

**Negocjowanie przymierza psychoterapeutycznego:
czy z czasem się zbliżymy?
Wpływ czasu leczenia psychoterapią i modalności,
w jakiej pracuje psychoterapeuta, na rozbieżność
ocen przymierza w diadzie psychoterapeutycznej**

**Negotiating the therapeutic alliance:
Are we going to converge with time?
The effect of psychotherapy treatment duration
and psychotherapist's modality on the discrepancy
in alliance ratings in the psychotherapeutic dyad**

Tomasz Prusiński

Instytut Psychologii, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

Summary

Aim. The study aimed to analyze the discrepancies in alliance ratings in a psychotherapeutic dyad – between the patient and their therapist. It was also examined if these discrepancies differed depending on the modality of the psychotherapist's work.

Material and methods. The cross-sectional study included alliance measurement in 181 psychotherapeutic dyads. Psychotherapeutic processes were investigated at different moments of treatment, from the initial phase until the final one. Three psychotherapeutic modalities were controlled for: psychodynamic and psychoanalytic, cognitive-behavioral and systemic. To verify the hypotheses, the author performed difference tests and first-degree polynomial analysis, looking for a linear trend. Square and cubic trend analyses were also performed.

Results. The assumption that patient–therapist discrepancy would decrease over the course of the psychotherapy process was not supported. The study confirmed the effect of the psychotherapist's modality on patient–therapist discrepancy in alliance quality ratings. Discrepancies were smaller in the case of cognitive-behavioral psychotherapists than in those of the systemic modality.

Conclusions. The results of the analyses show that the asymmetry in alliance perception is a permanent characteristic of the psychotherapeutic process and that changes in this respect depending on treatment duration tend to be small. A smaller patient–therapist discrepancy in alliance ratings may be a function of a quicker and more effective process of clarifying

relational issues in the dyad and may stem from attunement, which forms and develops in the cognitive-behavioral modality.

Słowa kluczowe: przymierze psychotherapeutyczne, różnice w ocenach przymierza, analiza trendów

Key words: therapeutic alliance, discrepancy in alliance ratings, trend analysis

Wprowadzenie

Poszukując czynników znacząco i systematycznie kształtujących efekty leczenia psychoterapią, badacze coraz częściej skupiają się na różnych aspektach relacji psychotherapeutycznej. W szczególności eksplorują przymierze psychotherapeutyczne, ponieważ wyniki dotychczasowych badań wskazują, że jest to warunek skutecznej psychoterapii. Podkreśla się, że motywacja pacjenta do zmiany oraz do uczestniczenia w procesie psychoterapii zależy od jakości zawiązanego przymierza, gdyż modeluje ono kluczową dla pacjenta relację przywiązaniową i dostarcza doświadczeń korektywnych w bezpiecznych warunkach [1–3]. Przymierze okazuje się jednak zjawiskiem zmiennym w czasie psychoterapii, również ze względu na wiele czynników kontekstowych charakteryzujących proces leczenia. Dlatego pojawia się potrzeba precyzyjniejszych studiów nad tym zagadnieniem.

Wychodząc z założenia, że przymierze to doświadczanie pewnych aspektów relacji przez dwie osoby: szukającego pomocy pacjenta i działającego na jego rzecz psychotherapeuty, w ostatniej dekadzie coraz intensywniej bada się zgodność tych percepcji. Wiedza o tym, czy występują różnice w ocenie przymierza, jaka jest ich wielkość, czy są czynniki, które mogą je kształtować, oraz czy rozbieżność ocen przymierza zmienia się w miarę postępu leczenia ma kluczowe znaczenie, zwłaszcza dla psychotherapeuty, bo to on odpowiada za warunki i właściwe zarządzanie procesem psychoterapii [4]. To, jak kształtują się oceny przymierza ze strony psychotherapeutów i pacjentów, tj. czy się od siebie oddalają, czy też się do siebie zbliżają w różnych momentach procesu psychoterapii, stanowi przedmiot tego studium empirycznego.

Odległość między ocenami pacjenta i psychotherapeuty

Relacyjna teorii psychoterapii [1,5], wedle której proces psychotherapeutyczny kształtowany jest przez dwie osoby, wskazuje, że wzajemne odnoszenie się do siebie pacjenta i psychotherapeuty oraz ich poglądy na to, co dzieje się między nimi, zmieniają się w czasie i mają swoją dynamikę [6]. Pacjent i psychotherapeuta, bilansując osiągnięcia w zakresie celów i realizacji zadań, zbliżają się do siebie i oddalają się od siebie, a istniejąca między nimi więź fluktuuje – wzmacnia się i osłabia [7]. Często procesy te zachodzą intensywniej po jednej ze stron i odczuwane są przez nią mocniej, co znajduje odzwierciedlenie w dokonywanych ocenach. Sojusz może być różnie oceniany, a oceny nie muszą się pokrywać.

Dzieje się tak, ponieważ nieustanny proces negocjacyjny sojuszu, w którego trakcie mamy okresy zmian i przestojów, jest centralnym zjawiskiem w całym leczeniu [8]. Może to wynikać z nieodłącznej asymetrii ról szukającego pomocy i pomagającego

czy różnic indywidualnych charakteryzujących strony, a wpisanych w tę relację [9], ale też może to być efekt czynników kontekstualnych, potencjalnie modelujących sojusz psychoterapeutyczny [10]. Przy czym Manne i wsp. [11] wskazują, że konwergencja ocen przymierza jest również związana z jakością procesów w diadzie – jest pochodną relacji, a nie indywidualnej charakterystyki pacjenta lub terapeuty.

