

Aktualna wiedza w zakresie czynników wpływających na efektywność terapii zaburzeń i problemów psychicznych wskazuje, że najistotniejsze znaczenie mają specyficzne i wspólne czynniki leczące, których wpływ zmienia się na różnych etapach i w różnych typach leczenia.

SOJUSZ TERAPEUTYCZNY A EFEKTYWNOŚĆ TERAPII OSÓB Z ZABURZENIAMI ZACHOWANIA ZWIĄZANYMI Z HAZARDEM

*Lidia Cierpiałkowska
Instytut Psychologii
Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu*

Wprowadzenie

W ostatnich dwudziestu latach obserwuje się ogromny wysiłek wielu badaczy, zmierzający do stwierdzenia nie tylko efektywności, ale także opłacalności (*efficiency*) stosowania różnych typów psychoterapii oraz wielomodułowych programów terapeutycznych w leczeniu całego spektrum zaburzeń psychicznych. Obecnie poznanie czynników wpływających na efektywność psychoterapii

zaburzeń psychicznych i zachowania, w tym zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i zaburzeń niesubstancjalnych, to jedno z najważniejszych wyzwań podejmowanych zarówno w nurcie badań *evidence-based practice* (EBP), jak i w obszarze różnych podejść do psychoterapii. W leczeniu uzależnień i szkodliwych zachowań podkreśla się konieczność wypracowania standardów, które powinny powstać na podstawie rzetelnych

badania na określonych grupach pacjentów, leczonych w konkretnych, np. ambulatoryjnych lub stacjonarnych, warunkach.

Aktualna wiedza w zakresie czynników wpływających na efektywność terapii zaburzeń i problemów psychicznych wskazuje, że najistotniejsze znaczenie mają specyficzne i wspólne czynniki leczące, których wpływ zmienia się na różnych etapach i w różnych typach leczenia. **Czynniki specyficzne** to procedury, strategie i interwencje wypracowane przez konkretne szkoły psychoterapii (np. psychodynamiczną – wolne skojarzenia, poznawczo-behawioralną – dialog sokratejski czy behawioralną – desensytyzacja), natomiast **czynniki wspólne** działają w relacji terapeutycznej i związane są głównie z siłą przymierza terapeutycznego między pacjentem a terapeutą. Na podstawie metaanaliz wielu badań stwierdzono, że na efektywność różnych psychoterapii z podobną siłą wpływają, obok specyficznych czynników leczących (25% wariacji), uaktywnianych przez konkretne strategie i procedury charakterystyczne dla określonej szkoły terapeutycznej, wspólne czynniki leczące aktywowane w relacji terapeutycznej (28% wariacji) (Lipsey, Wilson, 2001; Czabała, 2006). Co więcej, zaobserwowano, że różnice w efektywności oddziaływań pomiędzy certyfikowanymi terapeutami różnych szkół psychoterapii w standardowych sytuacjach terapeutycznych są niewielkie (por. badania typu *efficacy*), natomiast znacznie różnią się między sobą, gdy pacjent lub jego sytuacja osobista jest niestandardowa (por. badania *effectiveness*), np. w przypadku pacjentów z podwójnym rozpoznaniem (uzależnienie od alkoholu i zaburzenia zachowania związane z hazardem lub zaburzenia osobowości), podejmujących leczenie kolejny raz, w okresie późnej dorosłości, o niskim statusie społecznym) (Okiishi i in., 2003; Lutz i in., 2007).

Poniżej przedstawiam trzy grupy zagadnień: 1) jak definiuje się sojusz terapeutyczny oraz jakie obserwuje się jego fluktuacje, ze szczególnym zwróceniem uwagi na załamanie się jego siły do takiego stopnia, że występuje niebezpieczeństwo przerwania terapii; 2) jakie znaczenie dla efektywności terapii uzależnień, w tym zaburzeń związanych z hazardem, ma siła sojuszu terapeutycznego, w końcu 3) jakie kompetencje terapeutów są istotne dla oceny i naprawy sojuszu terapeutycznego w procesie leczenia¹. Ze względu na niewielką liczbę badań nad wpływem sojuszu terapeu-

tycznego na efektywność terapii osób z zaburzeniami zachowania związanymi z hazardem, zachodzi konieczność, w celu zaprezentowania pewnych zjawisk, odnoszenia się do wiedzy pochodzącej z badań nad osobami uzależnionymi od alkoholu oraz pacjentów z innymi zaburzeniami psychicznymi i zachowania.

