

Kwestionariusz postrzegania procesu psychoterapii przez psychoterapeutę (KPPP) – wstępna prezentacja narzędzia

Questionnaire for the Perception of Psychotherapy Process by the Psychotherapist (QPPP) – a preliminary presentation of a research tool

Marta Sz wajca, Klaudiusz Kudła, Krzysztof Sz wajca, Natalia Śmierciak, Maciej W. Pilecki

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Katedra Psychiatrii, Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży w Krakowie

Summary

Aim. The emotional reactions of the therapist in the treatment process constitute the core of therapeutic work, but they are poorly represented in research area. The article presents the results of work on the creation of a new tool – *Questionnaire for the Perception of Psychotherapy Process by the Psychotherapist* (QPPP).

Method. The Questionnaire containing 267 statements assessing cognitive, affective and behavioral reactions of psychotherapists in interaction with a specific patient was uploaded on the website. The link to the website, together with a request to complete the questionnaire, was sent to the members of the Psychotherapeutic Societies. The study involved 159 therapists, working mainly psychodynamically (91.95%). The analysis of basic descriptive statistics of test items and exploratory factor analysis by principal components method with varimax rotation were used.

Results. The work resulted in creating a tool consisting of 75 items grouped into 6 scales: “Positive cooperation with the patient”, “Therapist burdened with commitment”, “Therapist in the centre of negative interest”, “Therapist with no room for intervention”, “The overwhelmed/overloaded therapist”, “The helpless/disengaged therapist”. High Cronbach’s alpha reliability of all distinguished factors was demonstrated at the level from 0.79 to 0.94. The data analysis also made it possible to create initial sten standards for therapists working in the psychodynamic approach.

Conclusions. A tool was developed to assess emotions of the therapist in relation to the client. The QPPP contains generally understandable terminology, independent of the therapist’s dominant modality. The questionnaire can have many practical, both scientific and clinical, applications.

Słowa kluczowe: terapia psychodynamiczna, superwizja, psychoterapia

Key words: psychodynamic therapy, supervision, psychotherapy

Wstęp

Psychoterapia jest skuteczną metodą leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego, a zmiany zachodzące w jej wyniku mają zazwyczaj pozytywny charakter [1, 2]. Przez lata dominowały badania poszukujące źródeł skuteczności terapii w specyfice zastosowanych technik, nie dały one jednak spójnego obrazu, który miałby praktyczne implikacje [3]. Powszechny jest pogląd, że wyniki badań nie odzwierciedlają realiów praktyki terapeutycznej [4]. W ankiecie przeprowadzonej w grupie około tysiąca północnoamerykańskich psychoterapeutów spośród ponad czterdziestu zaproponowanych im tematów badawczych jako najważniejsze dla ich praktyki klinicznej ankietowani wskazali (niezależnie od wieku czy orientacji terapeutycznej) badania nad relacją terapeutyczną, mechanizmami zmiany w psychoterapii oraz czynnikami związanymi z rolą terapeuty w procesie leczenia [5]. Oczekiwania te są jak najbardziej zasadne. Jednoznacznie potwierdzono, że jakość relacji terapeutycznej jest ściśle związana z rezultatami terapii [6], zarówno w terapiach zorientowanych relacyjnie, jak i nierelacyjnie [7, 8]. Należy zaznaczyć, że zdolność terapeuty do nawiązania emocjonalnej relacji z klientem i adekwatnego reagowania na jego emocje jest podstawą procesu psychoterapii [9]. Relacyjny wymiar psychoterapii to emocje i postawy, jakie żywią wobec siebie klient i terapeuta, oraz łącząca ich więź psychiczna opierająca się na tych właśnie uczuciach i postawach. Lecz relacja terapeutyczna jest złożonym konstruktem i trudno uchwytnym zjawiskiem, różnie konceptualizowanym, co utrudnia porównywanie wyników i sprzyja niespójnościom metodologicznym [10]. Najczęściej przedmiotem badań empirycznych jest sojusz roboczy (zwany także przymierzem terapeutycznym), rozumiany jako zgodność klienta i terapeuty co do wyznaczanych celów terapii, współpraca i doświadczanie wzajemnej więzi emocjonalnej [11].

Ale w dalszym ciągu emocjonalnym aspektem takiej relacji poświęcono stosunkowo niewielką liczbę badań jakościowych, bardzo rzadkie są w tym zakresie badania eksperymentalne (z niezależnym obserwatorem, który obserwuje proces terapii np. przez szybę jednostronną) i zaskakująco nieliczne badania ilościowe, z wyraźną przewagą badań dotyczących oceny emocjonalnych aspektów relacji terapeutycznej przez klientów [12]. Terapeuci badani są sporadycznie. Przykładowo w niedawnym przeglądzie metaanalitycznym dotyczącym związku między ekspresją emocji a wynikami psychoterapii znaleziono 42 badania oceniające ekspresję emocjonalną klientów, ale tylko 13 badań analizujących ją u terapeutów [13]. Mimo że pierwsze prace empiryczne analizujące emocjonalne reakcje terapeutów na pacjentów pochodzą z połowy lat 50. XX wieku [12], wiedza na ten temat przyrasta powoli. Metaanalityczny przegląd prac, który potwierdził znaczenie przeciwprzeniesienia i pracy z nim dla efektywności psychoterapii [14], włącza zaledwie 27 badań, a bardzo niedawna metaanaliza oceniająca zależności między cechami psychoterapeutów (ich umiejętnościami, funkcjonowaniem interpersonalnym itp.) a skutecznością psychoterapii uwzględniała tylko 30 badań obejmujących 1338 terapeutów [15]. Wynika z niej, że umiejętności relacyjne psychoterapeutów i ich funkcjonowanie interpersonalne silniej wpływają na wyniki terapii niż prezentowane przez nich postawy czy wyznawane wartości.