Także wyniki badań empirycznych dotyczących stopnia pokrywania się ocen pacjentów i terapeutów w zakresie ich relacji dowodzą, że istnieją różnice w ocenach przymierza między pacjentem i psychoterapeutą [12]. Rozbieżności te są większe w wypadku krótszych terapii oraz w leczeniu łagodnych i umiarkowanych zaburzeń pacjenta – w porównaniu z ciężkimi zaburzeniami. Zbieżność ocen pacjentów (doświadczających trudności w relacjach i cierpiących na zaburzenia lękowe i osobowości) oraz ocen psychoterapeutów odnośnie do ich wzajemnej relacji jest niska lub co najwyżej umiarkowana [13]. Wedle badaczy głębokość psychopatologii jest istotnym czynnikiem wpływającym na jakość nawiązywanego sojuszu, jako że chaotyczność, niestałość oraz krytyczne podejście do relacji i koncentracja bardziej na potrzebie kontroli niż na budowaniu autentycznego związku często leży u podłoża głębszych zaburzeń, z którymi zjawia się pacjent [14].

Co więcej, zwracając uwagę na kierunek tych rozbieżności, wskazuje się, że to subiektywne oceny psychoterapeutów dotyczące przymierza są niższe [15], co może wynikać z ich poczucia nadmiernej odpowiedzialności i zbytniego krytycyzmu wobec osiągania założonych efektów procesu leczenia. Znajduje to odzwierciedlenie w ostrożnych ocenach sojuszu [16] lub może być pochodną niedoceniań swojej pracy, wynikającego z poczucia braku kompetencji (zwłaszcza u młodszych stażem psychoterapeutów) [17]. Różne poglądy na temat jakości przymierza i niższe oceny przymierza mogą być sygnalizowane w procesie psychoterapii przez obniżenie zrozumienia dla działań i wysiłku pacjenta. Mogą one zarazem usztywniać i formalizować więź, co wtórnie będzie zmniejszało zaangażowanie pacjenta i finalnie raczej utrudni osiągnięcie pożądanej zmiany w leczeniu [5,15,18,19].

Kwestia szacowania rozbieżności ocen ze względu na długość czasu psychoterapii wciąż wzbudza kontrowersje. Marmarosh i Kivlighan [20] stwierdzili, że im dłuższy czas leczenia psychoterapią, tym mniejsza zgodność ocen zawiązanego przymierza. Początkowo oceny pacjentów i psychoterapeutów na temat ich relacji są bardziej zbieżne. Ustalono również, że większe rozbieżności dotyczą tych okresów psychoterapii, kiedy pacjent ujawnia na sesjach objawy leczonego zaburzenia [16]. W tych ostatnich badaniach pojawiły się jednak odmienne wnioski niż u Marmarosh i Kivlighana [20]. Atzil-Slonim i wsp. [16] dowiedli bowiem, że rozbieżność ocen zmniejszała się w miarę postępów leczenia psychoterapią. Podobny trend narastania zbieżności ocen sojuszu potwierdzają też Laws i wsp. [19]. Konwergencję ocen przymierza psychoterapeutycznego badacze ci tłumaczą początkowym procesem negocjacji w relacji pacjenta i psychoterapeuty, który z czasem zanika, ponieważ diada staje się bardziej dostrójona, a ważne kwestie relacyjne zostają wyjaśnione. Bez względu na stan związku – czy relacja się załamuje, czy rozwija – w miarę przechodzenia z faz konsultacyjnych i wstępnych psychoterapii do faz środkowych i schyłkowych strony diady zaczynają postrzegać przymierze w podobny sposób.

W piśmiennictwie z interesującego nas zakresu brakuje także badań eksplorujących kwestie różnic w ocenach przymierza dokonanych w diadzie pod kątem modalności, w której pracuje psychoterapeuta. Co prawda sposób pracy psychoterapeuty, modalność teoretyczna i wynikające z niej techniki pracy są omawiane w literaturze przedmiotu jako czynnik modelujący przymierze, jednak częściej badania dotyczą jego różnicującego efektu wobec rozwoju przymierza [21], zwłaszcza w jego wczesnej fazie [22], czy wobec jego jakości [23]. Badania nad sojuszem obejmują głównie jeden z dwóch rodzajów leczenia: terapię behawioralno-poznawczą (CBT) lub terapię psychodynamiczną [21, 24]. Pozostałe podejścia są rzadko analizowane jako separowane strategie leczenia [25], a niektóre z nich częściej eksploruje się w kontekście psychoterapii par lub rodzin, rzadziej zaś w psychoterapii indywidualnej [26]. Nie wiadomo zatem, czy zbieżność ocen przymierza w diadzie psychoterapeutycznej może być również wyjaśniana modalnością, w jakiej pracuje psychoterapeuta.

Model pomiaru przymierza

W niniejszym studium empirycznym przyjęto Bordinowski model sojuszu psychoterapeutycznego, zwany przymierzem w działaniu [27]. Przymierze w działaniu jest w nim traktowane jako wynik porozumienia i współpracy w diadzie pacjent – psychoterapeuta, natomiast kategoria doradzania czy prowadzenia występuje tu w najmniejszym stopniu. Formuła operacjonalizacyjna uwzględniająca współpracę i wzajemną zgodę na proces leczenia psychoterapią jest najbardziej odpowiednia w badaniu dystansu między oceną relacji przez pacjenta i psychoterapeutę. Różnice perspektyw w mniejszym stopniu biorą się tutaj ze sposobu pomiaru, przed czym przestrzegali Hartmanni wsp. [15]. W opartym na modelu Bordinowskim narzędziu, jakim jest *Working Alliance Inventory* [28], psychoterapeuta proszony jest o własną ocenę przymierza terapeutycznego, nie zaś o ocenę perspektywy pacjenta. Przymierze dodatkowo rozumiane jest tu szeroko, jako triada: uzgodnionych celów, wyznaczonych zadań oraz rozwiniętych więzi i zakłada się, że te elementy są uniwersalne, tj. obecne w każdym procesie psychoterapeutycznym.