Koncepcje sojuszu terapeutycznego i jego fluktuacji

Jakkolwiek prekursorem koncepcji i znaczenia relacji i sojuszu terapeutycznego był Zygmunta Freud (Freud, 1912/1958), to wszystkie szkoły psychoterapii uznawały ich wpływ na przebieg i efektywność leczenia. Współcześnie w podejściu psychodynamicznym akcentuje się znaczenie przeniesienia pozytywnego i świadomie działającego ego pacjenta, współpracującego z terapeutą na rzecz zmiany (Moore, Fine, 1996), w podejściu poznawczo-behawioralnym podkreśla się nagradzającą funkcję terapeuty w procesie uczenia się przez pacjenta bardziej adaptacyjnych przekonań i zachowań (Raue, Goldfried, 1994), zaś w terapii humanistycznej uwypukla się wpływ zdolności do empatii, bezwarunkowej akceptacji i poziomu kongruencji terapeuty (Rogers, 1951). Różnice między koncepcjami sojuszu terapeutycznego i co za tym idzie stosowaniem różnych narzędzi do jego pomiaru powodowało, że wyniki badań uzyskiwane przez poszczególne szkoły psychoterapii były nieporównywalne. Istotnym zadaniem stało się stworzenie takiej koncepcji czy modelu sojuszu, który miałby charakter bardziej uniwersalny i transteoretyczny.

Wraz z rozwojem koncepcji terapii transteoretycznej Prochaski i DiClemente (Prochaska, DiClemente, 1983) pojawiły się różne próby transteoretycznego zdefiniowania relacji i sojuszu terapeutycznego. Powszechnie uznanie zdobyła transteoretyczna koncepcja sojuszu terapeutycznego Edwarda Bordina (Bordin, 1979, 1994), która jednocześnie stała się źródłem pomysłów na nowe narzędzia badawcze (np. Working Alliance Inventory, WAI; Horvath) (Horvath, Symonds, 1991; Horvath, 1994), co umożliwiło prowadzenie badań i porównanie uzyskanych wyników. Bordin zakładał, że rozwój przymierza terapeutycznego jest niezbędny we wszystkich rodzajach i formach psychoterapii, chociaż poziom porozumienia między klientem a terapeutą, co do trzech wyodrębnionych