Najbardziej skupione na analizie relacyjnego wymiaru psychoterapii są terapie psychodynamiczne. Myśli się w nich o kliencie i terapeutce w kategoriach nieświadomych konfliktów, wewnętrznych struktur czy deficytów [16] oraz ocenia przeniesienie i przeciwprzeniesienie (razem nazywane konfiguracją przeniesienia), czyli nieświadome rzutowanie przez pacjenta na terapeutę uczuć przeżywanych wcześniej wobec osób znaczących i przenoszenie przez terapeutę własnych przeżyć na pacjenta w reakcji na przeniesienie klienta. Rozumienie własnego uczucia przeciwprzeniesienia pozwala terapeutce formułować interpretacje dotyczące nierozwiązanych konfliktów pacjenta i jako takie staje się ważnym źródłem wiedzy o nim [17]. Analiza przebiegu terapii oparta jest na ocenie uczuć przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych. Odczucia terapeuty są więc kluczowe dla przebiegu psychoterapii. Uważa się jednak, że trudno jest badać zjawiska, które z definicji mają „nieświadomy” charakter [18]. Toteż psychodynamicznie zorientowanych prac empirycznych o emocjonalnych składowych procesach terapeutycznych jest niewiele, szczególnie takich, które spełniałyby kryteria randomizowanych, kontrolowanych analiz [19].

Te, które powstają, odeszły od tradycyjnego, psychoanalitycznego modelu, gdzie dużą wagę przykładano do odróżnienia tego, co w relacji rzeczywiste, od „wyobrażonego”. Posiłkując się dawną konceptualizacją Ralpa Greensona [20], przyjmuje się, że na to pierwsze składają się sojusz roboczy i konfiguracja rzeczywista (autentyczność, realistyczne postrzeganie drugiego, jego obiektywne cechy i nastawienia), podczas gdy relacja przeniesienia oznacza, że realna postać terapeuty zostaje przysłonięta przez fantazje pacjenta kierującego pod adresem terapeuty swoje uczucia, oczekiwania i wyobrażenia na temat tego, czego terapeuta od niego oczekuje, pochodzące z przeszłości [21].

W pracach, które analizują emocje terapeuty w relacji z klientem, dominuje współczesna, integracyjna definicja „wszechstronnego przeciwprzeniesienia” [22] (przyjęta także przez autorów tej pracy) uznająca za fenomen podlegający analizie wszystkie reakcje emocjonalne terapeuty wobec pacjenta zachodzące w toku terapii, bez rozróżniania ich natury. Ich źródłem może być zarówno psychoterapeuta (możemy mówić o nawykowych potrzebach i wzorcach zachowań terapeuty), jak i klient (reakcje terapeuty na specyficznych klientów). Przykładowo terapeuta mający osobisty problem z gniewem, skonfrontowany z wrogością klienta i skonfundowany dostrzeżoną w sobie wrogością do niego, może ją wypierać czy tłumić, komunikując klientowi akceptację jego osoby i budzącego wściekłość zachowania. W tym stosunkowo nowym, abstrahującym od tradycyjnego myślenia psychoanalitycznego rozumieniu coraz częściej zamiast pojęcia przeciwprzeniesienia używa się takich określeń jak: „wzorce reakcji emocjonalnych psychoterapeutów”, „emocjonalne odpowiedzi na pacjenta” czy „afektywne wzorce interpersonalne” [12]. W dalszej części tekstu pojęcia przeciwprzeniesienia i emocjonalnej reakcji/odpowiedzi na klienta będą stosowane jako równoważne.

Emocjonalna reakcja, zgodnie z poznawczym paradygmatem, nie ogranicza się do doświadczenia emocji *sensu stricto* (afektywne doświadczenia, takie jak uczucie podniecenia, przyjemności czy gniewu), ale obejmuje także:

- procesy poznawcze, które pomagają w interpretacji sytuacji wywołującej reakcję emocjonalną; ta tzw. poznawcza aktywność emocjonalna to etykietowa-

- nie emocji, ocena odczuwanego doświadczenia, planowanie czy stymulowanie mechanizmów kontroli radzenia sobie z sytuacją emocjonalną;
- aktywowane przez pobudzenie reakcje fizjologiczne;
 - zachowania, które są często (ale nie zawsze) ekspresyjne, ukierunkowane na cel i adaptacyjne [23].

Narzędzia używane do oceny emocjonalnych aspektów procesu terapeutycznego powinny oceniać wszystkie te składowe. Najczęściej używane są jednak te, które ograniczają się do badania jedynie przymierza terapeutycznego czy sojuszu roboczego, takie jak np. WAI-S (*Working Alliance Inventory-Short*) [24], ARM (*Agnew Relationship Measure*) [25], HAQ-I (*Helping Alliance Questionnaire*) [26] czy CIS (*Collaborative Interaction Scale*) [27], CAPLAS (*California Psychotherapy Alliance Scale*) [28]. Z kolei kwestionariusz FWC-58 (*Feeling Word Checklist-58*) [29] zawiera tylko listę słów opisujących afektywne doświadczenie terapeuty. Należy również zauważyć, że wymienione kwestionariusze zostały opracowane w warunkach różniących się od polskich pod względem językowym i kulturowym, a przecież psychoterapia, czyli dziedzina na styku nauk medycznych i humanistycznych, jest niezwykle wrażliwa na konteksty kulturowe. Praktykujący psychoterapeuci są częścią kultury i w zależności od kontekstu kulturowego modyfikują oni swoje teorie i rozwijają nowe praktyki [30]. Z tego też względu celem badania było zbudowanie nowego kwestionariusza, a nie przetłumaczenie na język polski już istniejącego.