Cel badań

Na podstawie analizy zagadnienia i przeglądu literatury przedmiotu można stwierdzić, że zwłaszcza dwie kwestie wymagają dalszego rozpoznania. Po pierwsze, potrzebna jest kontynuacja badań nad tym, czy czas leczenia wpływa na różnice w ocenie przymierza. A zatem jak rozbieżności, czyli różnice między pacjentem i psychoterapeutą w postrzeganiu przymierza psychoterapeutycznego, będą się zmieniały w zależności od długości trwania procesu psychoterapii. Po drugie, należy sprawdzić, czy modalność, w jakiej pracuje psychoterapeuta, oddziałuje na różnice w ocenie przymierza. A zatem czy rozbieżności między pacjentem i psychoterapeutą w postrzeganiu przymierza psychoterapeutycznego będą różne w zależności od sposobu pracy psychoterapeuty w tej diadzie. W tym zakresie postawiono dwie hipotezy:

H₁: Różnice między pacjentami i psychoterapeutami w ocenie przymierza będą się zmniejszały w trakcie procesu psychoterapii – wykazując coraz większą zbieżność perspektyw, tj. coraz bardziej zbliżone postrzeganie stanu związku.

H₂: Istnieją różnice w zbieżności ocen przymierza ze względu na modalność, w jakiej pracuje psychoterapeuta.

Material i metody

Uczestnicy

W zaprojektowanym badaniu poprzecznym uczestniczyło 170 diad. Próba składała się z pacjentów korzystających z indywidualnego leczenia ambulatoryjnego w ramach praktyki prywatnej lub państwowej.

Pacjenci, zdiagnozowani przez psychiatrę i/lub psychologa na podstawie klasyfikacji ICD-10, cierpieli z powodu: zaburzeń adaptacyjnych ($n=20$; 11,8%), zaburzeń lękowych i fobii ($n=13$; 7,6%), zaburzeń afektywnych ($n=63$; 37,1%), zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu ($n=45$; 26,5%), zaburzeń osobowości ($n=15$; 8,8%), zaburzeń jedzenia ($n=14$; 8,2%). Kobiety stanowiły 43,5% próby ($n=74$), a mężczyźni 56,5% ($n=96$). Pacjenci w większości mieli wykształcenie średnie ($n=77$; 45,2%) lub wyższe ($n=88$; 51,7%) i byli w wieku od 18 do 80 lat ($M=36,90$ lat; $SD=11,77$ lat). Miasta zamieszkiwało 87,6% pacjentów, 64,1% pozostawało w związkach małżeńskich lub partnerskich.

Grupa psychoterapeutów liczyła 108 osób (wstępną liczbę 115 badanych pomniejszono o 7 osób ze względu na brak wykształcenia w zakresie psychoterapii), w tym 65 kobiet i 43 mężczyzn w wieku od 27 do 64 lat ($M=43,44$ lat; $SD=9,31$ lat). Pracowali oni w modalnościach: psychoanalitycznej i psychodynamicznej (27,1%), CBT (40,6%) oraz systemowej (32,4%). Wszyscy psychoterapeuci ukończyli szkolenie lub byli w trakcie szkolenia w zakresie psychoterapii. Prawie 66,5% badanych psychoterapeutów pracowało w zawodzie dłużej niż 5 lat. Sesje psychoterapii były zasadniczo 50-minutowe ($M=52,91$ minut; $SD=9,56$ minut), a ich liczba w momencie pomiaru wahała się od 3 do 72 ($M=22,91$; $SD=18,13$).

Pomiar zmiennych

Przymierze psychoterapeutyczne

Przymierze oszacowano pełną wersją WAI [28] w polskiej adaptacji [29]. Użyto dwóch wersji WAI: dla pacjenta (WAI-PC) i dla psychoterapeuty (WAI-PT). Każda z nich składa się z 36 analogicznych twierdzeń operacjonalizujących konstrukt przymierza w działaniu, które badany ocenia na skali Likerta jako trafnie bądź nietrafnie opisujące współpracę w ocenianej diadzie pacjent–psychoterapeuta.

Rzetelność pomiaru wyniosła: $\alpha_{\text{WAI-PC}}=0,98$ oraz $\alpha_{\text{WAI-PT}}=0,97$. CFA [29], podobnie jak eksperymentalna analiza zmian nieprzypadkowych [30], wykazały, że pomiar WAI jest trafny.

*Dane demograficzne, aspekty formalne i kontekstualne
prowadzonego procesu psychoterapii*

Zastosowano rozbudowaną ankietę demograficzną (AD) pozwalającą na kontrolę zmiennych demograficznych (np. płeć, wiek, wykształcenie) oraz zmiennych istotnych z punktu widzenia tematyki badania (modalność, w jakiej pracuje psychoterapeuta, długość stażu pracy psychoterapeuty, liczba odbytych sesji w ramach prowadzonej psychoterapii, długość sesji). Narzędzie przygotowano w dwóch wersjach: dla pacjenta i psychoterapeuty. Ankieta przeznaczona dla psychoterapeuty zawierała pytania o zmienne określające formalne aspekty procesu psychoterapii oraz zmienne z kontekstu prowadzonej psychoterapii.

Procedura i harmonogram pomiaru

W pierwszej kolejności pacjent i psychoterapeuta byli powiadamiani o celu badania i proszeni o wyrażenie na nie zgody w protokole zgody. Wszyscy uczestnicy badania wyrazili świadomą i pisemną zgodę, a badanie zostało zatwierdzone przez uniwersytecką komisję etyczną (numer 169/188). Pomiar wykonywany był zawsze po zakończonej sesji psychoterapeutycznej. Pomiar prowadził asystent badacza lub psychoterapeuta był proszony o przekazanie kwestionariusza pacjentowi. Pacjent zwracał wypełniony kwestionariusz w specjalnie przygotowanej kopercie, co gwarantowało, że nikt poza badaczem na zapozna się z odpowiedziami. Najpierw mierzono przymierze, następnie badani wypełniali metryczkę zawierającą pytania o dane socjodemograficzne, aspekty formalne i kontekstualne. Uczestnicy nie otrzymywali wynagrodzenia za udział w badaniu. Po zakończeniu wypełniania kwestionariuszy proszono badanego o sprawdzenie, czy odpowiedział na wszystkie pozycje w zestawie, dzięki czemu nie odnotowano braków w odpowiedziach osób badanych.