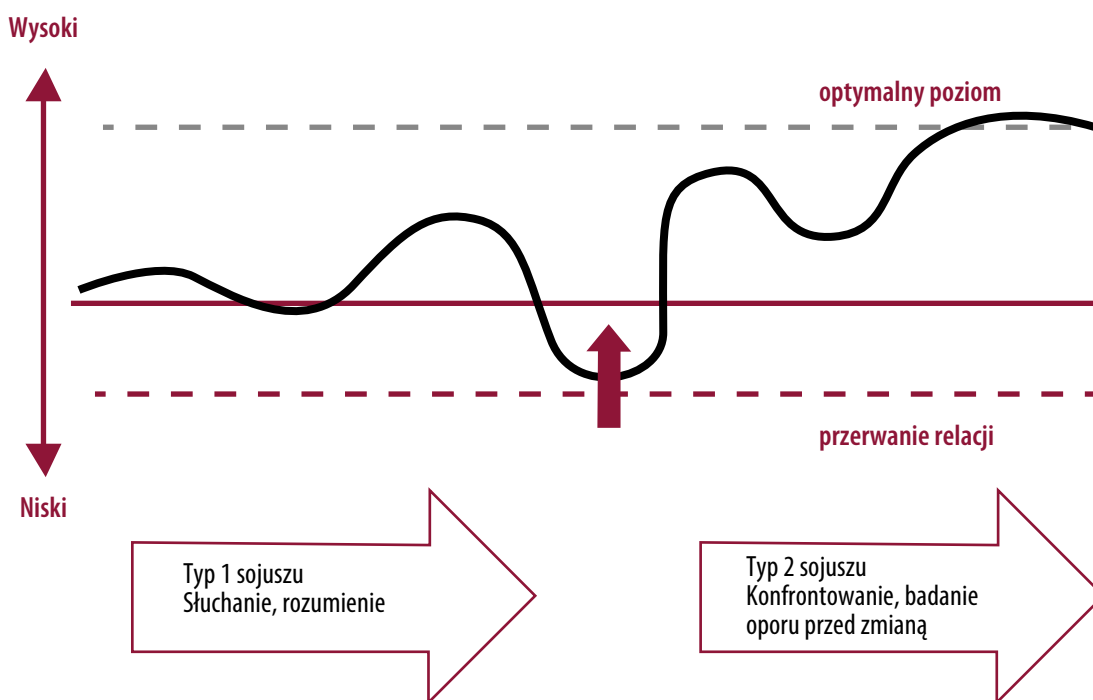
aspektów, tj. więzi, celów i zadań terapii, traktowany jest odmiennie. W konsekwencji ich wpływ na skuteczność terapii różni się w zależności od podejścia. Siła i jakość pracującego przymierza terapeutycznego jest, zdaniem Bordina, wyznaczona poziomem współpracy klienta z terapeutą, która zdeterminowana jest: 1) siłą więzi między nimi (afektywny komponent przymierza – poczucie bycia lubianym, akceptowanym i rozumianym); 2) poziomem współuczestnictwa klienta w uzgodnieniu ważniejszych celów terapii (komponent poznawczy) oraz 3) poziomem uzgodnienia ważniejszych zadań koniecznych do osiągnięcia celów zmiany. Siła więzi, poziom uzgodnionych celów oraz stopień akceptacji zadań ważnych dla postępów terapii stanowią o zaangażowaniu klienta (i terapeuty) w pracę nad zmianą samego siebie. Ustalanie celów terapii odbywa się w procesie negocjacji, przy znaczącym współudziale pacjenta, natomiast zadania terapeutyczne określa zazwyczaj terapeuta, ponieważ pozostają one w ścisłym związku z założeniami szkoły psychoterapii. Na przykład w terapii poznawczo-behawioralnej wykonywanie zadań domowych przez pacjenta wpływa bardziej na skuteczność leczenia niż w psychoterapii psychodynamicznej.

Nasilenie pracującego na rzecz zmiany sojuszu terapeutycznego między pacjentem a terapeutą fluktuuje w przebiegu leczenia – raz ma większą, innym razem

mniej silną, co zależy od różnych czynników po stronie pacjenta, terapeuty i kontekstu społecznego, w jakim odbywa się leczenie. Zmienność siły sojuszu w przebiegu terapii jest zjawiskiem naturalnym, niemniej jej poziom nie powinien przekraczać pewnych wartości, ponieważ zbyt niski prowadzi do zerwania relacji terapeutycznej, zbyt wysoki jest zazwyczaj związany z idealizacją terapeuty przez pacjenta i/lub odwrotnie i hamuje procesy zmiany (Cierpiątkowska, 2017, 2008).

Zaobserwowano, że występuje pewna ogólna prawidłowość w zmianie siły sojuszu w zależności od etapu terapii i stosowanych interwencji terapeutycznych (por. rys. 1). Prawidłowości te opisali Luborsky wraz ze współpracownikami (Luborsky i in., 1975), twierdząc, że należy wyodrębnić dwa typy przymierza terapeutycznego: typ 1 – pojawia się od pierwszych sesji i oparty jest na doświadczaniu przez pacjenta terapeuty jako osoby rozumiejącej, wspierającej i przynoszącej ulgę w cierpieniu; typ 2 – występuje zazwyczaj po kilku sesjach (po wprowadzeniu przez terapeutę interwencji prowadzących do zmiany) i łączy się u pacjenta z pojawieniem się większego zaangażowania i współpracy na rzecz zmiany oraz poczucia odpowiedzialności za osiągnięte efekty leczenia. Niektórzy terapeuci i badacze wskazują, że fluktuacja przymierza w przebiegu terapii różnych

