

Przymierze w działaniu a doraźne i trwałe rezultaty procesu terapii. Identyfikacja i analiza wpływu relacji terapeutycznej na jakość życia pacjentów

The working alliance and the short-term and long-term effects of therapy: Identification and analysis of the effect of the therapeutic relationship on patients' quality of life

Tomasz Prusiński

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej,
Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Osobowości

Summary

Objectives. The main issue presented in this article is the analysis of the therapeutic alliance as a non-specific factor healing various mental disorders and the effect of therapeutic alliance quality on patients' quality of life.

Material and methods. The sample consisted of 140 subjects: 85 patients participating in individual psychotherapy and 55 psychotherapists. To assess working alliance quality, the author used the Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg). The other measures used in the study were the Temporal Satisfaction With Life Scale (TSWLS; Pavot, Diener, & Suh) and the Psychological Well-Being Scale (PWBS; Ryff).

Results. The results showed that the actual effect of working alliance quality on short-term satisfaction with life was not statistically significant. It was found, however, that the effect of therapeutic alliance quality on psychological well-being was statistically significant and that a higher level of working alliance reported by the psychotherapist and the patient led to a greater sense of psychological well-being. The obtained values of correlation coefficients served as the basis for the hypothesis postulating a positive correlation between working alliance as well as its dimensions and the dimensions of psychological well-being.

Conclusions. The working alliance is not related to short-term effects in psychotherapy, which means that it does not increase the current feeling of satisfaction with life as well as the experience of positive affect and contentment with life. The working alliance augments the quality of life understood as lasting and healthy development. It turns out that the psychotherapeutic alliance is a determinant of psychological well-being understood more deeply than merely as fleeting pleasure and more holistically, as an intrinsic, long-term element of healthy human development. The correlation of these two factors is significant.

Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne, dobrostan, przymierze w działaniu

Key words: mental health, well-being, working alliance

Wstęp

Pacjenci, którzy pojawiają się w gabinecie psychoterapeuty, mają zróżnicowane wewnętrzne konflikty i problemy. Psychoterapię uznaje się za skuteczny sposób leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego przez zorganizowanie przestrzeni, w której dana osoba może podjąć się pracy z trudnościami i konfliktami powodującymi zaburzenie. Jej skuteczność, rozumiana jako uzyskanie zakładanych efektów, jest jednak stopniowalna.

Czasami udaje się uzyskać tylko część oczekiwanych rezultatów, niekiedy zaś zmiana jest zasadnicza. W obu wypadkach podkreśla się jednak fakt, że skoro zgodnie z modelem salutogenetycznym [1, 2] zdrowie psychiczne to dynamiczny proces stałego reagowania na wymagania w celu przywracania pewnego poziomu organizacji, to każdy rezultat optymalizujący funkcjonowanie jest w psychoterapii dowodem na zdrowienie pacjenta.

Dotychczasowe wyniki badań pozwalają uznać dwie – ważne dla prezentowanych w tym studium empirycznym zagadnień – konkluzje [3]. Pierwsza z nich dotyczy wspomnianych efektów i brzmi następująco: psychoterapia przynosi pozytywne rezultaty operacjonalizowane zarówno wskaźnikami obiektywnymi, czyli ustąpieniem objawów, na które uskarżał się pacjent, jak i subiektywnymi, czyli wzrostem dobrego samopoczucia pacjenta [4]. Druga odnosi się do różnych modalności, w których pracują terapeuci, i wskazuje, że jak dotąd nie ma wystarczających dowodów na to, by uznać, że któraś ze szkół psychoterapii jest skuteczniejsza od innej [5].

Niemniej jednak pojawiają się zarzuty wobec wielu badań, które pozwoliły wykonać powyższe wnioski [6]. Argumentuje się, że duża grupa badań była prowadzona w warunkach laboratoryjnych na starannie wyselekcjonowanych populacjach pacjentów i terapeutów, którzy rzadko przypominali tych realnie zgłaszających się po pomoc lub jej udzielających. Nadal zatem nie udzielono jednoznacznej i – co ważne – ostatecznej odpowiedzi na pytania dotyczące faktycznych czynników leczących i kryteriów efektywności w psychoterapii. Niniejsza publikacja ma nas do niej przybliżyć. Psychoterapeuci pracujący z pacjentami różniącymi się od tych, którzy uczestniczyli w badaniach laboratoryjnych, zastanawiają się, jakie konkretne czynniki warunkujące skuteczność psychoterapii wniosą trwałe efekty do leczenia. Pełne potwierdzenie wartości rozpatrywanych w literaturze przedmiotu zmiennych wymaga dalszych badań.

Wśród czynników efektywnej psychoterapii wymienia się między innymi właściwości procesu psychoterapeutycznego, kładąc przy tym nacisk na charakter związku terapeutycznego, nazywanego inaczej „sojuszem terapeutycznym” czy „przymierzem w działaniu” [7, 8]. Uważa się, że specyficzne wydarzenia obserwowane w całym procesie psychoterapii, w tym zwłaszcza doświadczenia i wzajemne odnoszenie się do siebie terapeuty i pacjenta w czasie spotkań oraz podejmowane działania, są istotnym elementem doświadczeń korektywnych i nośnikiem optymalnej zmiany.

Głównym zagadnieniem prezentowanym w tym artykule jest analiza przymierza terapeutycznego jako niespecyficznego czynnika leczącego różne zaburzenia zdrowia psychicznego. Ta zaangażowana i oparta na wzajemnym zaufaniu współpraca psychote-

rapety i pacjenta rozpatrywana będzie jako czynnik poprawy jakości życia, rozumianej na kilka sposobów a traktowanych obecnie jako precyzyjne formy operacjonalizacji tego konstruktu. Co istotne, chociaż podkreśla się, że skuteczność psychoterapii pozostaje pod znaczącym wpływem jakości relacji przymierza terapeutycznego, czyli tego, jak przebiega relacja między terapeutą a pacjentem, to w polskich badaniach istnieje niewielki materiał empiryczny, który dokładnie wskazywałby uzyskiwane efekty.

Model przymierza w psychoterapii

W literaturze poświęconej tematyce przymierza w psychoterapii podkreśla się, że jest ono najbardziej racjonalną częścią relacji terapeuty i pacjenta. Aby przymierze można było stworzyć, pacjent musi posiadać ukierunkowaną potrzebę zdrowienia, pewne poczucie bezsilności czy niezaradności oraz świadomą potrzebę współpracy z psychoterapeutą [9]. Niektórzy autorzy podkreślają, że pojawienie się przymierza terapeutycznego łączy się z koniecznością uprzedniego występowania fazy przygotowawczej w terapii – dochodzi w niej do stymulowania rozwoju takiej relacji [10].

Pomimo że przymierze w terapii uważa się za czynnik leczący, wciąż nie zostały jednoznacznie rozstrzygnięte kwestie definicyjne w tym zakresie [11]. Biorąc pod uwagę fakt, że większość badaczy traktuje przymierze w psychoterapii jako pewien czynnik niespecyficzny, rozpatruje się je w ramach różnych podejść terapeutycznych, a jednym z ciekawszych jest teoretyczna propozycja Bordina [12]. Wartość tego modelu wynika zarówno z istoty rozumienia w nim samego przymierza, jak i z tego, że został on poddany wnikliwej analizie przez autora oraz wykorzystany w szeregu prac badawczych [13].

Bordin sugeruje, że przymierze obejmuje trzy zintegrowane elementy składowe: uzgodnienie celów (*goals*), wyznaczenie zadań (*tasks*) oraz rozwój więzi (*bonds*) [14]. Dwa pierwsze wymiary precyzowane są na pierwszych spotkaniach, które dla psychoterapeutów są również sesjami diagnozującymi pacjenta. Trzeci wymiar, chociaż budowany jest przez cały okres spotkań – ponieważ nie sposób się umówić na pierwszych sesjach na wzajemne zaufanie – warunkuje realizację celów i zadań. Bordin podkreśla, że od jakości tych trzech wymiarów sojuszu terapeutycznego zależy powodzenie psychoterapii. Tak rozumiany sojusz zapewnia pacjentowi warunki na zbudowanie zaufania wobec proponowanego leczenia, zaakceptowanie go i przestrzeganie ustalonych reguł pracy na kolejnych etapach procesu psychoterapii.