W Polsce badania z tego obszaru prowadzone były m.in. przez Akademicki Ośrodek Psychoterapii przy wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Narzędziem służącym do tego celu była stworzona przez tamtejszy zespół ankieta katamnesticzna opisująca przebieg procesu terapeutycznego z perspektywy pacjenta (po jego zakończeniu) [31]. Podobną metodę zastosował zespół Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, wysyłając w 2002 roku ankiety do rodzin będących pod opieką zespołu w latach 1992–1996 [32]. Natomiast zespół pod kierunkiem Prot-Klinger [33] dokonał adaptacji 12-itemowego kwestionariusza do pomiaru relacji terapeutycznej (*Scale to Assess Therapeutic Relationship – STAR*), którym zbadano pacjentów i terapeutów ośrodka psychiatrii środowiskowej. Według wiedzy autorów było to jedyne polskie badanie uwzględniające również emocjonalną perspektywę terapeutów.

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie wyników prac nad narzędziem badającym reakcje emocjonalne terapeuty pojawiające się w trakcie psychoterapii. Narzędzie to daje możliwość opisu przeżyć terapeuty w odniesieniu do pracy z konkretnym klientem, obejmującego zarówno sferę emocjonalną (np. złość czy rozczarowanie terapią przeżywane przez terapeutę), poznawczą (np. możliwości nazywania zjawisk pojawiających się w terapii), jak i behawioralną (np. tendencje do skracania lub wydłużania sesji przez terapeutę).

Prezentowany kwestionariusz powstał przy znaczącym udziale polskich psychoterapeutów, jest narzędziem osadzonym w polskich kontekstach, analizującym emocjonalne reakcje terapeuty na konkretnego pacjenta. Może być używany w ba-

daniach ilościowych, jak również służyć monitorowaniu przebiegu terapii do celów terapeutycznych (poprawa jakości terapii) czy superwizyjnych.

Material i metoda

Konstruowanie pierwotnej wersji kwestionariusza

W skład zespołu badawczego, który utworzył pierwotny zestaw pytań do *Kwestionariusza postrzegania procesu psychoterapii przez psychoterapeutę* (KPPP), wchodziły osoby ze zróżnicowanym doświadczeniem praktycznym (osoby ze specjalizacją z psychiatrii bądź z psychologii klinicznej, z certyfikatami psychoterapii czy z certyfikatami superwizora psychoterapii) oraz teoretycznym (osoby z tytułem magistra psychologii, doktora nauk medycznych czy doktora habilitowanego nauk medycznych). Pytania były opracowywane podczas spotkań grupowych, na których tworzone były i omawiane poszczególne itemy kwestionariusza.

Sformułowano 300 pozycji oceniających reakcje poznawcze, afektywne i behawioralne psychoterapeutów w interakcji z konkretnym pacjentem, np.: „Wydłużam sesję z tym pacjentem” lub „W trakcie sesji z tym pacjentem częściej odczuwam potrzebę zmiany pozycji ciała” (reakcje behawioralne); „Czuję się ignorowany w trakcie pracy z tym pacjentem” lub „Odczuwam złość w stosunku do tego pacjenta” (reakcje emocjonalne); „Pacjent idealizuje mnie” lub „Pacjent ma tendencję do drobiazgowych opisów – niewiele wnoszących do treści spotkań” (reakcje poznawcze). Itemy odnosiły się do emocji przeżywanych przez terapeuta w trakcie sesji. Uzupełniono je o pozycje dotyczące wprowadzonych przez terapeuta zmian settingu czy stanów fizjologicznych pojawiających się u niego w trakcie sesji psychoterapeutycznej. Część zagadnień była związana również z percepcją cech pacjenta (np. „Pacjent wykazuje się umiejętnością samoobserwacji i autorefleksji”), sojuszu terapeutycznego (np. „Deklarowana przez pacjenta chęć do podejmowania pracy w trakcie terapii jest pozorna”) czy dynamiki przebiegu terapii (np. „Trudno jest mi zakończyć sesję z tym pacjentem”).

Pozycje kwestionariusza są napisane jasnym, prostym językiem, bez odniesień do pojęć teoretycznych z danej szkoły terapeutycznej, tak aby instrument mógł być używany przez psychoterapeutów w dowolnej modalności.

Pilotaż

W pilotażu wzięło udział 10 osób, w większości byli to superwizorzy psychoterapii, osoby z długim stażem pracy terapeutycznej (co najmniej 20-letnim), większość miała tytuły doktorów lub profesorów, z wykształceniem psychiatrycznym lub psychologicznym. Osoby biorące udział w pilotażu proszone były o uwagi dotyczące struktury narzędzia, a w szczególności o ocenę trafności poszczególnych pozycji. Zgłaszane uwagi dotyczyły głównie niewielkich zmian w formie pytań, rozważenia dodania dodatkowych pytań czy usunięcia podobnych itemów. W wyniku analizy odpowiedzi sędziów kompetentnych powstał kwestionariusz obejmujący 267 itemów z 7-stopniową skalą odpowiedzi (1 – „zdecydowanie nie”, 2 – „nie”, 3 – „raczej nie”, 4 – „trudno

powiedzieć”, 5 – „raczej tak”, 6 – „tak”, 7 – „zdecydowanie tak”). Pozytcje kwestionariusza poprzedzone zostały ankietą obejmującą dane dotyczące psychoterapeuty, takie jak płeć, wiek, wykształcenie i doświadczenia zawodowe. Dane zebrane w ankiecie będą poddawane dalszym analizom w kolejnych publikacjach. Prowadzący badanie poprosili terapeutów o wypełnienie kwestionariusza na podstawie relacji z konkretnym pacjentem, z którym ostatnio pracowali, a ocena dotyczyć miała 3 ostatnich spotkań.