Przeprowadzono jednorazowy pomiar każdej diady. Przymierze mierzono w różnych momentach procesu psychoterapii. Kontrolowano moment pomiaru przymierza. Pomiary były wykonywane w podobnych momentach rozumianych jako kolejne odbywające się sesje. Dobór osób do badania miał charakter ekspercki. Osoby badane dobierane były celowo, tj. w sposób subiektywny, aby otrzymać próbę reprezentującą możliwie najszerzej wartości istotnej zmiennej niezależnej kontekstowej (np. rodzaj modalności, w jakiej pracował psychoterapeuta, liczba odbytych sesji w ramach prowadzonej psychoterapii).

Wyniki

Różnice w ocenie przymierza a długość trwania psychoterapii

W celu zweryfikowania hipotezy H_1 , postulującej zmniejszanie się różnic między pacjentami a psychoterapeutami w ocenie przymierza w miarę postępów psychoterapii, przeanalizowano globalne oceny przymierza pochodzące od pacjentów i psychoterapeutów oraz wyznaczono różnice między tymi ocenami. Na tak przygotowanych danych

przeprowadzono analizę trendów, korzystając z analizy wielomianów. Zgodnie z H_1 przeprowadzono analizę wielomianu pierwszego stopnia – liniowy trend malejący oraz wykonano analizy trendu kwadratowego i sześciennego. Tabela 1 przedstawia wyniki analiz, a wykresy 1 i 2 podsumowują uzyskane rezultaty.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla ocen przymierza psychoterapeutycznego oraz różnic między pacjentami a psychoterapeutami ocenie przymierza, wyodrębnione ze względu na moment procesu leczenia oraz wyniki analiz wielomianu (trend liniowy, kwadratowy i sześcienny)

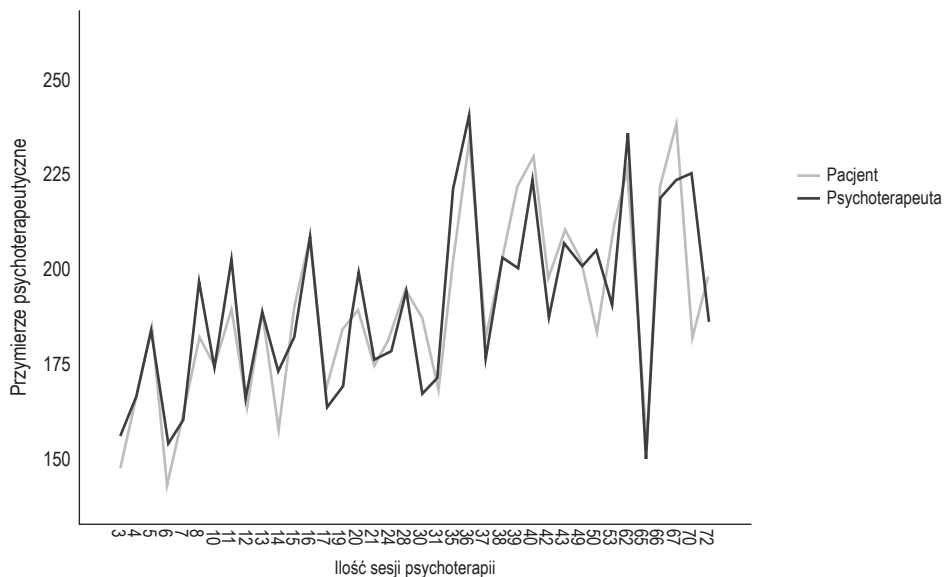
Sesja	Przymierze		Różnica P ↔ T			Analiza wariancji i analiza wielomianu	
	M(P)	M(T)	M	SD	M		
3	148,29	155,57	-7,29	27,09	21,57		
4	161,75	165,75	-4,00	20,16	14,75		
5	182,71	181,57	1,14	27,93	19,71		
6	145,67	154,33	-8,67	15,04	9,33		
7	162,50	160,50	2,00	18,14	15,40		
8	182,00	196,17	-14,17	23,61	20,50		
10	174,44	174,89	-0,44	26,02	19,11		
11	189,50	204,00	-14,50	22,20	18,83		
12	164,33	164,50	-0,17	18,84	15,17		
13	187,33	189,67	-2,33	15,57	11,67		
14	157,20	173,00	-15,80	27,37	21,40		
15	189,54	182,23	7,31	14,34	12,23	F (df ₁ ;df ₂)	
16	206,00	209,33	-3,33	29,20	21,33	0,90* (37;132)	
17	168,33	163,00	5,33	10,69	10,00		
19	184,25	169,25	15,00	26,58	20,50	Wielomian liniowy	
20	189,29	198,71	-9,43	25,11	22,00	K _{SKŁADNIKA}	F _{ODCHYLENIE}
21	175,00	176,00	-1,00	14,73	11,67	0,01*	0,92*
24	182,50	178,50	4,00	19,13	14,50		
28	195,21	194,29	0,93	14,13	11,07	Wielomian kwadratowy	
30	187,29	167,57	19,71	31,77	24,00	K _{SKŁADNIKA}	F _{ODCHYLENIE}
31	169,00	171,67	-2,67	23,54	16,00	0,91*	0,92*