Przymierze psychoterapeutyczne a efekty terapii

Tak definiowane przymierze w psychoterapii jest odróżniane od relacji konsultacyjnej lub doradczej [15] czy oddziaływania interpersonalnego [16]. W wypadku koncepcji Bordina wskazuje się, że pacjent aprobuje wspólnie ustaloną interwencję i aktywnie w niej uczestniczy. Ważną właściwością bordinowskiego przymierza w działaniu jest wzajemność porozumienia. Siłę sojuszu buduje tu zatem wzajemna zgoda na podejmowane działania i utrzymywanie relacji współpracy. Wyznacznikami zmiany są tu osiągnięte cele realizowane poprzez określone zadania, co jest możliwe dzięki tworzącej się między pacjentem a psychoterapeutą więzi.

Przymierze w działaniu uważane jest za ważny czynnik powodzenia procesu psychoterapii [17, 18], ponieważ buduje ramy dla różnych metod pracy i strategii, jakimi posługują się psychoterapeuci. Buduje porozumienie psychoterapeuty ze stabilną częścią osobowości pacjenta, pomagając temu ostatniemu pozostać w procesie, pomimo fluktuacyjnego nasilania się subiektywnego poczucia dyskomfortu czy odczuwania trudności w funkcjonowaniu. Psychoterapeuta również korzysta na zawiązaniu optymalnego przymierza z pacjentem, ponieważ ma możliwość przystosowania się do takich cech pacjenta, które z różnych powodów mogłyby utrudniać pozytywny do niego stosunek [19].

Istnieją badania, które wskazują, że dobrze ukształtowany sojusz psychoterapeutyczny jest predyktorem pozytywnych efektów leczenia, pod warunkiem jednak, że oceny przymierza dokonuje nie tylko psychoterapeuta, ale również pacjent, i oceny te są zbieżne [20]. Koncepcja przymierza w działaniu proponowana przez Bordina jest użyteczna w szacowaniu związków relacji psychoterapeutycznej z rezultatami leczenia, ponieważ zakłada właśnie taką wzajemną ocenę zgodności. A sojusz traktowany jest jako optymalnie zawiązany, gdy oceny obu stron procesu są konwergentne.

Ważne ustalenia dotyczące związku między rezultatami terapii a siłą sojuszu psychoterapeutycznego zostały poczynione przez Botellę i wsp. [21]. Badacze przeprowadzili ocenę stopnia efektywności psychoterapii z wykorzystaniem obiektywnych miar. Uzyskano istotne związki między przymierzem a objawami. Wraz ze wzrostem liczby odbytych sesji siła związku między sojuszem a symptomami rosła, jego kierunek zaś pozostawał odwrotnie proporcjonalny. Podobnie wyniki badań zaprezentowane przez Zuroff'a i Blatta [22] wskazują, że u pacjentów, którzy oceniali jakość relacji terapeutycznej jako wysoką, obserwowano szybszy spadek objawów depresyjnych.

Wedle Kazdina [23] natomiast pomimo setek starannie zaprojektowanych studiów empirycznych nadal nie istnieje wyjaśnienie, w jaki sposób i dlaczego nawet najlepiej przeprowadzone interwencje psychoterapeutyczne powodują zmianę u pacjenta.

Badania własne

Jak podkreślają Sass-Stańczak i Czabała [24], wcześniej prowadzone badania dały podstawy, by sądzić, że dobra relacja terapeutyczna wpływa na proces terapeutyczny oraz wynik psychoterapii w sposób pozytywny. Właśnie to założenie oraz liczne luki lub nadal niejednoznaczne doniesienia z badań wyznaczyły horyzont opisywanego tutaj badania.

Punktem wyjścia jest pytanie o to, co z relacji terapeutycznej pozwala osiągnąć zmianę oraz w jakich wymiarach dokonuje się ta zmiana. Spora część badań poświęconych przymierzowi terapeutycznemu i rezultatom terapii skupia się na szacowaniu związku między nimi przez wykazywanie braku objawów. Odnotowywanie spadku objawów utrudniających jednostce funkcjonowanie jest ważne i potrzebne, ale wydaje się niewystarczające. Rozwój zdrowej jednostki odbywa się nie tylko z powodu spadku lub braku negatywnych doświadczeń czy doznań, ale również, a może przede wszystkim, dlatego że jednostka dzięki psychoterapii zaczyna doświadczać siebie jako osoby mającej określone zasoby, a najbliższe otoczenie jako wspierające. Ważne jest zatem pytanie o to, jakie pozytywne doświadczenia, postawy i przekonania jednostka zyskuje dzięki temu procesowi. Jak proces terapeutyczny i jego istotne aspekty, w tym

przymierze w działaniu, wzmacniają jakość życia zarówno doraźnie – pod względem dobrego samopoczucia, jak i bardziej trwale – pod względem dalszego zdrowego rozwoju i dobrostanu psychologicznego. Poszukiwanie zależności między przymierzem w działaniu a dobrostanem wpisuje się w obecny paradygmat psychologii pozytywnej, podkreślający, że dobrostan jest rezultatem dialektyki rozmaitych pozytywnych i negatywnych doświadczeń bądź przełomowych momentów w życiu [25].

Chociaż przymierze psychoterapeutyczne jest najczęściej estymowanym czynnikiem powodzenia w leczeniu psychoterapią, wciąż niewiele wiadomo o wartościach eksplanacyjnych jego poszczególnych komponentów [26, 27]. Co zatem leczy z całego spektrum czynników sojuszu między psychoterapeutą a pacjentem? Czy można mówić o wiodącym wpływie jednego z elementów budujących przymierze terapeutyczne? A jeśli tak, to który to będzie czynnik i jak mocno różni się jego wpływ od reszty? Które elementy mają udział w trwałych, a które jedynie w doraźnych rezultatach psychoterapii? I wreszcie, co może być traktowane jako jej rezultat – wyłącznie to, co da się zmierzyć obiektywną miarą? Wydaje się, że wskaźniki subiektywne, wskazujące na wzrost dobrego samopoczucia, także powinny być brane pod uwagę. Zatem i to zagadnienie wymaga szerszego poznania.

Pojawia się również pytanie, kto powinien być źródłem informacji o jakości przymierza w psychoterapii. Czy ocenia je pacjent, czy terapeuta? Czy można – choć z pewnością jest to bardzo trudne – wnioskować o jakości przymierza z kilku źródeł jednocześnie, patrząc z perspektywy pacjenta i psychoterapeuty? Przy czym z badań wynika, że efekty terapii zależą także od umiejętności kształtowania przez terapeuta relacji z pacjentem, w której odgrywa on (terapeuta) rolę partnera [28, 29].

Podsumowując, centralnym zagadnieniem prowadzonych badań własnych był wpływ jakości przymierza terapeutycznego na jakość życia. Uwzględniono bordinowski model panteoretyczny sojuszu oraz wprowadzono zróżnicowane sposoby ujmowania dobrostanu. Służył do tego rozbudowany i kompletny model operacjonalizujący możliwe zależności między relacją psychoterapeutyczną a dobrostanem, stanowiący zarazem uzupełnienie wcześniejszych studiów w tym zakresie.

Dobrostan zoperacjonalizowano w dwóch wersjach wywodzących się z różnych tradycji filozoficznych – hedonistycznej i eudajmonistycznej. Według pierwszej z nich dobrostan może być doświadczaniem przyjemności i satysfakcji [30] oraz subiektywnego zadowolenia z życia [31, 32]. Według drugiej jest to długotrwałe odczucie towarzyszące realizacji potencjału człowieka i życie zgodnie z naturą [33, 34]. Celem badania było sprawdzenie, czy przymierze w działaniu daje rezultat w postaci doświadczania krótkotrwałego pozytywnego afektu, czy też wiąże się z dobrostanem psychologicznym rozumianym jako element zdrowego rozwoju człowieka.