Badanie terapeutów

Kwestionariusz wraz z krótką ankietą został umieszczony w serwisie internetowym pozwalającym na udzielanie odpowiedzi on-line. Link do strony wysłano do członków Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej i Naukowego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej z prośbą o wypełnienie kwestionariusza. Dane były zbierane przez 3 miesiące. Ostatecznie w badaniu wzięło udział 159 terapeutów, zróżnicowanych pod względem wieku, płci i doświadczenia zawodowego. Średni wiek badanych to 42 lata ($SD = 10,69$; min. 26, maks. 79), a średnia deklarowana liczba lat doświadczenia w prowadzeniu psychoterapii wynosiła 11,88 lat ($SD = 9,57$; min. 1 rok, maks. 47 lat). Najwięcej badanych osób miało wykształcenie psychologiczne (76%) (tab. 1). Kobiety stanowiły 81% wszystkich badanych; 88% osób ukończyło kurs psychoterapii uprawniający do uzyskania certyfikatu, 33% ten certyfikat uzyskało. Większość psychoterapeutów uczyła się psychoterapii w ramach szkoleń psychodynamicznych (91,95%); część terapeutów wskazała, że szkoliła się w więcej niż jednym nurcie terapeutycznym (tab. 2). Ich podstawowym miejscem pracy był gabinet prywatny (56,16%), rzadziej oddział psychiatryczny (17,81%), ambulatorium z kontraktem NFZ (12,33%), poradnia psychologiczna (8,90%) czy Specjalistyczna Poradnia Psychologiczna (4,79%).

Tabela 1. Deklarowane wykształcenie respondentów

Psycholog	76,77%
Lekarz-psychiatra	7,10%
Socjolog	3,23%
Pedagog	14,84%

Tabela 2. W jakim głównym podejściu psychoterapii uczyła się Pani/uczył się Pan psychoterapii?

Systemowym	16,11%
Psychodynamicznym	91,95%
Egzystencjalnym	3,36%
Poznawczo-behawioralnym	3,36%
Gestalt	4,03%
Psychoanalitycznym	10,74%

Wyniki

Wstępna redukcja danych

Analizy przeprowadzono z użyciem programu IBM SPSS Statistics 26.0, wykorzystując macro SPSS R-menu R-Factor v 2.4.2 [34].

W pierwszym kroku przeprowadzono analizę podstawowych statystyk opisowych pozycji testowych. Z analiz wykluczono te pozycje, których wariancja była <1 . Na tej podstawie wykluczono 45 pozycji testowych. Dodatkowo wykluczono pytania z wysokimi wartościami skośności i kurtozy wskazujące na znaczną asymetrię rozkładu odpowiedzi – takich pytań było 31. Łącznie w pierwszym kroku redukcji danych wykluczono 76 pozycji.

Analiza czynnikowa

Następnie przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową metodą głównych składowych z rotacją *varimax*. Początkowa analiza wyodrębniła 44 czynniki mające wartość własną powyżej 1 (kryterium Kaisera), jednak na podstawie kryterium Cattella można było wyodrębnić od 3 do 8 czynników. Konieczne więc było dokonanie kolejnych analiz w celu wyboru najbardziej optymalnej liczby czynników.

Ze względu na brak jednoznacznej informacji na temat liczby czynników, które należałoby uwzględnić w strukturze kwestionariusza, w celu ustalenia ich optymalnej liczby wykorzystano kilka alternatywnych metod, na podstawie których podjęto decyzję o przyjęciu rozwiązania 6-czynnikowego. Wybrano następujące metody: *Velicer's Minimum Average Partial Test* (VMAP), *Comparison Data* (CD), *Parallel Analysis*, OC oraz AF [34]. Z użyciem CD wyróżniono 6 czynników. Najniższą wartością RMSR (0,320) cechowało się rozwiązanie sześcioczynnikowe.

W kolejnym kroku przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową dla 6 czynników. Rozwiązanie 6-czynnikowe zostało potwierdzone za pomocą OC i *Parallel Analysis*. Dla VMAP wyróżniono 12 lub 13 czynników, dla AF – 1 czynnik. Optymalnym wyborem było więc przyjęcie rozwiązania 6-czynnikowego. Z analizy wykluczono pozycje, których wartości ładunków czynnikowych były poniżej 0,5. Analiza całości danych pozwoliła na wyróżnienie sześciu czynników, które łącznie składają się z 75 itemów.

W tabeli 3 zamieszczono informacje na temat rzetelności wyróżnionych czynników. Analiza wykazała wysoką rzetelność wszystkich poszczególnych czynników (na poziomie od 0,79 do 0,94).

Tabela 3. Analiza rzetelności alfa-Cronbacha

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Rzetelność	0,884	0,837	0,912	0,791	0,898	0,943
% wariancji	21,29	5,42	4,54	3,39	3,03	2,91

Poniżej zamieszczono wstępne opisy poszczególnych skal, oparte na wyodrębnionych czynnikach. Zaproponowana charakterystyka skal została opracowana przez członków zespołu badawczego w trakcie wspólnych dyskusji.

Skala I „Pozytywna współpraca z pacjentem”

Skala ta składa się z 16 itemów odnoszących się do pozytywnego stosunku terapeuty do pracy z klientem, z nadzieją na zmianę i akcentowaniem pozytywnej współpracy (np. „Pacjent potrafi dostrzec wewnętrzne przyczyny swoich trudności”). Skala odnosi się do opisu pacjenta przez psychoterapeutę jako takiego, który ma pozytywne nastawienie do terapii, duże możliwości mentalizowania swoich stanów psychicznych, uzyskiwania adekwatnego wglądu w swoje stany wewnętrzne, refleksyjnego myślenia i autorefleksji.

Pozycje wchodzące w skład tej skali mogą się kojarzyć z oceną pacjenta jako posiadającego prawidłową strukturę osobowości, zdolnego do wchodzenia w relację zależnościową, mającego zdolność do refleksji na poziomie łączenia ze sobą różnych aspektów swojego życia i doświadczenia ze wspomnieniami z przeszłości i stosunkiem do terapeuty.

Komplementarna do takiego obrazu pacjenta jest pozytywna ocena przebiegu terapii przez terapeuta. Wysokie wyniki w tej skali mogą świadczyć o tym, że terapeuta widzi korzystne zmiany zachodzące w kliencie, jest pozytywnie nastawiony do pracy z nim. Mogą one jednak oznaczać też nadmierną idealizację pacjenta i relacji z nim.

