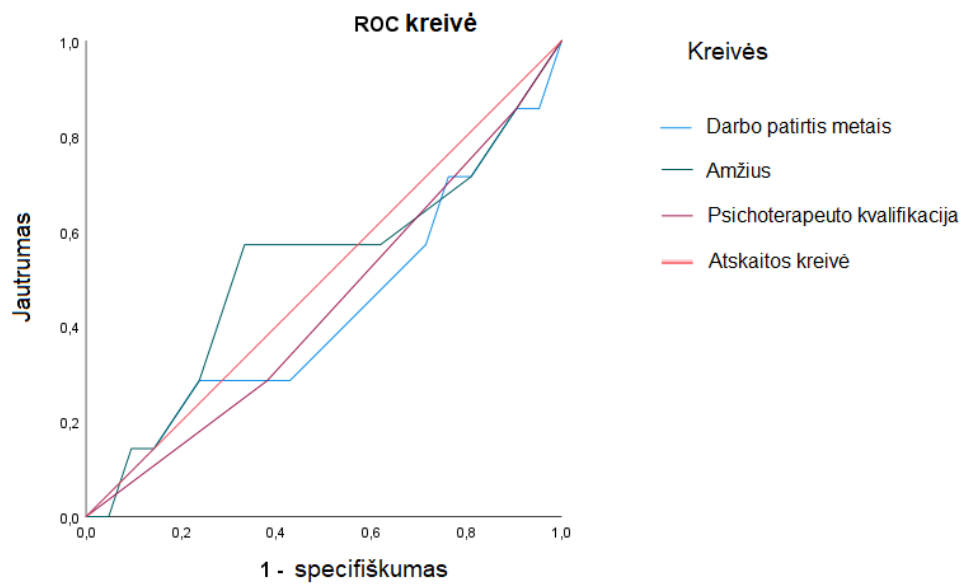
KLIENTO PAKVIETIMAS (trumpasis, nuorodoje klientas ras identišką informaciją kaip ir ilgame pakvietime)

Jūsų unikalus anoniminis kodas (ID) yra _____

Nuoroda į apklausą jei **sutinkate** dalyvauti tyrime: <https://bit.ly/3g2GiAm>

Nuoroda į **atsisakymą** dalyvauti apklausoje: <https://bit.ly/3qDhPqi>

6 priedas. Psichologo profesinių ir demografinių duomenų terapijos nutraukimo prognostinės savybės



1 graf. Psichologo profesinių ir demografinių duomenų terapijos nutraukimo prognostinės savybės

7 priedas. Psichologo subjektyvaus vertinimo dėl numatomo terapijos tęsimo, terapinio bendradarbiavimo (WAI-ST) ir tikėjimo terapijos veiksmingumu vertinimų (THCS) tarpusavio sąsajos

1 lentelė. Psichologo subjektyvaus vertinimo dėl numatomo terapijos tęsimo, terapinio bendradarbiavimo ir tikėjimo terapijos veiksmingumu vertinimų tarpusavio sąsajos

	THCS Tikslas	THCS Įsipareigojimas	THCS Tikėjimas	THCS	WAI-ST Tikslas	WAI-ST Užduotis	WAI-ST Ryšys	WAI-ST	Psichologo prognozė
THCS Tikslas	--								
THCS Įsipareigojimas	0,627**	--							
THCS Tikėjimas	0,742**	0,825**	--						
THCS	0,870**	0,901**	0,946**	--					
WAI-ST Tikslas	0,583**	0,288	0,496**	0,503**	--				
WAI-ST Užduotis	0,494**	0,346	0,364	0,442*	0,488**	--			
WAI-ST Ryšys	0,422*	0,506**	0,528**	0,536**	0,357*	0,462*	--		
WAI-ST	0,642**	0,463*	0,581**	0,620**	0,822**	0,822**	0,717**	--	
Psichologo prognozė	-0,548**	-0,508**	-0,673**	-0,637**	-0,736**	-0,556**	-0,459*	-0,756**	--

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. WAI-ST – terapinio bendradarbiavimo skalė, THCS – tikėjimo terapijos veiksmingumu skalė