Hipotezy

W badaniu weryfikacji poddano następujące hipotezy:

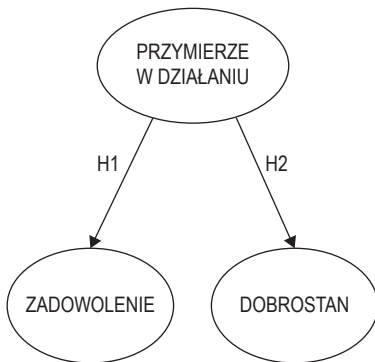
- Hipoteza 1 (H1): Wyższy poziom przymierza w działaniu, deklarowany przez psychoterapeutę i pacjenta, powoduje większe poczucie zadowolenia z życia niż niższy poziom przymierza w działaniu.

- Hipoteza 2 (H2): Wyższy poziom przymierza w działaniu, deklarowany przez psychoterapeutę i pacjenta, powoduje większe poczucie dobrostanu psychologicznego niż niższy poziom przymierza w działaniu.

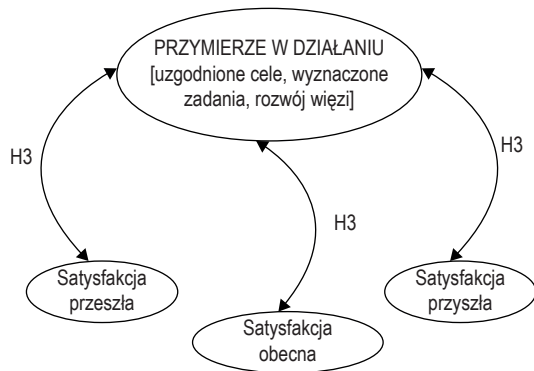
Zależności były weryfikowane również na poziomie szczegółowym – sprawdzane wielkości związków poszczególnych elementów przymierza w działaniu z wymiarami jakości życia. Hipoteza szczegółowa brzmiała następująco:

- Hipoteza 3 (H3): Przymierze w działaniu jest dodatnio skorelowane z wymiarami satysfakcji z życia i dobrostanu psychologicznego.

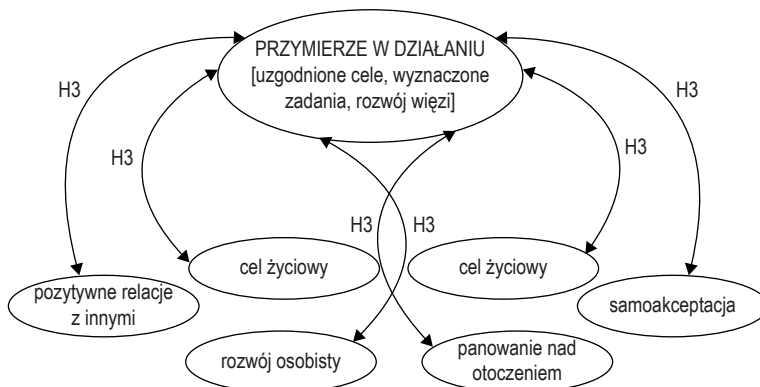
Model hipotetycznych relacji między powyższymi konstruktami, przetestowany w badaniu, pokazano na rysunkach 1, 2a i 2b.



Rysunek 1. Model zależności bezpośrednich między przymierzem w działaniu a zadowoleniem z życia i dobrostanem



Rysunek 2a. Model korelacji uszczegółowiony dla satysfakcji z życia



Rysunek 2b. Model korelacji uszczegółowiony dla dobrostanu psychologicznego

Material i metody

Osoby badane

Próbie badawczą stanowiło 85 pacjentów: 57 kobiet i 28 mężczyzn w wieku od 17 do 70 lat ($M = 36,28$; $SD = 11,44$) uczęszczających na psychoterapię indywidualną. Większość z nich miała wykształcenie wyższe (52,9%) lub średnie (38,8%) i zamieszkiwała miasta powyżej 100 tys. mieszkańców (69,4%). W momencie pomiaru pacjenci mieli za sobą od 2 (2,4%) do 960 (1,2%) sesji ($M = 53,63$; $SD = 137,68$); 61 osób (71,8%) uczęszczało na psychoterapię raz w tygodniu, a większość sesji psychoterapeutycznych trwała 50–60 minut (78,9%).

Zmienna „rodzaj zaburzenia”, którego doświadczały osoby z grupy pacjentów, była kontrolowana na ograniczonym poziomie. Wielu pacjentów nie miało postawionej jednej diagnozy, inni zaś nie byli w stanie podać jednoznacznej diagnozy. Dane w tym zakresie są zatem niepełne. Największą grupę stanowiły osoby z diagnozą zaburzeń adaptacyjnych (18,8%), następnie osoby cierpiące na zaburzenia lękowe w postaci fobii i inne zaburzenia lękowe (12,94%); zaburzenia nastroju (afektywne) – 10,95% pacjentów, zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych – 8,23% badanych pacjentów, schizofrenię, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe – 5,88% pacjentów. U 2,35% pacjentów przyczyną podjęcia pracy psychoterapeutycznej było wcześniejsze doświadczenie traumy złożonej.

W badaniu wzięło udział 55 psychoterapeutów: 41 kobiet i 14 mężczyzn w wieku od 28 do 58 lat ($M = 41,38$; $SD = 8,52$). Psychoterapeuci biorący udział w badaniu pracowali w modalnościach: psychoanalitycznej lub psychodynamicznej, ericksonowskiej, systemowej, humanistycznej i Gestalt; 89,4% wszystkich badanych psychoterapeutów było w trakcie lub po ukończonym co najmniej 2-letnim szkoleniu z psychoterapii. W grupie psychoterapeutów kontrolowano zmienną „doświadczenie psychoterapeuty”. I tak 55% psychoterapeutów miało od roku do 5 lat stażu pracy, a 40% pracowało w zawodzie psychoterapeuty dłużej niż 5 lat. W celu uzyskania większej precyzji oceny przymierza w psychoterapii pomiar prowadzono w diadach psychoterapeuta–pacjent.

Procedura pomiaru

Zaproszenie do udziału w badaniu rozpoczynano od przedstawienia celu badania psychoterapeucie. Po uzyskaniu zgody na badanie ze strony psychoterapeuty, a przed pomiarem, pacjent był informowany o celu badania i proszony o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badania. Po uzyskaniu zgody obu osób z diady psychoterapeuta wypełniał kwestionariusz dotyczący przymierza w działaniu i kartę z pytaniami o zmienne demograficzne oraz zmienne z kontekstu pracy psychoterapeutycznej, takie jak: liczba odbytych sesji z pacjentem, częstotliwość spotkań, średnia długość sesji.

W wypadku pacjenta pomiar rozpoczął się od wypełnienia przez niego kwestionariusza dotyczącego przymierza terapeutycznego, a następnie pacjent wypełniał baterię skal dotyczących oceny jakości życia, w tym zwłaszcza dobrostanu emocjonalnego i psychicznego. Na końcu pomiaru badany pacjent wypełniał metryczkę

zawierającą pytania o dane socjodemograficzne takie jak: płeć, wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania.

W badaniu przeanalizowano dane zebrane w jednorazowym pomiarze. Badanie było dobrowolne, a uczestnicy nie otrzymywali wynagrodzenia za udział w badaniu. Badanie zostało pozytywnie ocenione przez Komisję Etyki ds. Badań Naukowych Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Numer decyzji dotyczącej oceny komisji: 169-2018/2019. Komisja ds. Etyki Badań Naukowych nie zgłosiła zastrzeżeń natury etycznej do przedstawionego projektu badań.