Skala II „Terapeuta obciążony zaangażowaniem”

Skala ta składa się z 9 itemów i dotyczy reakcji i pragnień pojawiających się w relacji terapeutycznej, które uruchamiają w terapii chęć przekraczania granic, wychodzenia z roli i ramy terapeutycznej ze względu na silną więź z klientem i pragnienie pozostawania z nim w relacji (np. „Mam chęć szczególnego zaopiekowania się tym pacjentem”). Itemy zawarte w tej skali odnoszą się w większości do pragnień przekraczania ram settingu czy wychodzenia poza postawę neutralności typową dla terapii psychodynamicznej.

Wysoki wynik w tej skali może być efektem cech pacjenta utrudniających pracę wglądową, takich jak niestabilność emocjonalna czy nadmierna zależność. Interpretacja skali w ramach koncepcji przeciwprzeniesienia wskazywać może na komplementarną do idealizacji przez pacjenta odpowiedź obejmującą nadmierną chęć opieki, bliskości czy zaangażowania.

Możemy mieć tutaj również do czynienia z aktywizacją pragnień reparacyjnych w stosunku do pacjenta będących wynikiem własnych nieprzepracowanych trudności z okresu rozwojowego.

Skala III „Terapeuta w centrum negatywnego zainteresowania”

Skala ta składa się z 15 itemów (np. „Doświadczam ze strony pacjenta narastających oskarżeń”) i opisuje głównie negatywne emocje, które pojawiają się w relacji między terapeutą i klientem. Skala opisuje przeciwprzeniesieniowe uczucia pojawiające się u prowadzącego terapię, będące odpowiedzią na sytuację terapeutyczną, w której dominującym lub szczególnie obciążającym kontekstem jest poczucie terapeuty, że pacjent jest na nim bardzo skoncentrowany. W skali dominują aspekty odnoszące się do negatywnego przeniesienia pacjenta i odpowiedzi na nie. Przeważające uczucia, których doświadcza terapeuta ze strony klienta, to złość, irytacja, wrogość. Terapeuta ma wrażenie, że pacjent postrzega go jako niezaangażowanego i niezainteresowanego jego trudnościami.

Wysoki wynik w tej skali obrazować może zarówno cechy pacjenta, jak i negatywne przeniesienie na terapeuta. Może być on również efektem nieprzepracowania przez terapeuta reakcji na złość pacjenta.

Skala IV „Terapeuta bez przestrzeni na interwencję”

Skala ta zawiera 6 itemów (np. „Pacjent mówi bez przerwy, nie dopuszczając mnie do głosu”) i opisuje akcentowanie przez terapeuta zachowań klienta, które utrudniają proces terapii przez uniemożliwienie terapeutcie aktywności, ograniczenie jego roli jedynie do obiektu kontenerującego. Skala obrazuje poczucie terapeuty, że zachowanie i aktywność klienta nie pozostawiają terapeutcie miejsca na interwencję. Skala ta może się odnosić do przeciwprzeniesieniowych przeżyć terapeuty, ale może być też zarazem odpowiedzią na opór pacjenta wykazującego się nadmiarową aktywnością lub na zestaw jego cech charakterologicznych skutkujący brakiem zainteresowania opiniami innych osób na swój temat.

Przy wysokim wyniku w tej skali do rozważenia jest także to, jak duże znaczenie może mieć tutaj postawa samego terapeuty (wycofanie i małe zaangażowanie), prowokująca nadaktywne zachowania pacjenta.

Skala V „Terapeuta przytłoczony/przeciążony”

Skala ta składa się z 10 itemów dotyczących głównie do trudu pracy z klientem, który angażuje terapeuta do analizy przebiegu terapii (np. „Częściej niż w pracy z innymi pacjentami pojawiają się we mnie dylematy, które pragnę superwizować”).

Wysoki wynik w tej skali może być związany z bardzo obciążającą i angażującą psychopatologią klienta. Może się on też odnosić do zjawisk przeciwprzeniesieniowych skutkujących nadmiernym zaangażowaniem terapeuty w sprawy pacjenta. Jeśli zaś powtarza się w opisach wielu pacjentów prowadzonych przez terapeuta, może być sygnałem wypalenia zawodowego.

Skala VI „Terapeuta bezradny/niezaangażowany”

Skala ta składa się z 19 itemów opisujących negatywne myśli i przekonania terapeuty dotyczące procesu psychoterapii i relacji z klientem (np. „Myśl o kolejnym spotkaniu z pacjentem budzi we mnie niechęć”). Manifestują się one przede wszystkim unikaniem myślenia o kliencie, reakcjami somatycznymi, brakiem wiary w postępy terapii.

Wysoki wynik w tej skali może być związany ze szczególnie negatywnymi zjawiskami przeciwprzeniesieniowymi – uczuciem niekompetencji, braku wpływu i pragnieniem niezajmowania się pacjentem. W procesach terapeutycznych w modelu psychodynamicznym ten rodzaj przeciwprzeniesienia łączony jest z identyfikacją z pozbawionymi mocy i sprawstwa negatywnymi aspektami obiektu rodzicielskiego. Jeśli powtarza się w opisach wielu pacjentów prowadzonych przez danego terapeutę, może być – podobnie jak w skali V – sygnałem wypalenia zawodowego.

Wysokie wyniki zarówno w skali V, jak i VI wskazują na doświadczanie przez terapeutę wyjątkowo trudnych przeżyć sprzyjających wypaleniu zawodowemu i przez to wymagających wsparcia i superwizji.

Należy również zaznaczyć, że analiza danych umożliwiła stworzenie wstępnych norm stenowych odnoszących się do poszczególnych skal.

Dyskusja

Prezentowany kwestionariusz jest jednym z nielicznych narzędzi analizujących emocje terapeuty w relacji z klientem i według wiedzy autorów – jedynym tego typu narzędziem opracowywanym w Polsce. Jego korzenie związane są z psychodynamiczną wrażliwością i (częściowo) psychodynamiczną konceptualizacją procesu psychoterapii. Opisuje wszakże uniwersalne zjawiska, posługując się prostą, ogólnie zrozumiałą terminologią niezależną od dominującej modalności terapeuty (zob. szerszy opis uniwersalistycznego rozumienia pojęcia przeciwprzeniesienia we *Wstępie*).