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

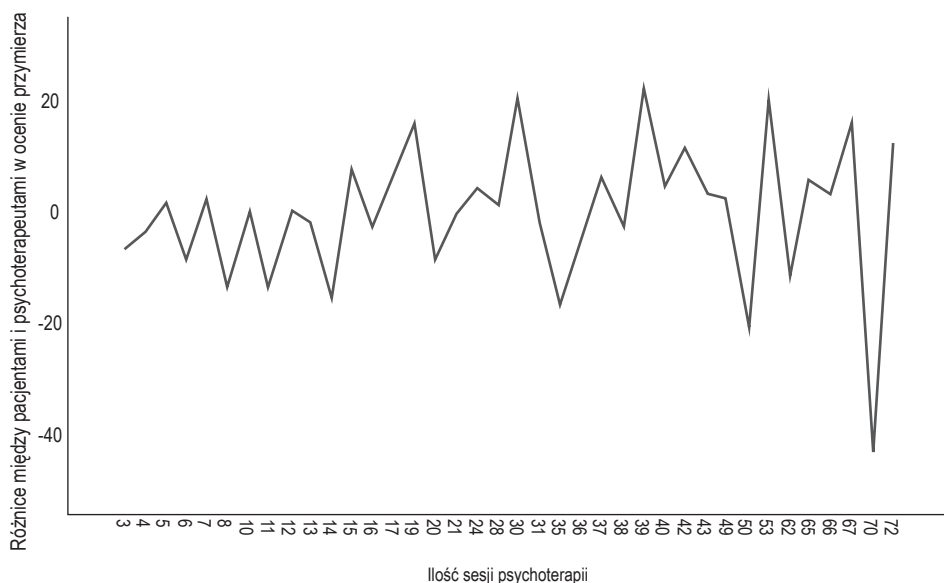
35	203,00	220,33	-17,33	18,23	17,33		
36	234,50	241,50	-7,00	5,66	7,00	Wielomian sześcienny	
37	180,25	174,50	5,75	14,55	11,25	$K_{\text{SKŁADNIKA}}$	$F_{\text{ODCHYLENIE}}$
38	200,00	203,00	-3,00	12,00	9,00	0,11*	0,95*
39	221,50	200,00	21,50	10,61	21,50		
40	229,00	225,00	4,00	25,46	18,00		
42	197,50	186,50	11,00	22,63	16,00		
43	210,00	207,00	3,00	4,24	3,00		
49	202,50	200,50	2,00	16,97	12,00		
50	183,00	205,00	-22,00	0,00	22,00		
53	210,00	190,00	20,00	67,89	48,00		
62	226,00	237,50	-11,50	6,36	11,50		
65	155,00	149,50	5,50	17,68	12,50		
66	221,00	218,00	3,00	15,56	11,00		
67	238,00	223,00	15,00	8,49	15,00		
70	181,50	225,00	-43,50	26,16	43,50		
72	198,25	186,00	12,25	19,91	12,25		

Sesja – liczba sesji, po których nastąpił pomiar przymierza psychoterapeutycznego u pacjenta i psychoterapeuty; M(P) – średnia ocena przymierza psychoterapeutycznego dokonana przez pacjenta; M(T) – średnia ocena przymierza psychoterapeutycznego dokonana przez psychoterapeutę; Różnica P ↔ T – różnica między pacjentem a psychoterapeutą w ocenie przymierza; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; $|M|$ – średnia z wartości bezwzględnych różnic; F – jednoczynnikowa analiza wariancji; $K_{\text{SKŁADNIKA}}$ – kontrast dla rozpatrywanego trendu; $F_{\text{ODCHYLENIE}}$ – odchylenie dla rozpatrywanego trendu

*test nieistotny statystycznie



Wykres 1. Zmiany ocen przymierza u pacjentów i psychoterapeutów w różnych momentach leczenia psychoterapią



Wykres 2. Wartości różnic między pacjentami i psychoterapeutami w ocenie przymierza w kolejnych momentach leczenia psychoterapią

Rezultaty przeprowadzonych analiz nie pozwalają stwierdzić, że istnieje istotny statystycznie wpływ momentu pomiarowego na różnice między pacjentami a psychoterapeutami w ocenie przymierza. Co prawda odnotowano różnice między pacjentami a psychoterapeutami w ocenie przymierza w każdym momencie pomiarowym, jednak są one zazwyczaj niewielkie, a ich kierunek jest zmienny. Różnice w wartości bezwzględnej wskazują, że rozbieżności w ocenach są zbliżone do siebie w wielu momentach pomiarowych. Nie obserwuje się zakładanego w hipotezie spadku różnic.

Lecz najważniejsze jest to, że różnice ocen przymierzanie wykazują żadnej nieprzypadkowej tendencji w czasie. Nie odnaleziono zakładanego w H_1 trendu przy przechodzeniu różnic przez kolejne poziomy czynnika. Kontrast dla składnika liniowego oraz odchylenie standardowe są nieistotne statystycznie. Linearny trend spadkowy nie występuje. Zmiany różnic w ocenach przymierza nie przyjmują również funkcji drugiego, a nawet trzeciego stopnia.

Różnice w ocenie przymierza a modalność, w jakiej pracuje psychoterapeuta

W celu weryfikacji hipotezy H_2 , wskazującej na istnienie różnic w zbieżności ocen przymierza ze względu na modalność, w jakiej pracuje psychoterapeuta, przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) w planie grup niezależnych. Zmienna niezależna – modalność, w jakiej pracuje psychoterapeuta – została zoperacjonalizowana na trzech poziomach, czyli jako modalność: psychoanalityczna i psychodynamiczna, behawioralno-poznawcza (CBT) oraz systemowa. Analizy przeprowadzono na różnicach między ocenami przymierzawyekstrahowanych z globalnych estymacji przymierza dokonanych przez pacjentów i psychoterapeutów. Tabela 2 przedstawia wyniki analiz.

Tabela 2. Statystyki opisowe dla różnic między pacjentem a psychoterapeutą w ocenie przymierza, wyodrębnione ze względu na modalność, w jakiej pracuje psychoterapeuta, oraz wynik analizy wariancji

Modalność, w jakiej pracuje psychoterapeuta	n	Przymierze						F (df ₁ ;df ₂)
		M(P)	M(T)	Różnica P ↔ T				
				M	SD	Min.	Max.	
Psychoanalityczna i psychodynamiczna	46	176,76	178,33	−1,57	19,42	−49	35	4,25* (2; 167)
Behawioralno- poznawcza	69	198,09	202,96	−4,87	22,79	−62	55	
Systemowa	55	171,29	164,93	6,36	24,10	−53	85	

M(P) – średnia ocena przymierza psychoterapeutycznego dokonana przez pacjenta; M(T) – średnia ocena przymierza psychoterapeutycznego dokonana przez psychoterapeuta; Różnica P ↔ T – różnica między pacjentem a psychoterapeutą w ocenie przymierza; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min. – minimalna wartość; Max. – maksymalna wartość; F – jednoczynnikowa analiza wariancji

*test istotny statystycznie

Rezultat przeprowadzonej analizy wariancji ANOVA wskazał na istotny statystycznie wpływ modalności, w jakiej pracuje psychoterapeuta, na różnice między pacjentami a psychoterapeutami w ocenie przymierza. Co prawda odnotowano różnice między pacjentami a psychoterapeutami w ocenie przymierza w każdej badanej modalności, jednak średnie różnice były zazwyczaj niewielkie, a ich kierunek okazał się zmienny. Porównania *post-hoc* za pomocą testu Bonferroniego ujawniły istotne statystycznie różnice między modalnością behawioralno-poznawczą a systemową. Między pozostałymi modalnościami nie stwierdzono istotnych różnic.