Narzędzia pomiaru

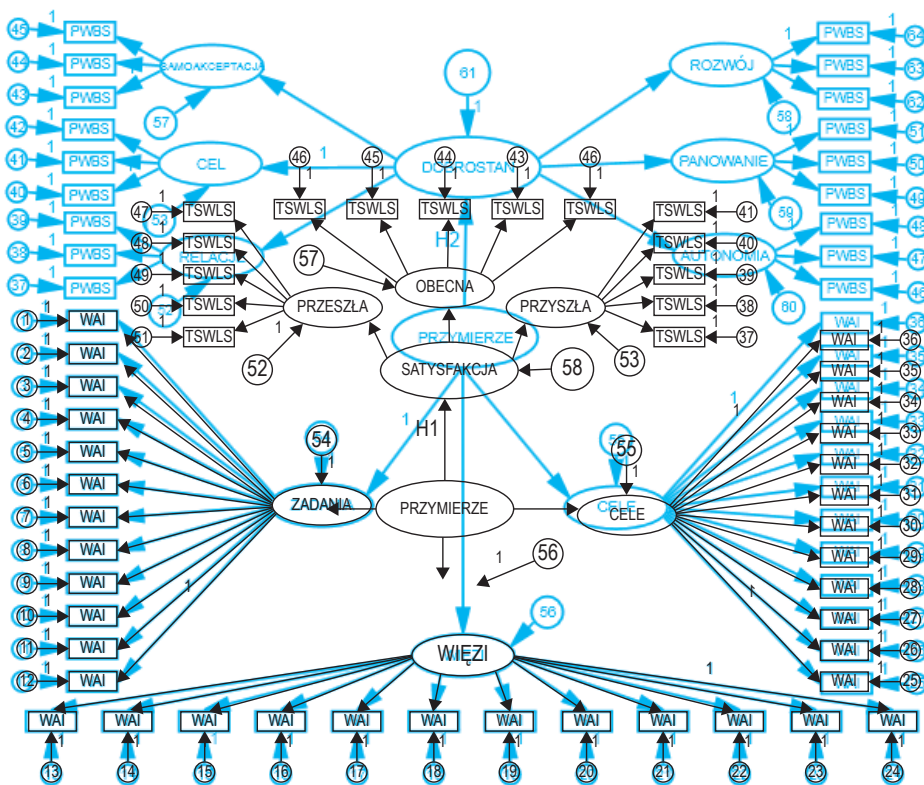
Do oszacowania jakości przymierza w działaniu użyto *Kwestionariusza przymierza w działaniu* (WAI). Jest to polska adaptacja skali Horvatha i Greenberga [35] wykonana przez Prusińskiego [36], operacjonalizująca sojusz psychoterapeutyczny zgodnie z koncepcją teoretyczną Bordina.

Skala WAI ma dwie wersje: dla pacjenta i dla psychoterapeuty. Każda z nich składa się z 36 analogicznych twierdzeń, które badany ocenia na skali Likerta jako trafnie bądź nietrafnie opisujące współpracę w ocenianej diadzie pacjent–psychoterapeuta. Wynik skali WAI można policzyć dla trzech podskal: „Celów”, „Zadań” i „Więzi”, a jakość przymierza w działaniu można określić na podstawie wyniku ogólnego. Każdą podskalę buduje 12 itemów – 6 pozytywnych i 6 negatywnych.

Walidacja psychometryczna wskazała na wysoką dobroć pomiaru narzędziem WAI. Rzetelność wyniku ogólnego wynosi $\alpha = 0,94$, natomiast dla podskal jest to odpowiednio: Cele $\alpha = 0,87$, Zadania $\alpha = 0,87$, Więzi $\alpha = 0,81$. Konfirmacyjna analiza czynnikowa (CFA) wykazała, że pomiar narzędziem WAI jest trafny. Wartości indeksów CFA wskazały na dobre dopasowanie modelu teoretycznego i pomiarowego ($\chi^2/df = 1,09$; RMSEA = 0,03), uzyskano też akceptowalne wartości współczynników ścieżkowych. Wysoki wynik w WAI oznacza silne przymierze w działaniu.

W badaniach zastosowano również:

- *Kwestionariusz satysfakcji z życia* (*The Temporary Satisfaction With Life Questionnaire*; TSWLS). Jest to polska adaptacja skali Pavota, Diener i Suh [37] wykonana przez Ciecucha i Karaś. Kwestionariusz mierzy zintegrowaną ocenę życia jako całości, która trwała, trwa i będzie trwała. Skala składa się z 15 itemów. Wynikami TSWLS szacowano doraźne rezultaty psychoterapii, rozumiane jako bieżące poczucie zadowolenia, przyjemności i satysfakcji.
- *Kwestionariusz dobrostanu psychologicznego* (*The Psychological Well-Being Scale*; PWBS). Jest to polska wersja skali Ryff [33, 38,39]. Narzędzie mierzy zintegrowany dobrostan jako całość. Poszczególne pozycje kwestionariusza PWBS operacjonalizują dodatkowo sześć komponentów dobrostanu psychologicznego: autonomię, panowanie nad otoczeniem, osobisty rozwój, pozytywne relacje z innymi, cel życiowy i samoakceptację. Skala składa się z 18 itemów. Wynikami PWBS oceniano długotrwały dobrostan psychologiczny.

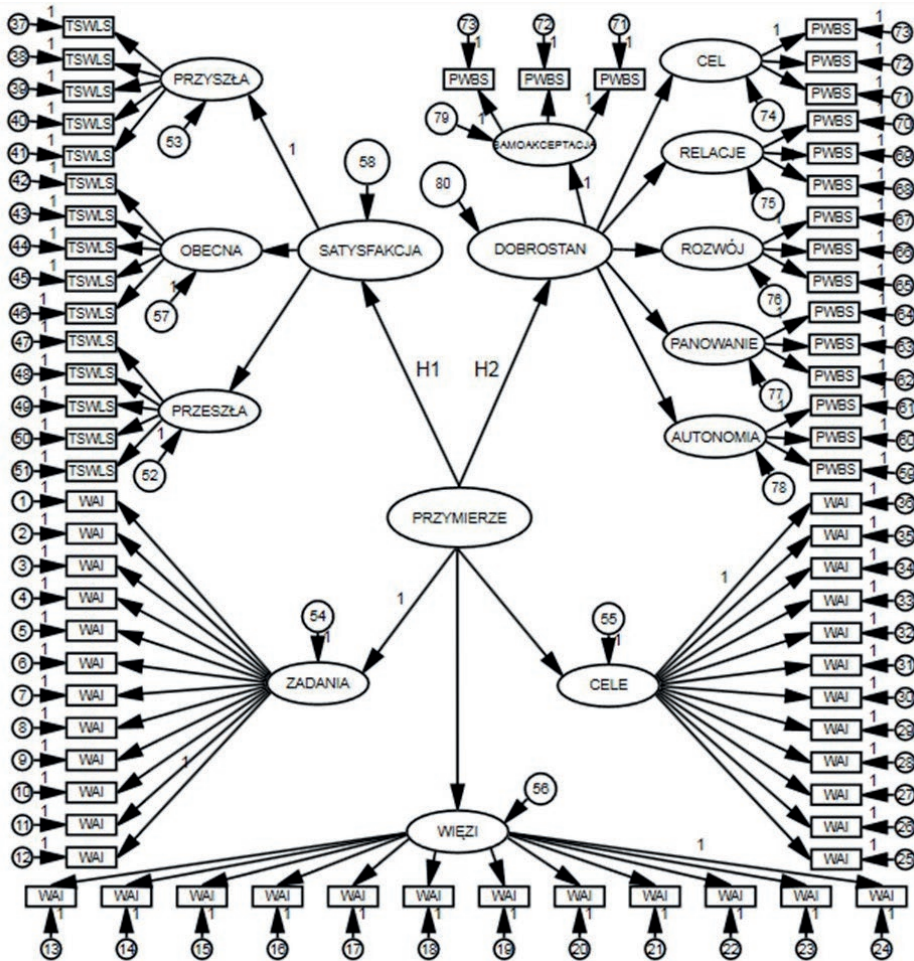


Rysunek 4. Model strukturalny i pomiarowy z 11 zmiennymi latentnymi postulujący kierunek zależności między przymierzem w działaniu a dobrostanem psychicznym testowany z użyciem SEM

Pierwsza propozycja pomiarowa zakładała, że zmienne latentne modelu strukturalnego w zakresie przymierza w działaniu będą budowane poprzez uśrednioną sumę wyników pomiaru pochodzącego równocześnie z obu wersji skali WAI, przeznaczonych dla psychoterapeuty i pacjenta. W tym modelu ocena przymierza w działaniu pochodziła z dwóch źródeł jednocześnie: od psychoterapeuty prowadzącego terapię i od leczonego pacjenta.