KPPP bada emocjonalne reakcje terapeuty, wychodząc poza uproszczony opis przeciwprzeniesienia traktowanego jako artefakt utrudniający terapeutę prawidłową identyfikację z pacjentem i stanowiący przeszkodę w skutecznym jego leczeniu. Nie ogranicza się do wyodrębniania tzw. pozytywnych i negatywnych zachowań przeciwprzeniesieniowych, lecz na podstawie analizy czynnikowej oferuje złożony obraz procesów relacyjnych. Ułatwia terapeutę identyfikację złożonej palety uczuć i przypisanie ich do konkretnych domen. Właściwości psychometryczne narzędzia są zadowalające i wskazują na jego wewnętrzną spójność.

W wyniku przeprowadzonych analiz powstało ostatecznie narzędzie obejmujące 75 stwierdzeń i 6 skal („Pozytywna współpraca z pacjentem”, „Terapeuta obciążony zaangażowaniem”, „Terapeuta w centrum negatywnego zainteresowania”, „Terapeuta bez przestrzeni na interwencję”, „Terapeuta przytłoczony/przeciążony”, „Terapeuta bezradny/niezaangażowany”), opisujących różne wymiary relacji leczący–klient w trakcie procesu terapeutycznego.

Należy zaznaczyć, że w zastosowaniach klinicznych interpretacja wyniku w poszczególnych skalach powinna być odnoszona do dynamiki procesu terapeutycznego.

Wynik może zostać odczytany wprost jako racjonalna analiza siebie, pacjenta i relacji, ale może być również pochodną uwikłania we własne odczucia przeciwprzeniesieniowe. Kwestionariusz dostarcza więc wiedzy wymagającej indywidualnej interpretacji.

Kwestionariusz może mieć wiele zastosowań praktycznych – zarówno naukowych, jak i klinicznych. W zastosowaniach empirycznych może też służyć do połączenia doświadczeń wielu terapeutów w celu identyfikacji powszechnych wzorców reakcji emocjonalnej (przeciwprzeniesienia) w relacji z poszczególnymi grupami pacjentów. Jak dotąd wstępnie udowodniono (przy małej bazie empirycznej) istnienie związków między motywacją klientów do terapii a charakterem przeciwprzeniesienia, a także między reakcjami emocjonalnymi terapeutów a prezentowanymi przez pacjentów symptomami osobowościowymi, oraz wykazano, że silniejsze negatywne odczucia występują podczas pracy ze słabiej funkcjonującymi pacjentami [35]. Przy czym tych przeciwprzeniesieniowych reakcji nie wyjaśnia teoretyczna orientacja terapeuty (mają charakter uniwersalny, niezależny od modalności) [36]. Spójna reakcja emocjonalna na specyficzne zaburzenia osobowości potwierdza empirycznie diagnostyczną użyteczność analizy reakcji emocjonalnej w terapii. Podobnie jedyne polskie badania oceniające perspektywę terapeutów w opisie relacji terapeutycznej [33] pokazało, że terapeuci postrzegali ją jako bardziej problemową w pracy z pacjentami z bardziej nasilonymi objawami chorobowymi i gorzej funkcjonującymi życiowo – analizowano terapię pacjentów z rozpoznaniem psychotycznym leczonych środowiskowo. Ten kierunek badań jest zatem niezwykle obiecujący.

Koncentracja kwestionariusza na problematyce, która jest ważna dla terapeutów i dla praktyki klinicznej, zwiększa prawdopodobieństwo ich udziału w badaniach empirycznych psychoterapii [5]. Metaanalityczne przeglądy prac badających znaczenie przeciwprzeniesienia dla efektywności psychoterapii [14, 37] wskazują na istotny i silny związek pracy nad reakcjami emocjonalnymi terapeuty (opracowywanie przeciwprzeniesienia w relacji) i skuteczności psychoterapii. Kwestionariusz może być więc stosowany także do poprawy praktyki klinicznej, do celów indywidualnej pracy czy superwizji procesu terapeutycznego (kwestionariusz pomaga analizować uczucia przeciwprzeniesieniowe, przez co nie zachodzi konieczność ich odgrywania w działaniu). A trzeba pamiętać, że identyfikowanie emocjonalnych aspektów relacji jest trudne, zwłaszcza w procesie uczenia się psychoterapii.

Jest sporo dowodów na to, że miary sojuszu roboczego we wczesnych stadiach terapii (do piątej sesji) są szczególnie silnymi predyktorami pozytywnych rezultatów terapeutycznych. Największą liczbę badań poświęcono właśnie temu etapowi [38]. Znacznie słabiej eksplorowany jest rozwój przeciwprzeniesienia w toku terapii, wpływ reakcji emocjonalnych terapeuty na przebieg terapii itp. Tak więc treści stanowiące rdzeń procesów superwizyjnych wciąż są słabo obecne w obszarze badań empirycznych. W dodatku potwierdzono, że zmiana w przeciwprzeniesieniu terapeuty z reguły prowadzi do poprawy funkcjonowania klienta [40].

Wydaje się, że omawiany kwestionariusz może być używany na różnych etapach procesu terapeutycznego, ponieważ nie ogranicza się do badania jedynie przymierza mającego szczególne znaczenie na początku sesji [38], a obejmuje szersze zjawiska, jakimi są reakcje emocjonalne terapeuty.