Największe rozbieżności w ocenie przymierza zaobserwowano w wypadku psychoterapii systemowej. Co istotne, dla psychoterapii systemowej uzyskano określany wcześniej w innych badaniach kierunek rozbieżności, wskazujący, że psychoterapeuci zaniżają subiektywne oceny przymierza. Dla pozostałych modalności psychoterapii uzyskano wynik odwrotny i mniejsze rozbieżności w ocenach. Hipotezę H_2 potwierdzono, aczkolwiek jedną postulowaną różnicą w rozbieżnościach ocen.

Dyskusja

Relacyjna teoria psychoterapii, wedle której przymierze psychoterapeutyczne kształtowane jest przez dwie strony, pacjenta i psychoterapeutę, dostarcza teoretycznego wsparcia dla badań eksplorujących zagadnienie zgodności między percepcją pacjenta i psychoterapeuty w zakresie przymierza psychoterapeutycznego. Postuluje się, że centralnym zjawiskiem jest tutaj nieustanna negocjacja przymierza w miarę postępów leczenia [8], a poglądy i oceny odnośnie do tego przymierza obu stron procesu psychoterapii są zmienne i różne [5,6]. Większość przeprowadzonych dotychczas badań przynosi kolejne empiryczne dowody w tym zakresie [12,15]. Prezentowane tutaj studium empiryczne również odkryło różnice w ocenie przymierza między pacjentem i psychoterapeutą.

Rezultaty niniejszych analiz, prowadzonych niemalże z sesji na sesję, wskazują jednak, że asymetria w percepcji sojuszu jest niejako stałą właściwością procesu psychoterapeutycznego, a zmiany na tym polu są raczej niewielkie. W miarę postępu procesu psychoterapii, operacjonalizowanego długością czasu psychoterapii, po którym następowało porównywanie ocen przymierza, rozbieżności zasadniczo nie ulegają istotnym zmianom. Dowodem jest brak trendów, nie tylko spadkowych czy wzrostowych, w analizowanych rozbieżnościach. Nie udało się też wpisać funkcji drugiego czy trzeciego stopnia w odkryte rozbieżności ocen przymierza. Różnice ocen przymierza pojawiają się w różnych momentach prowadzonych psychoterapii.

Być może w ten specyficzny rodzaj wymiany społecznej, jaką jest psychoterapia, wpisany jest nieustanny mechanizm negocjacyjny [8], a potrzeby pacjenta szukającego wsparcia w doświadczanych trudnościach i pomoc oferowana przez psychoterapeutę nigdy nie są w stanie osiągnąć ścisłej zgodności. Perspektywy stron diady nie uzyskują wzajemnego pokrycia, kiedy obserwuje się je w kolejnych fazach psychoterapii [31]. Przypuszczalnie to częste występowanie nieliniowych rozbieżności ocen, ich czasowych spadków i wzrostów, jest funkcją dynamicznego przeplatania się w psychoterapii zamiennie dwóch okresów: kiedy pojawiają się ważne pozytywne zmiany znaczeń

w wyobrażeniach pacjentów o sobie i o własnych problemach [31] oraz epizodów przestoju, gdy proces powstawania nowych znaczeń zostaje tymczasowo wstrzymany [32], a także funkcją dopisaną do tych momentów afektywnej komponenty, wzmacniającej doświadczenia zarówno pacjenta, jak i psychoterapeuty.

Być może pozytywne zmiany – zgodnie z definicją Horvatha [33] rozumiane jako zdarzenia interpersonalne w postaci przeżyć wzmacniających, momentów zasadniczej zmiany czy konkretnych osiągnięć – zachodzą tylko w niewielkich fragmentach sesji, a jakość reszty relacji psychoterapeutycznej jest funkcją oddalania się od tych zdarzeń interpersonalnych, które nastąpiły, i zbliżania do następnych. Czas pracy pacjenta i psychoterapeuty, wraz z towarzyszącymi mu spadkami i wzrostami motywacji, między momentami pozytywnych zmian może być wysycony niepewnością, wątpliwościami i krytycyzmem, zwłaszcza wobec relacji, na której dochodzenie do tych osiągnięć jest oparte. Odkryte rozbieżności w ocenach sojuszu mogą być bezpośrednim odzwierciedleniem tych fluktuacji, będących stałą cechą opisanego wyżej procesu. Na podobną dynamikę i występowanie okresów z chwilowo większymi rozbieżnościami i zbieżnościami wskazują Laws i wsp. [19], którzy podkreślają, że jednakowe rozumienie procesu i identyczne subiektywne doświadczenie związku przez pacjenta i psychoterapeutę ma często charakter chwilowy.

Kierunek uzyskanych różnic wskazuje, że istotny wkład w te utrzymujące się rozbieżności nie zawsze wnoszą psychoterapeuci, których skłonność do systematycznego niedoceniań sojuszu dyskutowano wcześniej [15]. To czasami pacjenci wyrażają niższe oceny przymierza. Poddani badaniu psychoterapeuci w większości mieli kilkuletnie doświadczenie zawodowe i w zakresie kształcenia. Tym samym w mniejszym stopniu mogło z tego wynikać poczucie braku kompetencji i niedoceniań swojej pracy, którymi tłumaczono [17] niskie oceny wydawane przez psychoterapeutów. Trudno przesądzić, czy branie odpowiedzialności za realizację celów i zadań i wynikający z tego krytycyzm psychoterapeutów [16] mogły zasadniczo i systematycznie kształtować utrzymujące się rozbieżności. Być może nie bez znaczenia jest również psychopatologia pacjenta, która jednak w tych badaniach nie była kontrolowana, a analizowana grupa pacjentów była pod tym względem zróżnicowana.