Dруга propozycja pomiarowa zakładała, że ocena przymierza w działaniu łądana do modelu strukturalnego będzie pochodzić wyłącznie od pacjenta. Za trzecim modelem strukturalnym stał pomiar przymierza w działaniu wykonany wyłącznie skalą WAI przeznaczoną dla psychoterapeuty. Model pomiarowy dający podstawę części strukturalnej dotyczącej satysfakcji z życia czy dobrostanu psychicznego był stały.

Co istotne, dodatkowo każdy z modeli strukturalnych analizowano w postaci zarówno struktury pełnej, jak i uproszczonej. Analiza modeli SEM w postaci uprosz-



Rysunek 5. Model strukturalny i pomiarowy z 15 zmiennymi latentnymi postulujący kierunek zależności między przymierzem w działaniu a satysfakcją z życia, a także między przymierzem w działaniu a dobrostanem psychologicznym testowany z użyciem SEM

czonej jest proponowana przez Szymańską [40]. Modele SEM w tej postaci są odporne na małą liczebność próby, co pozwala uniknąć ryzyka wzrostu prawdopodobieństwa popełnienia błędu pierwszego rodzaju – odrzucenia modelu poprawnego. Model taki nie gubi w żaden sposób założonej wielowymiarowości konstruktów.

Podsumowując, w analizach wstępnych przetestowano 18 modeli. Przed przystąpieniem do analizy wyników oszacowań uzyskanych z modelowania strukturalnego oceniono wartość skonstruowanych modeli strukturalnych ze zmiennymi ukrytymi [41]. Wartości jakości dopasowania modeli pomiarowych zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. Wskaźniki dopasowania testowanych modeli

Hipotezy	Model		χ^2	df	p	χ^2/df	RMSEA	GFI	CFI
H1	sumy ocen	pełny	2075,69	1217	$p < 0,05$	1,71	0,09	0,55	0,64
		uproszczony	14,33	8	$p > 0,05$	1,79	0,1	0,94	0,84
	ocena PC	pełny	2168,56	1217	$p < 0,05$	1,78	0,1	0,53	0,61
		uproszczony	10,13	8	$p > 0,05$	1,27	0,06	0,96	0,99
	ocena PT	pełny	1932,28	1217	$p < 0,05$	1,59	0,08	0,56	0,57
		uproszczony	11,36	8	$p > 0,05$	1,42	0,07	0,95	0,89
H2	sumy ocen	pełny	2484,47	1367	$p < 0,05$	1,82	0,1	0,52	0,53
		uproszczony	44,98	26	$p < 0,05$	1,73	0,09	0,88	0,65
	ocena PC	pełny	2349,32	1367	$p < 0,05$	1,72	0,09	0,51	0,58
		uproszczony	49,38	26	$p < 0,05$	1,89	0,1	0,9	0,93
	ocena PT	pełny	2424,05	1367	$p < 0,05$	1,77	0,1	0,53	0,39
		uproszczony	43,76	26	$p < 0,05$	1,68	0,09	0,88	0,66
H1 i H2	sumy ocen	pełny	4452,36	2263	$p < 0,05$	1,97	0,11	0,47	0,44
		uproszczony	144,88	52	$p < 0,05$	2,79	0,15	0,79	0,77
	ocena PC	pełny	4372,28	2263	$p < 0,05$	1,93	0,1	0,46	0,46
		uproszczony	88,90	52	$p < 0,05$	1,71	0,09	0,82	0,43
	ocena PT	pełny	4295,86	2263	$p < 0,05$	1,90	0,1	0,48	0,36
		uproszczony	187,13	52	$p < 0,05$	3,53	0,17	0,73	0,53

Model sumy ocen – model uwzględniający w strukturze pomiarowej uśrednioną sumę wyników pomiaru pochodzącego równocześnie z obu wersji skali WAI, przeznaczonych dla psychoterapeuty i pacjenta; Model oceny PC – model uwzględniający w strukturze pomiarowej wynik pomiaru pochodzącego z wersji skali WAI przeznaczonej dla pacjenta; Model oceny PT – model uwzględniający w strukturze pomiarowej wynik pomiaru pochodzącego z wersji skali WAI przeznaczonej dla psychoterapeuty, χ^2 – statystyka χ^2 dopasowania modelu; df – liczba stopni swobody; χ^2/df – iloraz statystyki χ^2 i liczby stopni swobody; RMSEA – pierwiastek ze średniego kwadratu błędu aproksymacji; GFI – współczynnik wyjaśnionej wariancji przez model ścieżkowy; CFI – wskaźnik względnego dopasowania.

Po przeanalizowaniu indeksów dopasowania modelu teoretycznego z modelem pomiarowym oraz po sprawdzeniu i interpretacji wartości parametrów ścieżkowych oraz wariancji szacujących model uznano, że modele strukturalne uwzględniające łącznie zależności między przymierzem i zarówno satysfakcją z życia, jak i dobrostanem prezentują złe dopasowanie. W dalszych analizach nie były one rozpatrywane.

Z pozostałych modeli, odrębnie estymujących relację między przymierzem a satysfakcją z życia i dobrostanem, kilka demonstrowało dobre lub granicznie zadowalające wartości dopasowania i te stanowiły podstawę dalszych analiz.

W trzech przypadkach test dopasowania modelu, skorygowany ze względu na złożoność modelu, wskazuje na doskonałe dopasowanie modelu do danych. Wartość

najważniejszego estymatora dopasowania modelu, RMSEA, dla którego przyjęto, że wartość 0,1 i powyżej jest nieakceptowalna i nakazuje odrzucić model [42], w wielu przypadkach przyjmuje wartości graniczne lub wykracza poza przyjętą normę. Podobnie miary GFI i CFI tylko w niektórych przypadkach osiągają wartości bliskie 0,9 lub ją przekraczają.

Na podstawie powyżej przedstawionych analiz uznano, że do weryfikacji hipotezy H1 zostaną wykorzystane modele: model uśrednionej sumy w pełnej strukturze pomiarowej, model oceny pacjenta w uproszczonej strukturze pomiarowej oraz model oceny psychoterapeuty o strukturze pomiarowej zarówno pełnej, jak i uproszczonej. Model uśrednionej sumy w uproszczonej strukturze pomiarowej zostanie rozpatrzony wyłącznie poglądowo – mimo że statystyka RMSEA przekracza 0,9, to jednak statystyka χ^2/df wskazuje na dopasowanie modelu do danych.

Do weryfikacji hipotezy H2 wykorzystano modele: model uśrednionej sumy w uproszczonej strukturze pomiarowej, model oceny pacjenta w pełnej strukturze pomiarowej oraz model oceny psychoterapeuty o strukturze pomiarowej uproszczonej.

Analizy główne

Wyniki SEM

Do weryfikacji hipotez H1 i H2 wskazujących na istnienie związków przyczynowo-skutkowych między zmienną objaśniającą jakością przymierza w działaniu a zmiennymi objaśnianymi satysfakcją z życia i dobrostanu psychologicznego posłużyły wyniki układu równań strukturalnych. Graf modelu teoretycznego prezentowany był wcześniej na rysunkach 3–5.

Wyniki uzyskane za pomocą SEM zaprezentowano w tabeli 2.

Tabela 2. Wartości niestandardowych i standardowych oszacowań rozpatrywanych modeli

Hipotezy	Model	β	β standaryzowany	p	R ²
H1	uśrednionej sumy pełny	0,122	0,268	0,47	0,072
	uśrednionej sumy uproszczony*	0,101	0,241	0,55	0,058
	oceny PC uproszczony	0,085	0,277	0,37	0,077
	oceny PT pełny	0,170	0,286	0,40	0,082
	oceny PT uproszczony	0,018	0,084	0,90	0,007
H2	uśrednionej sumy uproszczony	0,148	0,724	0,01	0,525
	oceny PC pełny	0,626	0,530	0,01	0,281
	oceny PT uproszczony	0,121	0,526	0,01	0,277

Model uśrednionej sumy pełny – model uśrednionej sumy w pełnej strukturze pomiarowej; Model uśrednionej sumy uproszczony – model uśrednionej sumy w uproszczonej strukturze pomiarowej; Model oceny PC uproszczony – model oceny pacjenta w uproszczonej strukturze pomiarowej; Model oceny PT pełny – model oceny psychoterapeuty w pełnej strukturze pomiarowej; Model oceny PT

uproszczony – model oceny psychoterapeuty w uproszczonej strukturze pomiarowej; Model oceny PC pełny – model oceny pacjenta w pełnej strukturze pomiarowej; β – niestandardyzowany współczynnik ścieżkowy; β standaryzowany – standaryzowany współczynnik ścieżkowy; R^2 – współczynnik korelacji wielokrotnej.