Rys. 1. Fluktuacja sojuszu terapeutycznego w procesie terapii.



zaburzeń psychicznych i zachowania ma raczej kształt litery V – na początku może być wysoka, następnie spada, żeby znowu wzrosnąć (Safran i in., 2011).

O ile interwencje terapeuty polegające na słuchaniu i rozumieniu wzmacniają siłę przymierza, to interwencje skutkujące poszerzeniem i pogłębieniem świadomości, zwykle polegające na odzwierciedlaniu, konfrontacji czy interpretacji, często najpierw ją osłabiają, a dopiero później wzmacniają (gdy pacjent uzna, że interwencje te nie są skierowane przeciwko niemu i zauważy konkretne efekty terapii). Żeby siła sojuszu nie uległa zbyt niemu osłabieniu, terapeuta powinien posiadać umiejętności konieczne do adekwatnej oceny i monitorowania, a jeśli zajdzie taka potrzeba, naprawiania przymierza, gdy jest ono zbyt słabe (Bachelor, 2002; Safran i in., 2011). Ważne jest poznanie przez terapeutę cech pacjentów, którzy mają większe lub mniejsze trudności (ograniczenia) bycia w relacji terapeutycznej wtedy, gdy nie doświadczają pełnego zrozumienia i akceptacji (Meissner, 2007).

Siła sojuszu terapeutycznego a efektywność terapii uzależnień

Zdaniem Petry Meier i współpracowników (Meier i in., 2005) związek między efektami leczenia uzależnień a sojuszem terapeutycznym jest prawdopodobnie bardziej złożony niż w leczeniu innych zaburzeń psychicznych. Wzmacniający efekt siły sojuszu terapeutycznego, choćby w postaci utrzymywania relacji z terapeutą rozumiejącym i akceptującym, nieustannie konkuruje z efektem wzmacniającym środka psychoaktywnego lub szkodliwego, nałogowego zachowania, np. zachowań związanych z hazardem. Aktualnie prowadzi się coraz więcej badań nad wpływem sojuszu na efekty terapii, niemniej nadal znacznie częściej prowadzone są one na osobach uzależnionych od substancji psychoaktywnych niż pacjentach z uzależnieniami behawioralnymi (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, 2018). Biorąc pod uwagę fakt, że w wielu przypadkach osoby z zaburzeniami związanymi z hazardem mają w różnym stopniu nasilone zaburzenia używania substancji psychoaktywnych, uzasadnione wydaje się ekstrapolowanie niektórych wyników badań na terapię patologicznego hazardu. Ponowne analizy wyników badań projektu MATCH pokazały, że sojusz terapeutyczny okazał się

istotnym predyktorem wyników leczenia pacjentów uzależnionych od alkoholu w okresie pierwszego roku po jego zakończeniu (Connors i in., 1997; Ilgen i in., 2006).

Badania nad skutecznością leczenia osób z zaburzeniami związanymi z hazardem pokazują, że około 70% pacjentów realizuje ustalenia poczynione wspólnie z terapeutą przez około pół roku, 50% około roku, zaś 30% w okresie dwóch lat. Obserwowane zmiany obejmowały m.in.: 1) ograniczenie szkód związanych z hazardem w formie np. mniejszej częstotliwości uprawiania hazardu lub siły doświadczanego pragnienia grania; 2) większe poczucie zdrowia psychicznego i dobrostanu w postaci np. obniżenia poziomu lęku, depresji lub wzrostu poczucia jakości życia; 3) poprawę funkcjonowania psychospołecznego, zwłaszcza w rolach rodzinnych (Lopez Viets i in., 1997).