W końcu przedyskutowania wymaga kwestia, czy modalność, w jakiej pracuje psychoterapeuta, kształtuje różnice w rozbieżnościach ocen przymierza. W niniejszych badaniach taki efekt – chociaż niewielki – uzyskano tylko dla porównania CBT i psychoterapii systemowej. Zaobserwowano, że w wypadku psychoterapeutów pracujących w modalności behawioralno-poznawczej rozbieżności w ocenach przymierza były mniejsze niż w wypadku psychoterapeutów pracujących systemowo.

Można przypuszczać, że jest to związane z tym, że jak ustalono wcześniej terapia behawioralno-poznawcza w porównaniu z innymi podejściami daje optymalne możliwości stworzenia przymierza, zarówno na poziomie definiowania jego celów i zadań, jak i na poziomie rozwoju więzi [21, 34, 35]. Nawiązując do ustaleń Folmo i wsp. [22], dodać należy, że optymalizacja ta zachodzi nie tylko we wczesnych fazach rozwoju sojuszu, ale też wówczas, gdy trwa on dłużej i wykracza poza pierwszych kilka sesji. Argumentuje się, że psychoterapie behawioralno-poznawcze mogą kłaść większy nacisk na kluczowe dla procesu leczenia aspekty, czyli współpracę w zakresie zadań

i celów [36, 37], niż terapie psychodynamiczne, które mogą bardziej skupiać się na więzi, czyli emocjonalnym związku między terapeutą a pacjentem [21]. Mniejsza rozbieżność w ocenach przymierza między pacjentem i psychoterapeutą może być funkcją szybszego i efektywniejszego procesu wyjaśnienia kwestii relacyjnych w diadzie oraz dostrojenia, zachodzącego i rozwijanego w modalności CBT.

Implikacje kliniczne i dalsze badania

Wyniki prezentowanych badań mają implikacje kliniczne, na które należy zwrócić uwagę. Psychoterapeuci i pacjenci powinni mieć świadomość występowania rozbieżności w ocenie przymierza w różnych momentach procesu psychoterapeutycznego i je akceptować. Może to paradoksalnie pomóc w budowaniu silniejszego przymierza, ponieważ oswaja strony diady z możliwością pojawienia się takich rozbieżności. Badania wskazują także na istnienie nieustannego procesu negocjacji sojuszu na różnych etapach procesu psychoterapeutycznego. Dodatkowo wiedza psychoterapeuty o tym, jak doświadczany jest sojusz przez jego pacjenta, pozwala na odpowiednie zarządzanie procesem, tak aby współpraca była skuteczna i nie groziła przerwaniem leczenia. Badanie wniosło też niewielki wkład, jeśli chodzi o analizę rozbieżności w ocenie przymierza ze względu na modalność, w jakiej pracuje psychoterapeuta.

Warto przy tym określić niektóre dalsze kierunki badań. Badanie rozbieżności ocen sojuszu powinno się prowadzić, wykonując wielokrotny, a nie tylko punktowy pomiar sojuszu w jednej diadzie psychoterapeutycznej. Pozwoli to określić, jak rozbieżności w ocenie sojuszu kształtują się w ramach jednego całego procesu psychoterapeutycznego. Trzeba badać rozbieżności w ocenie przymierza w jednolitych pod względem zmiennych kontekstowych (psychopatologia pacjenta, farmakoterapia) grupach pacjentów. Należałoby ponadto zbadać związek rozbieżności w ocenie sojuszu z wynikami leczenia, ponieważ nadal istnieje niewielka wiedza w tym zakresie.

Ograniczenia

Do kluczowych ograniczeń tego studium empirycznego musimy zaliczyć niewielkie liczebnie grupy pacjentów i psychoterapeutów, gdyż na podstawie ich wyników estymowano oceny przymierza, a ponadto brak kontroli ważnych zmiennych niezależnych (np. rodzaj zaburzenia, długość stażu pracy psychoterapeuty). Udało się wyodrębnić tylko trzy homogeniczne grupy ze względu na modalność, w jakiej pracował psychoterapeuta. Pominięto ważny czynnik, jakim jest farmakoterapia, i jego ewentualne znaczenie dla oceny sojuszu psychoterapeutycznego. Chociaż przyjęto uniwersalny model rozumienia i pomiaru przymierza psychoterapeutycznego, to trzeba podkreślić, że pojęcie więzi może być – zależnie od modalności – różnie definiowane przez psychoterapeutów i to jego odmienne rozumienie może być potencjalnym źródłem błędów wpływającego na wynik oceny przymierza.