Struktura grupy, która wzięła udział w badaniach nad kwestionariuszem, w dużym stopniu odpowiada danym pochodzącym z ogólnopolskiego opracowania dotyczącego środowiska psychoterapeutów w naszym kraju [40]. W niniejszym badaniu, podobnie jak w badaniu ogólnopolskim [40], widoczna była przewaga kobiet, osób z wykształceniem psychologicznym czy w końcu terapeutów pracujących w modalności psychodynamicznej. Wydaje się zatem, że dane pochodzące od grupy badawczej mogą być w dużej mierze traktowane jako reprezentatywne dla środowiska psychoterapeutów. Należy przy tym zauważyć, że w naszym badaniu przewaga terapeutów psychodynamicznych była jednak znacznie większa niż w opracowaniu Suszka i wsp. [40]. Charakterystyka grupy oraz zebrane dane umożliwiły stworzenie wstępnych norm stenowych dla poszczególnych skal w odniesieniu do terapeutów pracujących w nurcie psychodynamicznym.

Ograniczenia badań własnych

Samoopisowy charakter oceny oznacza, że identyfikowane są te myśli i emocje, których terapeuta jest świadomy, które pamięta i które chce raportować [41]. Rodzi to oczywiste pytania związane z wglądem i obiektywizmem terapeuty. Nieodłącznym elementem tej metody jest pytanie o poziom rozpoznawania swoich obron i emocjonalnych nastawień oraz o zafałszowania związane z potrzebą aprobaty społecznej. Możliwe zatem, że nieprzypadkowo nie okazały się istotne statystycznie (i nie weszły tym samym do ostatecznej wersji) na przykład odpowiedzi wskazujące na erotyzowane przeciwprzeniesienie. Sugeruje to, że w przyszłych badaniach należy zestawiać wyniki z analizy przeciwprzeniesienia przeprowadzonej przez obserwatora i badania pacjenta.

Narzędzie może być używane do oceny jakości relacji terapeutycznej i w ten sposób wspierać pracę na rzecz wzmacniania sojuszu. Z literatury przedmiotu wynika wszakże, że oceny dokonywane przez terapeutów wykazują jedynie umiarkowaną zgodność z ocenami klientów [42]. Tak więc trafność predykcyjna kwestionariusza, w rozumieniu związku wyników ze skutecznością terapii czy gotowością klientów do jej kontynuowania, wymaga dalszych badań.

Istotnym ograniczeniem niniejszego badania jest to, że grupa badawcza była relatywnie mała, gdyż składała się ze 159 terapeutów, w związku z tym wyniki należy traktować jako wstępne. Ponadto wydaje się, że struktura grupy badawczej nie była w wystarczającym stopniu zróżnicowana. W dalszych pracach nad kwestionariuszem należy uzyskać bardziej zróżnicowane dane, również od psychoterapeutów innych nurtów terapeutycznych, tak żeby kwestionariusz posiadał normy dla terapeutów niezależnie od dominującej modalności.

Kolejne ograniczenie badania stanowi fakt, że badanie zostało zrealizowane przez Internet. Zachodzi obawa, że nie została zapewniona w pełni standaryzacja sytuacji badania, ponieważ nie wiadomo, czy i jakie czynniki zakłócające mogły wpłynąć na przebieg badania (nie zweryfikowano, czy badani korzystali z serwisu internetowego w pracy, w domu czy w miejscu publicznym, ani nie ustalono, jakiego rodzaju sprzętu używali). Chociaż link do strony serwisu internetowego z zamieszczonym kwestionariuszem do wypełnienia wysłano konkretnie do członków poszczególnych towarzystw

psychologicznych, psychiatrycznych czy psychoterapii, badacze nie kontrolowali tożsamości osób biorących udział w badaniu. Brak bezpośredniego kontaktu sprawił, że nie można było mieć całkowitej pewności, że osoba zaproszona do badania jest rzeczywiście tą, za którą się podaje.

Ponadto brak metod porównawczych był powodem tego, że nie analizowano trafności narzędzia.

Podsumowanie

W wyniku przeprowadzonych analiz powstał *Kwestionariusz postrzegania procesu psychoterapii przez psychoterapeutę* obejmujący 75 itemów pogrupowanych w 6 skal. Każda ze skal opisuje różne wymiary relacji leczący–klient w trakcie procesu terapeutycznego. Właściwości psychometryczne narzędzia są zadowalające i wskazują na jego wewnętrzną spójność. KPPP zawiera prostą, ogólnie zrozumiałą terminologię niezależną od dominującej modalności terapeuty. Kwestionariusz posiada również wstępne normy stenowe dla terapeutów pracujących w nurcie psychodynamicznym. Ułatwia on terapeutcie identyfikację złożonej palety uczuć i przypisanie ich do konkretnych domen. Może mieć wiele zastosowań praktycznych – zarówno naukowych, jak i klinicznych.

Piśmiennictwo

1. Lambert MJ, Bergin AE. *Achievements and limitations of psychotherapy research*. W: Norcross JC, Goldfried MR. red. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books; 1992. S. 94–129.
2. Czabała JC. *Wyniki badań nad psychoterapią – ich użyteczność dla praktyki klinicznej*. Psychoter. 1994; 4(91): 33–40.
3. Lambert MJ, Ogles BM. *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. W: Lambert MJ. red. *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley; 2004. S. 139–193.
4. Cooper M. *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2010.
5. Coco GL. *Efficacy of psychotherapeutic treatments: Research based on clinical practice*. *Ricerca Psicoanalitica* 2021; 32(2): 387–401.
6. Cuijpers P, Reijnders M, Huibers MJ. *The role of common factors in psychotherapy outcomes*. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2019; 15: 207–231.
7. Norcross JC, Lambert MJ. *Evidence-based therapy relationship. The third task force*. W: Norcross JC, Lambert MJ. red. *Psychotherapy relationships that work, t. 1: Evidence-based therapist contributions*. Oxford: Oxford University Press; 2019. S. 1–21.
8. Sass-Stańczak K, Czabała JC. *Relacja terapeutyczna – co na nią wpływa i jak ona wpływa na proces psychoterapii*. *Psychoterapia* 2015; 1(172): 5–17.
9. Greenberg L. *The therapeutic relationship in emotion-focused therapy*. *Psychotherapy (Chic.)*. 2014; 51(3): 350–357.