Badania nad czynnikami związanymi z problemem leczenia uzależnień i szkodliwych zachowań koncentrują się głównie na weryfikowaniu wpływu cech klientów, takich jak: zmienne demograficzne, sposób uprawiania hazardu i nasilenie zaburzeń z nim związanych oraz zdrowie psychiczne. Ostatnie metaanalizy wielu badań nad efektywnością terapii zaburzeń zachowania związanych z hazardem, przeprowadzone przez Stephanie Merkouris i współpracowników (Merkouris i in., 2016), pokazały, że najistotniejszymi predyktorami zarówno po upływie krótkiego (3 do 6 miesięcy po terapii), średniego (9 do 12 miesięcy po terapii), jak i długiego (24 i więcej miesięcy po terapii) czasu po zakończeniu terapii okazała się płeć męska i niski poziom objawów depresji. Poza tym starszy wiek, niski stopień przejawów zaburzeń związanych z hazardem i używaniem alkoholu oraz większa liczba odbytych sesji terapeutycznych. Zakończenie terapii w ustalonym czasie pozostawało w istotnych związkach z zatrudnieniem, pochodzeniem etnicznym, brakiem zadłużenia związanego z hazardem, niektórymi cechami osobowości i byciem w stadium dokonywania zmian w terapii (Prochaska i in., 1992). Analiza wielu badań nad efektywnością psychoterapii pokazała, że koncentrują się one bardziej na wyjaśnieniu uwarunkowań niepowodzeń niż sukcesów pacjentów leczących się z powodu zaburzeń zachowania związanych z hazardem, co skutkuje brakiem wiedzy na temat optymalizowania efektów terapii.

W przedstawionych powyżej rezultatach badań nad efektywnością terapii osób z zaburzeniami związanymi z hazardem niewiele było informacji na temat znaczenia relacji czy sojuszu terapeutycznego. Większość metaanaliz potwierdza w umiarkowanym stopniu wpływ wspólnych czynników leczących na efekty terapii zaburzeń związanych z hazardem (Dowling i in., 2011). Australijskie badania Sereny Smith wraz ze współpracownikami (Smith i in., 2004), przeprowadzone na grupie 150 osób z zaburzeniami związanymi z hazardem, pokazały, że jakość relacji terapeutycznej była najsilniejszym predyktorem osiągniętego pożądanego poziomu rozwiązania wszystkich problemów przez pacjentów, poza stanem zdrowia fizycznego. Jakość relacji terapeutycznej pozostawała w silnym związku ze zmianami w sposobie uprawiania hazardu, umiejętnościami komunikowania się z innymi, radzenia sobie ze stresem, poczucia własnej wartości i samoświadomości. Podobne rezultaty uzyskali Nick Dowling i Sanja Cosic, które pokazały, że siła sojuszu oceniana zarówno przez pacjenta, jak i terapeutę (co było zaskakującym rezultatem) były najsilniejszymi predyktorami zmiany zachowań związanych z hazardem i funkcjonowania psychospołecznego w różnych obszarach życia (przy kontrolowaniu innych zmiennych związanych z leczeniem, np. liczba odbytych sesji czy zaangażowanie w proces leczenia).

Badania nad związkami siły sojuszu terapeutycznego i skutecznością terapii osób uzależnionych od alkoholu i hazardu pokazują kilka istotnych prawidłowości, z których najważniejsze to:

- 1) występuje niski stopień zgodności między oceną siły sojuszu terapeutycznego przez terapeutę i pacjenta uzależnionego od alkoholu (podobne rezultaty uzyskano także w psychoterapii innych zaburzeń psychicznych);
- 2) siła sojuszu oceniana przez pacjentów jest trafniejszym predyktorem efektów terapii w postaci liczby dni abstynencji niż ocena przez terapeutę; jednak zgodność w ocenie siły sojuszu terapeuty i pacjenta jest podobnie silnym predyktorem;
- 3) fluktuacje siły sojuszu terapeutycznego są zjawiskiem „naturalnym”, najważniejsze jest, aby ten poziom nie był zbyt niski lub wysoki, oba poziomy sojuszu stwarzają niebezpieczeństwo zerwania relacji terapeutycznej.