* model prezentowany wyłącznie pogładowo

Wyniki przeprowadzonej analizy SEM dla H1 przedstawione w tabeli 2 okazały się nieistotne statystycznie w każdym z rozpatrywanych modeli. Rzeczywisty wpływ jakości przymierza w działaniu na poczucie satysfakcji i zadowolenia z życia jest nieistotny statystycznie zarówno wtedy, kiedy ocena jakości przymierza w działaniu jest dokonywana jednocześnie przez diadę psychoterapeuta–pacjent, jak i wówczas, kiedy oceny są separowane i dokonuje ich pacjent lub psychoterapeuta. Parametry ścieżkowe nie mogą podlegać interpretacji.

Ponadto zauważyć należy, że wielkości standaryzowanych współczynników ścieżkowych ($\beta_{\text{uśrednionej sumy pełny}} = 0,268$; $\beta_{\text{uśrednionej sumy uproszczony}} = 0,241$; $\beta_{\text{oceny PC uproszczony}} = 0,277$; $\beta_{\text{oceny PT pełny}} = 0,286$; $\beta_{\text{oceny PT uproszczony}} = 0,084$) są niskie i wskazują, że jakość życia jest tylko nieznacznie determinowana przez jakość przymierza w działaniu. Współczynnik korelacji wielokrotnej R^2 przyjmuje wartości od 0,007 do 0,082, co oznacza, że model objaśnia jedynie od 0,7% do 8,2% wariancji zmiennej objaśnianej.

Na podstawie wyników uzyskanych za pomocą równań strukturalnych hipoteza H1, której treść zakładała, że wyższy poziom przymierza w działaniu, deklarowany przez psychoterapeutę i pacjenta, powoduje większe poczucie zadowolenia z życia niż niższy poziom przymierza w działaniu, została odrzucona.

Wyniki analiz SEM weryfikujące hipotezę H2 okazały się istotne statystycznie w każdym z rozpatrywanych modeli. Ujawniono, że wpływ jakości przymierza terapeutycznego na dobrostan psychologiczny jest istotny statystycznie zarówno dla ocen wspólnych, jak i separowanych.

Współczynniki β wpływu jakości przymierza w działaniu na rezultaty w postaci wyższego dobrostanu psychologicznego ($\beta_{\text{oceny PC pełny}} = 0,530$; $\beta_{\text{oceny PT uproszczony}} = 0,526$) miały umiarkowane i podobne wartości. Wyjątkiem jest współczynnik ścieżkowy oparty na wspólnej ocenie przymierza w działaniu dokonanej w diadzie psychoterapeuta–pacjent. Ten wynik ($\beta_{\text{uśrednionej sumy uproszczony}} = 0,724$) jest wysoki.

Interpretacja standardowego współczynnika β tego modelu przedstawia się następująco: przymierze w działaniu wyższe o jedno odchylenie standardowe daje wyższą średnio o 0,59 odchylenia standardowego ocenę dobrostanu psychologicznego. Pacjentom, jak również psychoterapeutom doświadczającym w procesie psychoterapii wysokiego poziomu przymierza w działaniu towarzyszy wysoki poziom dobrostanu psychologicznego pacjentów, rozumianego jako element zdrowego rozwoju człowieka. Przymierze w działaniu tłumaczy średnio ($R^2_{\text{uśrednionej sumy uproszczony}} = 0,525$; $R^2_{\text{oceny PC pełny}} = 0,281$; $R^2_{\text{oceny PT uproszczony}} = 0,277$) 36,1% zmienności dobrostanu psychologicznego.

Na podstawie wyników uzyskanych za pomocą równań strukturalnych hipoteza H2, której treść zakładała, że wyższy poziom przymierza w działaniu, deklarowany przez psychoterapeutę i pacjenta, powoduje większe poczucie dobrostanu psychologicznego niż niższy poziom przymierza w działaniu, została przyjęta.

Wyniki korelacji

Hipoteza H3 dotycząca istnienia dodatniego związku między przymierzem w działaniu, jego wymiarami a wymiarami satysfakcji z życia i dobrostanu psychologicznego została zweryfikowana za pomocą wyników testu związku między zmiennymi. Tabela 3 przedstawia uzyskane rezultaty.

Tabela 3. Współczynniki rho Spearmana między przymierzem w działaniu i jego wymiarami a wymiarami satysfakcji z życia i dobrostanu psychologicznego

Zmienna		WA	C	Z	W
SATYSFAKCJA	OBECNA	0,21'	0,16	0,24'	0,15
	PRZESZŁA	0,17	0,10	0,10	0,26''
	PRZYSZŁA	0,05	-0,02	0,07	0,13
DOBROSTAN	SAMOAKCEPTACJA	0,25'	0,23'	0,21'	0,28''
	CEL	0,16	0,19*	0,17	0,11
	RELACJE	0,52''	0,44''	0,49''	0,51''
	ROZWÓJ	0,16	0,15	0,11	0,21'
	PANOWANIE	0,41''	0,41''	0,42''	0,35''
	AUTONOMIA	0,22'	0,18'	0,18'	0,27''

WA – przymierze w działaniu, wynik ogólny uśrednionej sumy ocen psychoterapeuty i pacjenta; C – uzgodnione cele; Z – wyznaczone zadania; W – rozwój więzi; OBECNA – satysfakcja z obecnego życia; PRZESZŁA – satysfakcja z przeszłego życia; PRZYSZŁA – satysfakcja z przyszłego życia; CEL – cel życiowy; RELACJE – pozytywne relacje z innymi; ROZWÓJ – rozwój osobisty; PANOWANIE – panowanie nad otoczeniem.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Na podstawie wyników analiz korelacji zamieszczonych w tabeli 3 należy stwierdzić, że tylko niektóre współczynniki korelacji między przymierzem w działaniu a wymiarami satysfakcji z życia są istotne statystycznie. Te zaś, które są istotne statystycznie, osiągają niskie, chociaż dodatnie wartości. W powyższym zakresie rezultaty analiz dotyczące związków przymierza i satysfakcji z życia wspierają w niewielkim stopniu hipotezę H3.

Przymierze w działaniu koreluje wyłącznie z obecną satysfakcją z życia ($\rho_{W \times SATYSFAKCJA\ OBECNA} = 0,21$), jego wymiary zaś korelują ze skalą satysfakcji obecnej ($\rho_{Z \times SATYSFAKCJA\ OBECNA} = 0,24$) i satysfakcji przeszłej ($\rho_{W \times SATYSFAKCJA\ PRZESZŁA} = 0,26$).

Natomiast rezultaty analiz korelacji między przymierzem w działaniu a wymiarami dobrostanu psychologicznego są zgodne z oczekiwaniami określonymi w hipotezie H3 i wspierają jej przyjęcie w zasadniczym zakresie. Zdecydowana większość wyników zamieszczonych w tabeli 3 jest istotna statystycznie, a wartości współczynników rho Spearmana wskazują na dodatnią i umiarkowaną siłę związku.

Przymierze w działaniu jest związane z wszystkimi, poza celem życiowym i rozwojem osobistym, wymiarami dobrostanu psychologicznego. Znacząca jest zwłaszcza wartość związku między przymierzem w działaniu a pozytywnymi relacjami z innymi ($\rho_{W \times RELACJE} = 0,52$) i panowaniem nad otoczeniem ($\rho_{W \times PANOWANIE} = 0,41$).