Piśmiennictwo

1. Arntz A, Van Genderen H. *Schematherapy for borderline personality disorder*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2020.
2. 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.
3. Prusiński T. *The strength of alliance in individual psychotherapy and patient's wellbeing: The relationships of the therapeutic alliance to psychological wellbeing, satisfaction with life, and flourishing in adult patients attending individual psychotherapy*. *Front. Psychiatry* 2022;13: 827321.
4. Klajs K. *Poznanwanie pacjenta w psychoterapii ericksonowskiej*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2017.
5. Nissen-Lie HA, Solbakken OA, Falkenström F, Wampold BE, Holmqvist R, Ekeblad A i wsp. *Does it make a difference to be more “on the same page”? Investigating the role of alliance convergence for outcomes in two different samples*. *Psychother. Res.* 2021;31(5):573–588.
6. Atzil-Slonim D, Tschacher W. *Dynamic dyadic processes in psychotherapy: Introduction to a special section*. *Psychother. Res.* 2020;30(5):555–557.
7. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Publications; 2018.
8. Jennissen S, Nikendei C, Ehrenthal JC, Schauenburg H, Dinger U. *Influence of patient and therapist agreement and disagreement about their alliance on symptom severity over the course of treatment: A response surface analysis*. *J. Couns. Psychol.* 2020;67(3):326–336.
9. Markin RD, Kivlighan DM Jr, Gelso CJ, Hummel AM, Spiegel EB. *Clients' and therapists' real relationship and session quality in brief therapy: An actor partner interdependence analysis*. *Psychotherapy (Chic.)* 2014;51(3):413–423.
10. Laska KM, Gurman AS, Wampold BE. *Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective*. *Psychotherapy (Chic.)* 2014;51(4):467–481.
11. Manne SL, Kashy DA, Rubin S, Hernandez E, Bergman C. *Therapist and patient perceptions of alliance and progress in psychological therapy for women diagnosed with gynecological cancers*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2012;80(5):800–810.
12. Tryon GS, Blackwell SC, Hammel EF. *A meta-analytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance*. *Psychother. Res.* 2007;17(6):629–642.
13. 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.
14. Cierpiałkowska L, Frączek A. *Przymierze terapeutyczne w terapii zaburzeń osobowości z perspektywy analizy transakcyjnej*. *Edukacyjna Analiza Transakcyjna* 2017;6:129–144.
15. Hartmann A, Joos A, Orlinsky DE, Zeeck A. *Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: Exploring the divergence*. *Psychother. Res.* 2015;25(4):408–419.
16. Atzil-Slonim D, Bar-Kalifa E, Rafaeli E, Lutz W, Rubel J, Schiefele AK i wsp. *Therapeutic bond judgments: Congruence and incongruence*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2015;83(4):773–784.
17. Fitzpatrick MR, Iwakabe S, Stalikas A. *Perspective divergence in the alliance*. *Psychother. Res.* 2005;15(1–2):69–80.
18. Eubanks-Carter C, Muran J, Safran JD. *Alliance ruptures and resolution*. W: Muran JC, Barber JP. red. *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. New York: Guilford Press; 2010. S. 74–94.

19. Laws HB, Constantino MJ, Sayer AG, Klein DN, Kocsis JH, Manber Ri wsp. *Convergence in patient–therapist therapeutic alliance ratings and its relation to outcome in chronic depression treatment*. Psychother. Res. 2017;27(4):410–424.
20. Marmarosh CL, Kivlighan DM. *Relationships among client and counselor agreement about the working alliance, session evaluations, and change in client symptoms using responses to a surface analysis*. J. Couns. Psychol. 2012;59(3):352–367.
21. Cirasola A, Midgley N, Fonagy P, Martin P; IMPACT Consortium. *The therapeutic alliance in psychotherapy for adolescent depression: Differences between treatment types and change over time*. J. Psychother. Integr. 2021;32(3):326–341.
22. Folmo EJ, Stänicke E, Johansen MS, Pedersen G, Kvarstein EH. *Development of therapeutic alliance in mentalization-based treatment – Goals, Bonds, and Tasks in a specialized treatment for borderline personality disorder*. Psychother. Res. 2020;31(5):604–618.
23. Graves TA, Tabri N, Thompson-Brenner H, Franko DL, Eddy KT, Bourion-Bedes Si wsp. *A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders*. Int. J. Eat. Disord. 2017;50(4):323–340.
24. Chu BC, Skriner LC, Zandberg LJ. *Trajectory and predictors of alliance in cognitive behavioral therapy for youth anxiety*. J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2014;43(5):721–734.
25. Kykyri VL, Tourunen A, Nyman-Salonen P, Kurri K, Wahlström J, Kaartinen Ji wsp. *Alliance formations in couple therapy: A multimodal and multimethod study*. J. Couple Relatsh. Ther. 2019;18(3):189–222.
26. Tourunen A, Kykyri VL, Seikkula J, Kaartinen J, Tolvanen A, Penttonen M. *Sympathetic nervous system synchrony: An exploratory study of its relationship with the therapeutic alliance and outcome in couple therapy*. Psychotherapy (Chic.) 2019;57(2):160–173.
27. Bordin ES. *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. Psychother. Theory Res. Pract. 1979;16(3):252–260.
28. Horvath AO, Greenberg LS. *Development and validation of the Working Alliance Inventory*. J. Couns. Psychol. 1989;2(36):223–233.
29. Prusiński T. *Patients' and psychotherapists' combined and separate evaluations of the psychotherapeutic relationship: The structure of working alliance and Polish versions of the WAI*. J. Contemp. Psychother. 2021;51(4):323–329.
30. Prusiński T. *Trafność pomiaru kwestionariuszem Przymierza w Działaniu WAI-PC (wersja dla pacjenta) w psychoterapii systemowej osób dorosłych. Dowody z eksperymentu przeprowadzonego metodą zmian*. Przegl. Psychol. 2021;64(3):103–111.
31. Mellado A, Suárez N, Altimir C, Martínez C, Pérez J, Krause Mi wsp. *Disentangling the change–alliance relationship: Observational assessment of the therapeutic alliance during change and stuck episodes*. Psychother. Res. 2017;27(5):595–607.
32. Fernández O, Herrera P, Krause M, Pérez J, Valdés N, Vilches Oi wsp. *Episodios de cambio y estancamiento en psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas*. Ter. Psicol. 2012;30(2):5–22.
33. Horvath AO. *The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions*. Psychotherapy (Chic.) 2006;43(3):258–263.
34. Raue P, Castonguay L, Goldfried M. *The working alliance: A comparison of two therapies*. Psychother. Res. 1993;3(3):197–207.
35. Raue P, Goldfried M, Barkham M. *The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy*. J. Consult. Clin. Psychol. 1997;65(4):582–587.

36. Muran CJ, Barber JP. *The therapeuticalliance: An evidence-basedapproach to practice and training*. New York: Guilford Press; 2010.
37. Webb CA, Derubeis RJ, Amsterdam JD, Shelton RC, Hollon SD, Dimidjian S. *Twoaspects of the therapeuticalliance: Differential relations with depressive symptom change*. J.Consult. Clin. Psychol. 2011;79(3):279–283.

Adres: Tomasz Prusiński
e-mail: tomasz.prusinski@op.pl

Otrzymano: 11.06.2023
Zrecenzowano: 26.03.2024
Otrzymano po poprawie: 3.04.2024
Przyjęto do druku: 26.06.2024