Zagrożenie przerwania terapii – cechy pacjentów i terapeutów a siła sojuszu terapeutycznego

W ostatnich latach pojawia się coraz więcej studiów i badań nad zjawiskiem zerwania sojuszu terapeutycznego przez pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi i zachowania, ze szczególnym uwzględnieniem współwystępowania zaburzeń osobowości. Jest to zjawisko bardziej powszechne niż się wielu badaczom wydawało. Ważne jest rozróżnienie między istotnym osłabieniem (tzw. pęknięciem) sojuszu a jego przerwaniem, które powoduje zerwanie relacji i terapii. Około 37% pacjentów i 56% terapeutów zgłasza, że doszło do przerwania leczenia w czasie pierwszych sześciu sesji. Terapeuci na każdym etapie psychoterapii zgłaszają więcej niż pacjenci przypadków zerwania terapii, a ich nasilenie pozostaje w istotnym związku z ich umiejętnościami interpersonalnymi (Muran i in., 2009). W polskich badaniach nad siłą przymierza terapeutycznego okazało się, że po 8 sesjach terapii doszło do zerwania relacji i terapii u około 45% osób uzależnionych od alkoholu (Cierpiałkowska, Zakrzewska, 2017).

W modelu załamania się sojuszu terapeutycznego Jeremy Safran i Christopher Muran (Safran i in., 2006) wyodrębnili dwa wzorce zachowania się pacjentów: wycofanie się z relacji oraz podjęcie konfrontacji i walki z terapeutą. Wycofanie się może przyjąć bardziej lub mniej bezpośredni charakter: od niedzielenia się ważnymi informacjami (np. z powodu lęku, strachu, poczucia upokorzenia podczas przeżywania bezradności), po „zagadywanie”, poruszanie banalnych tematów i aktywne unikanie dzielenia się ważnymi doświadczeniami. Wzorec konfrontacji przejawia się skargami pacjenta na brak postępów, jawną krytyką terapeuty za stosowane interwencje lub ich brak. Konfrontacje bywają też bardzo dramatyczne i burzliwe, połączone z ekspresją negatywnych emocji w postaci gniewu, wściekłości, a także formułowania różnych gróźb pod adresem terapeuty. Ten ostatni wzorec jest najczęściej związany ze współwystępowaniem zaburzenia osobowości borderline, narcystycznej lub psychopatycznej. Na siłę sojuszu terapeutycznego w przypadku osób uzależnionych od alkoholu wpływają pozytywnie takie cechy, jak: dominacja bezpiecznego nad pozabezpiecznym wzorcem przywiązania, wyższy poziom tolerancji na stres i odracanie gratyfikacji, gotowość do zmiany

i pozytywna ocena uzyskanych efektów terapii. Negatywne związki z siłą przymierza zaobserwowano w grupie osób uzależnionych z tendencją do podwyższania samooceny w sytuacji porażki, charakteryzującej się ambiwalentnym lub zdezorganizowanym stylem przywiązania, nasiloną impulsywnością oraz poczuciem presji i przymusu w procesie terapii. Te ostatnie były stwierdzane także w grupie pacjentów z zaburzeniami związanymi z hazardem (Ilgen i in., 2006; Smith i in., 2004; Martin i in., 2000).