Jeszcze więcej istotnych wartości korelacji odnaleźć można na poziomie wymiarów przymierza w działaniu. Uzgodnione cele w psychoterapii współwystępują z pozytywnymi relacjami z innymi ($\rho_{\text{CxRELACJE}} = 0,44$) i panowaniem nad otoczeniem ($\rho_{\text{CxPANOWANIE}} = 0,41$). Wyznaczone zadania korelują z pozytywnymi relacjami z innymi ($\rho_{\text{ZxRELACJE}} = 0,49$) oraz panowaniem nad otoczeniem ($\rho_{\text{ZxPANOWANIE}} = 0,42$). Najwięcej umiarkowanych wartości związków dotyczy zmiennej rozwoju więzi. Rozwój więzi współwystępuje z pozytywnymi relacjami z innymi ($\rho_{\text{WxRELACJE}} = 0,51$), panowaniem nad otoczeniem ($\rho_{\text{WxPANOWANIE}} = 0,35$), ale również z autonomią ($\rho_{\text{WxAUTONOMIA}} = 0,27$) i – co ważne – z samoakceptacją ($\rho_{\text{WxSAMOAKCEPTACJA}} = 0,28$).

Z układu zależności między wymiarami przymierza w działaniu a dobrostanu psychologicznego należy wykluczyć po stronie zmiennej objaśnianej: rozwój osobisty oraz cel życiowy, ponieważ wartości korelacji są tu nieistotne statystycznie lub w zasadzie wskazują na niską siłę związku.

Podsumowując, podstawę weryfikacji hipotezy H3 stanowiły ujawnione wartości współczynników korelacji rho Spearmana. Choć związki te, co oczywiste, nie pojawiły się we wszystkich rozpatrywanych ewentualnościach, to opisane powyżej z nawiązką wystarczają do potwierdzenia hipotezy H3 w zakresie istnienia korelacji między przymierzem w działaniu a dobrostanem psychologicznym, nie wystarczają jednak, by potwierdzić współwystępowanie przymierza w działaniu i satysfakcji z życia.

Dyskusja

W artykule poruszono ważne zagadnienie rezultatów trwałych i doraźnych leczenia psychoterapią z uwagi na kluczowy czynnik procesu: przymierze psychoterapeutyczne. Dotychczasowe wyniki badań często wskazywały, że dobrze zawiązany sojusz daje oczekiwane rezultaty zarówno w trakcie leczenia, jak i na jego końcu [24]. W większości przeprowadzonych badań wskazywano obniżenie intensywności objawów powodujących cierpienie lub ich ustąpienie [21–22]. Przedstawione wyniki badań w pewnej części są zbieżne z dotychczas opisanymi w literaturze przedmiotu, choć, co ważne, zasadzają się na pomiarze subiektywnie odczuwanego samopoczucia. Główne odkrycia pochodzą z weryfikacji wynikami SEM dwóch pierwszych hipotez.

Okazuje się, że przymierze w działaniu nie jest związane z doraźnymi efektami w psychoterapii, co oznacza, że nie zwiększa bieżącej satysfakcji z życia. Praca psychoterapeutyczna w silnym przymierzem nie determinuje tego, że pacjent w trakcie pracy nad trudnymi zagadnieniami z własnego życia, które wymagają od niego koncentracji na jego deficytach i tymczasowości dotychczasowych rozwiązań, oraz w trakcie budowania adaptacyjnych sposobów funkcjonowania, co z kolei kieruje uwagę pacjenta na poszukiwanie możliwości i budowanie potencjału, będzie doświadczał pozytywnego afektu i zadowolenia z życia.

Wynik ten jest zbieżny z powszechnym założeniem o tym, czym jest psychoterapia. Skoro w psychoterapii, jak wskazywał Haley [43], chodzi przede wszystkim o to, by ludzie zaczęli funkcjonować adekwatnie do rzeczywistości, w jakiej żyją, zmagania związane z poszukiwaniem odpowiednich strategii życia mogą się łączyć z różnymi odczuciami, w tym również z dyskomfortem. Wyniki niniejszych badań potwierdzają

tę zależność o zmiennym nasileniu doświadczania przyjemności i przykrości w trakcie leczenia.

Interesującą odpowiedź uzyskano dla pytania o to, jak przymierze w działaniu wzmacnia jakość życia rozumianego jako trwały, zdrowy rozwój. Okazuje się, że sojusz psychoterapeutyczny jest czynnikiem dobrostanu (traktowanego głębiej niż tylko jako bieżąca przyjemność i bardziej holistycznie), który jest nieodłącznym, długotrwałym elementem zdrowego rozwoju człowieka. Siła związku między nimi jest wysoka.

Przechodząc do potwierdzonej hipotezy trzeciej, wskazującej, że przymierze w działaniu i jego wymiary są pozytywnie skorelowane z poszczególnymi wymiarami satysfakcji z życia i dobrostanu, należy podkreślić, że uzyskane wyniki analiz pozwalają przedyskutować kilka ważnych związków.

Dane uzyskane z analiz pozwalają wnioskować, że przymierze w psychoterapii wzmacnia umiejętność wchodzenia człowieka w głębokie i pełne zaufania relacje z innymi. Podobne wysokie i dodatnie związki uzyskano dla poszczególnych komponentów przymierza. Niewiele tylko mniejszą siłą związku sojuszu prezentują wyniki analiz dla panowania nad otoczeniem. W literaturze przedmiotu [33] podkreśla się kluczowe w rozwoju człowieka poczucie sprawstwa i umiejętność przekształcania otoczenia zgodnie ze swoimi potrzebami i wartościami. Wyniki analiz wskazują, że przymierze w działaniu wzmacnia proces budowania aktywnego uczestnictwa w życiu własnym i środowisku.

Rozwój dwóch innych wymiarów dobrostanu: autonomii i samoakceptacji, również, choć poprzez niższe wartości korelacji, jest związany z jakością przymierza między pacjentem a psychoterapeutą [44]. To ważne odkrycie, które wskazuje na to, że optymalnie zbudowana relacja w procesie psychoterapii ma wpływ na główne charakterystyki zdrowia psychicznego i wzmacnia: pozytywną, ale również realistyczną postawę wobec samego siebie, manifestującą się akceptacją własnych wad i zalet, jak również niezależność i samosterowność pozwalające na optymalną wewnętrzną regulację zachowania.

Trudno o jednoznaczne określenie, co z całego spektrum czynników sojuszu w terapii najbardziej wzmacnia wzrost zdrowia psychicznego. Nie można mówić o silniejszym separowanym wpływie któregoś spośród wszystkich rozpatrywanych komponentów. Bez wątplenia jednak można powiedzieć, że ważnym elementem całej strategii budowania przymierza w działaniu jest jakość więzi rozwijanej między psychoterapeutą a pacjentem. Trwałe rezultaty leczenia psychoterapią są ściśle związane z tym wymiarem, który okazał się silnym predyktorem.

Przedstawione badanie pozbawione było niektórych dotychczasowych ograniczeń. Efekty psychoterapii operacjonalizowano wskaźnikami subiektywnymi, czyli poziomem zadowolenia z życia i samopoczuciem oraz dobrostanem psychologicznym, a nie ustąpieniem objawów [45]. Badań zaś nie prowadzono na starannie selekcjonowanych grupach psychoterapeutów i pacjentów. Siłę sojuszu mierzono w naturalnych warunkach poradni psychologicznych i poradni zdrowia psychicznego oraz gabinetów prywatnych. Jedynym warunkiem udziału w badaniu była zgoda badanych i wystarczająco długi okres bycia w procesie psychoterapii. Pomiar przymierza w działaniu zaś oparto na panteoretycznej koncepcji sojuszu w psychoterapii, która wydaje się jedną z lepszych

propozycji ujmujących istotę relacji psychoterapeutycznej. Siła samego przymierza była estymowana poprzez dwustronną ocenę, psychoterapeuty i pacjenta, co wydaje się istotnie wzmacniać pewność wniosków wyprowadzonych na podstawie wykonanych analiz.

Przedstawione w artykule wyniki badania otwierają nową perspektywę rozumienia i pomiaru przymierza terapeutycznego w polskiej psychoterapii oraz możliwości kontrolowania wpływu sojuszu na doraźne i trwałe rezultaty procesu terapii. Jak każde badanie empiryczne, tak i to obecne ma swoje ograniczenia. Rezultaty zaprezentowane w tym raporcie nie zaspokajają potrzeby dalszych badań. Przyszłe badania wymagają zwiększenia wielkości próby, zarówno po stronie pacjentów, jak i po stronie psychoterapeutów w celu zapewnienia większego wsparcia zwłaszcza dla analiz czynnikowych. Przy tak rozbudowanych modelach statystycznych i ocenie wielu zmiennych należy przedstawić analizy uznać za wstępne i projekt kontynuować. Nie chodzi wyłącznie o samo zwiększenie liczby uczestników badań, ale również o zapewnienie solidnych reprezentacji osób o różnych charakterystykach zmiennych ubocznych. Opisywana próba była zbyt mała i zbyt heterogeniczna, by dało się wyodrębnić homogeniczne podgrupy badanych.