10. Gelso CJ, Hayes JA. *Psychoanalityczna wizja relacji terapeutycznej*. W: Gelso CJ, Hayes JA. *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. S. 159–187.
11. Bordin ES. *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 1979; 16(3): 252–260.
12. Kächele H, Erhardt I, Seybert C, Buchholz MB. *Countertransference as object of empirical research?* *Int. Forum Psychoanal.* 2015; 24(2): 96–108.
13. Peluso PR, Freund RR. *Therapist and client emotional expression and psychotherapy outcomes: A meta-analysis*. *Psychotherapy (Chic.)*. 2018; 55(4): 461–472.
14. Hayes JA, Gelso CJ, Hummel AM. *Managing countertransference*. *Psychotherapy (Chic.)*. 2011; 48(1): 88–97.
15. Lingiardi V, Muzi L, Tanzilli A, Carone N. *Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review*. *Clin. Psychol. Psychother.* 2018; 25(1): 85–101.
16. Gabbard GO. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2015.
17. Tonnesmann M. *Przeniesienie i przeciwprzeniesienie*. W: Budd S, Rusbridger R. red. *Współczesna psychoanaliza brytyjska*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2008. S. 231–249.
18. Aleksandrowicz JW. *Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów*. Warszawa: Wydawnictwa Lekarskie PZWL; 2000.
19. Levy RA, Ablon JS, Kächele H. red. *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York: Springer Science & Business Media; 2011.
20. Greenson RR. *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press, Int.; 1967.
21. Gelso CJ, Hayes J. *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. New York: Routledge; 2008.
22. Gelso CJ, Hayes JA. *Przeciwprzeniesienie. Wkład terapeuty w „nierzeczywistą” relację*. W: *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. S. 86–111.
23. Kleinginna PR Jr, Kleinginna AM. *A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition*. *Motiv. Emot.* 1981; 5(4): 345–379.
24. Tracey TJ, Kokotovic AM. *Factor structure of the Working Alliance Inventory*. *Psychol. Assess. J. Cons. Clin. Psychol.* 1989; 1(3): 207–210.
25. Agnew-Davies R, Stiles WB, Hardy GE, Barkham M, Shapiro DA. *Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM)*. *Brit. J. Clin. Psychol.* 1998; 37(2): 155–172.
26. Luborsky L, Johnson S, McLellan T. *The Penn Helping Alliance Questionnaire (HAQ-I): Its composition and its research supports*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania; 1994.
27. Colli A, Lingiardi V. *The Collaborative Interactions Scale: A new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy*. *Psychother. Res.* 2009; 19(6): 718–734.
28. Gaston L. *Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales – Patient version*. *Psychol. Assess. J. Cons. Clin. Psychol.* 1991; 3(1): 68–74.
29. Rössberg JI, Hoffart A, Friis S. *Psychiatric staff members' emotional reactions toward patients. A psychometric evaluation of an extended version of the Feeling Word Checklist (FWC-58)*. *Nordic J. Psychiatry* 2003; 57(1): 45–53.
30. Józefik B. *Psychoterapia jako dyskurs kulturowy*. *Psychiatria Polska*. 2011; 45(5): 737–748.

31. Szymańska A, Dobrenko K, Grzesiuk L. *Cechy pacjenta, jego doświadczenia z przebiegu psychoterapii i skuteczność psychoterapii*. Roczn. Psychol. 2016; 19(3): 583–603.
32. Józefik B, Wolska M, Ułasińska R, Iniewicz G. *Ocena terapii z perspektywy pacjentów i ich rodzin: opracowanie wyników ankiety*. Psychoter. 2003; 2(125): 69–84.
33. Sosnowska M, Prot-Klinger K, Scattergood M, Paczkowska M, Smolicz A, Ochocka M. *Relacja terapeutyczna w psychiatrii środowiskowej z perspektywy pacjenta i terapeuty*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(5): 723–735.
34. Courtney M, Gordon R. *Determining the number of factors to retain in EFA: Using the SPSS R-menu v2 0 to make more judicious estimations*. Pract. Assess. Res. Eval. 2013; 18(1): 8.
35. Nissen-Lie HA, Dahl HS, Høglend PA. *Patient factors predict therapists' emotional countertransference differently depending on whether therapists use transference work in psychodynamic therapy*. Psychother. Res. 2020; 14: 3–15.
36. Colli A, Tanzilli A, Dimaggio G, Lingiardi V. *Patient personality and therapist response: An empirical investigation*. Am. J. Psychiatry 2014; 171(1): 102–108.
37. Hayes JA, Gelso CJ, Goldberg S, Kivlighan DM. *Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings*. Psychotherapy (Chic.). 2018; 55(4): 496–507.
38. Machado D de B, Teche SP, Lapolli C, Tavares BF, Almeida de LSP, Silva da GB i wsp. *Countertransference and therapeutic alliance in the early stage of adult psychodynamic psychotherapy*. Trends Psychiatry Psychother. 2015; 37(3): 133–142.
39. Löffler-Stastka H, Bluemel V, Boes C. *Exploration of personality factors and their predictive impact on therapy utilization: The externalizing mode of functioning*. Psychother. Res. 2010; 20(3): 295–308.
40. Suszek H, Grzesiuk L, Styła R, Krawczyk K. *Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część II. Wyniki ogólnopolskiego badania*. Psychiatria 2017; 14(2): 90–100.
41. Johnsen Dahl HS. *Therapists' feelings in psychodynamic therapy: A study of self-reported countertransference and long-term outcome*. Oslo: University of Oslo; 2012.
42. Shick Tryon G, Collins Blackwell S, Felleman Hammel E. *A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance*. Psychother. Res. 2007; 17(6): 629–642.

Adres: Marta Szwałca
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Katedra Psychiatrii, Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21 A
e-mail: marta.szwalca@uj.edu.pl

Otrzymano: 31.01.2022
Zrecenzowano: 1.06.2022
Otrzymano po poprawie: 2.03.2023
Przyjęto do druku: 23.03.2023