Gdy dochodzi do istotnego osłabienia siły sojuszu terapeutycznego, konieczne jest jego wzmocnienie lub odbudowa. Naprawa sojuszu terapeutycznego wymaga większych umiejętności interpersonalnych ze strony terapeuty niż tylko jego utrzymanie na określonym poziomie. Wśród cech sprzyjających utrzymaniu odpowiedniego poziomu przymierza terapeutycznego najczęściej wymienia się z jednej strony uważność, zaangażowanie i empatyczność, z drugiej, tendencje do dominacji i dogmatyczności. Podkreśla się też istotne znaczenie poczucia dobrostanu i komfortu podczas prowadzenia terapii (Cooper, 2010). Niewiele wiemy na temat umiejętności terapeutów do odbudowy przymierza terapeutycznego. W przebiegu procesu załamania się sojuszu zarówno u terapeuty, jak i pacjenta pojawiają się silne, negatywne emocje, a standardowe, dobrze mu znane strategie postępowania często są nietrafione i szybko okazują się bezużyteczne. Zazwyczaj uaktywnia się wówczas u terapeuty przeciwprzeniesienie, które powoduje usztywnienie wzorców zachowań. W takich sytuacjach obserwuje się pojawienie się terapeutycznych gier transakcyjnych, w których terapeuta i pacjent zajmują naprzemiennie pozycje Ratownika, Prześladowcy i Ofiary. Terapeuta potrzebuje wówczas dostępu do dwóch najważniejszych umiejętności: po pierwsze monitorowanie własnych stanów mentalnych i emocjonalnych – odróżnienia umysłu własnego od umysłu pacjenta; po drugie, świadomości tendencji do błędów wnioskowania (na bazie przeciwprzeniesienia) i interwencji opartych na refleksji nad własnym udziałem w załamaniu się przymierza.

Ważne kompetencje terapeutów i zasady postępowania

W związku z potrzebą uczenia terapeutów zajmujących się leczeniem pacjentów cierpiących z powodu różnych problemów psychicznych trafnej oceny i odbudowy siły przymierza terapeutycznego opracowano specjalistyczne

szkolenia w tym zakresie. Safran wraz ze współpracownikami (Safran i in., 2011) stworzyli zasady postępowania terapeutycznego w obliczu załamującego się sojuszu terapeutycznego. Zalecają oni terapeutom rozważyć i uwzględnić w interwencjach skoncentrowanie się na niektórych z poniżej opisanych kwestiach:

1. Uzasadniać potrzebę i ważność podjęcia psychoterapii przez pacjenta. Wskazywać na załamanie się sojuszu jako przejawu wzorca zachowań autodestrukcyjnych w relacjach z ludźmi.
2. Rozważyć podjęcie negocjacji nad zadaniami lub celami terapii. Załamanie się sojuszu może być spowodowane nietrafnym rozpoznaniem problemów pacjenta i celów terapii.
3. Zwrócić uwagę na ewentualne nieporozumienia, które mogły zajść w relacji pacjenta z terapeutą. Rozpoznać ewentualne zaistniałe, negatywne emocje i doświadczenia pacjenta w relacji z terapeutą, które mogą osłabiać siłę sojuszu terapeutycznego.
4. Rozważyć i poddać analizie tematy relacyjne związane z osłabieniem sojuszu. Mogą być związane z uczuciami i przekonaniem pobudzonymi u pacjenta przez konkretne interwencje, np. interpretację czy konfrontację.
5. Połączyć załamanie sojuszu i relacji terapeutycznej z podobnymi wzorcami relacji i funkcjonowania z innymi ludźmi w życiu pacjenta.
6. Spójrzeć na załamanie sojuszu jako próbę uaktywnienia i doświadczenia przez pacjenta nowych sposobów funkcjonowania w relacjach interpersonalnych – przejaw eksploracji.

Opisanie i wyjaśnienie uwarunkowań związków przymierza terapeutycznego z efektywnością terapii u osób z zaburzeniami związanymi z hazardem wymaga dalszych, pogłębionych badań. Ich rezultaty mogą w znaczącym stopniu wpłynąć na optymalizowanie umiejętności terapeutów w zakresie odbudowania osłabiającej się siły przymierza.

Przypisy

- ¹ Analizę zjawiska sojuszu terapeutycznego i jego wpływu na efektywność terapii osób uzależnionych od alkoholu i hazardu dokonano, odwołując się głównie do tych nurtów terapii, które są uznawane za najbardziej skuteczne w leczeniu uzależnień, czyli terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), terapii motywującej oraz integracyjnych.

Bibliografia do artykułu znajduje się w redakcji.