Wnioski

Przymierze w działaniu nie jest związane z doraźnymi efektami w psychoterapii, co oznacza, że nie zwiększa bieżącej satysfakcji z życia oraz doświadczania pozytywnego afektu i zadowolenia z życia. Przymierze w działaniu wzmacnia jakość życia rozumianą jako trwały, zdrowy rozwój. Okazuje się, że sojusz psychoterapeutyczny jest czynnikiem dobrostanu traktowanego głębiej niż tylko jako bieżąca przyjemność i bardziej holistycznie, ale jako nieodłączny, długotrwały element zdrowego rozwoju człowieka.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo LQ; 2005.
2. Sęk H. red. *Psychologia kliniczna*, t. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
3. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2013.
4. Krischer M, Smolka B, Voigt B, Lehmkuhl G, Flechtner HH, Franke S i wsp. *Effects of long-term psychodynamic psychotherapy on life quality in mentally disturbed children*. *Psychother. Res.* 2020; 30(8): 1039–1047.
5. Mintz J, Drake RE, Crits-Christoph P. *Efficacy and effectiveness of psychotherapy: Two paradigms, one science*. *Am. Psychol.* 1996; 51(10): 1084–1085.
6. Szymczyk J, Cierpiałkowska L. *Umiejętności interpersonalne psychoterapeutów a skuteczność terapii indywidualnej. Raport z badań*. *Psychoterapia* 2012; 1(160): 65–79.
7. Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U. *Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change*. W: Lambert MJ. red. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons Inc.; 2004. S. 307–389.
8. Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association; 1999.

9. Greenson RR. *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press; 1967.
10. Geisman C. *Transfert sounevrose de transfert. La controverse Anna Freud/Melanie Klein*. Journal de la Psychoanalyse de l'Enfant 1987; 4: 56–70.
11. Cirasola A, Midgley N, Fonagy P, Impact Consortium, Martin P. *The factor structure of the Working Alliance Inventory short-form in youth psychotherapy: An empirical investigation*. Psychother. Res. 2020; 1–13.
12. Bordin ES. *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 1979; 16(3): 252–260.
13. Horvath AO. *Research on the alliance: Knowledge in search of a theory*. Psychother. Res. 2018; 28(4): 499–516.
14. Hukkelberg SS, Ogden T. *The short Working Alliance Inventory in parent training: Factor structure and longitudinal invariance*. Psychother. Res. 2016; 26(6): 719–726.
15. Rogers CR. *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. J. Consult. Clin. Psychol. 1957; 21(2): 95–103.
16. Strong SR. *Counseling: An interpersonal influence process*. J. Couns. Psychol. 1968; 15(3): 215–224.
17. Crits-Christoph P, Gallop R, Gaines A, Rieger A, Connolly Gibbons MB. *Instrumental variable analyses for causal inference: Application to multilevel analyses of the alliance-outcome relation*. Psychother. Res. 2020; 30(1): 53–67.
18. Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Horvath AO. *The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis*. Psychotherapy (Chic.) 2018; 55(4): 316–340.
19. Clarkin JF, Levy KN. *The influence of client variables on psychotherapy*. W: Lambert MJ. red. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons Inc.; 2004. S. 194–226.
20. Orlinsky DE, Ronnestad MH, Willutzki U. *Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change*. W: Lambert MJ. red. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons Inc.; 2004. S. 307–389.
21. Botella L, Corbella S, Belles L, Pacheco M, Gomez A, Herrero O i wsp. *Predictors of therapeutic outcome and process*. Psychother. Res. 2008; 18(5): 535–542.
22. Zuroff DC, Blatt SJ. *The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities*. J. Consult. Clin. Psychol. 2006; 74(1): 130–140.
23. Kazdin A. *Understanding how and why psychotherapy leads to change*. Psychother. Res. 2009; 19(4–5): 418–428.
24. Sass-Stańczak K, Czabała JCz. *Relacja terapeutyczna – Co na nią wpływa i jak ona wpływa na proces psychoterapii?* Psychoterapia 2015; 1(172): 5–17.
25. Morf CC, Ayduk O. red. *Current directions in personality psychology*. New Jersey: Pearson; 2005.
26. Bachelor A. *Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome*. Clin. Psychol. Psychother. 2013; 20(2): 118–135.
27. Patterson CL, Anderson T, Wei C. *Clients' pretreatment role expectations, the therapeutic alliance, and clinical outcomes in outpatient therapy*. J. Clin. Psychol. 2014; 70(7): 673–680.
28. Szymańska A, Grzesiuk L, Suszek H, Dobrenko K, Rutkowska M, Krawczyk K. *Badania polskich psychoterapeutów – z jakimi pacjentami pracują i jakie stosują metody psychoterapii?* Psychiatr. Pol. 2018; 52(4): 731–751.

29. Henry WP, Strupp HH. *The therapeutic alliance as interpersonal process*. W: Horvath AO, Greenberg LS. red. *The working alliance. Theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1994. S. 51–84.
30. Ryan RM, Deci EL. *On happiness and human potentials. A review of research on hedonic and eudaimonic well-being*. Annu. Rev. Psychol. 2001; 52(1): 141–166.
31. Diener E. *Subjective well-being*. Psychol. Bull. 1984; 95(3): 542–575.
32. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. *The Satisfaction With Life Scale*. J. Pers. Assess. 1985; 49(1): 71–75.
33. Ryff CD. *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. J. Pers. Soc. Psychol. 1989; 57(6): 1069–1081.
34. Waterman AS, Schwartz SJ, Zamboanga BL, Revert RD, Williams MK, Agocha VB i wsp. *The Questionnaire for Eudaimonic Well-Being: Psychometric properties, demographic comparisons, and evidence of validity*. J. Posit. Psychol. 2010; 5(1): 41–61.
35. Horvath AO, Greenberg LS. *Development and validation of the Working Alliance Inventory*. J. Couns. Psychol. 1989; 2(36): 223–233.
36. Prusiński T. *Szacowanie przymierza terapeutycznego i pacjenta w procesie indywidualnej psychoterapii. Adaptacja i właściwości psychometryczne Skali Przymierza w Działaniu (WAI). Badania wstępne*. Polskie Forum Psychologiczne 2020; 25(3): 353–376.
37. Pavot W, Diener E, Suh E. *The Temporal Satisfaction With Life Scale*. J. Pers. Assess. 1998; 70(2): 340–354.
38. Ciecuch J, Karaś D. *Polska adaptacja kwestionariusza dobrostanu (Psychological Well-Being Scales) Caroll Ryff*. Rocz. Psychol. 2017; 4(20): 815–835.
39. Keyes CLM. *Social well-being*. Soc. Psychol. Q. 1998; 61(2): 121–140.
40. Szymańska A. *Problematyka hierarchiczności. Wprowadzenie meta-cech w modelach SEM*. Studi aPsychologica 2017; 1(17): 65–84.
41. Hair JJ, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. New Jersey: Upper Saddle River; 2006.
42. Konarski R. *Modele równań strukturalnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2016.
43. Haley J. *A review of ordeal therapy*. W: Zeig JK. red. *Erickson psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel Inc.; 1985. S. 5–23.
44. McElvaney J, Timulak L. *Clients' experience of therapy and its outcomes in "good" and "poor" outcome psychological therapy in a primary care setting: An exploratory study*. Couns. Psychother. Res. 2013; 13(4): 246–253.
45. Klajns K. *Poznanie pacjenta w psychoterapii ericksonowskiej*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2017.

Adres: Tomasz Prusiński
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
Instytut Psychologii
Zakład Psychologii Osobowości
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40
e-mail: tprusinski@aps.edu.pl

Otrzymano: 21.01.2020
Zrecenzowano: 14.06.2020
Otrzymano po poprawie: 4.09.2020
Przyjęto do druku: 7.11.2020