

Jarosław Polak, Katarzyna Poniatowska-Leszczyńska

Zróznicowanie stylu pracy psychoterapeutów.

Doniesienie z badań kwestionariuszem
Therapeutic Identity Rolfa Sandella
środowiska psychoterapeutów stowarzyszonych w PTPPd

słowa kluczowe: *tożsamość psychoterapeutyczna, czynniki leczące w psychoterapii, postawy terapeutów, podstawowe wartości terapeutów, kwestionariusz ThId, adaptacja*

Streszczenie: Wyniki badań przedstawione w niniejszym artykule są efektem pierwszych kroków podjętych w celu polskiej adaptacji kwestionariusza Therapeutic Identity (ThId, Tożsamość Psychoterapeuty) autorstwa Rolfa Sandella i jego współpracowników. Dzięki wsparciu Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej badaniem objęto 152 psychoterapeutów zrzeszonych w tej organizacji. W artykule autorzy prezentują charakterystykę osób badanych ze względu na wybrane cechy demograficzne, okoliczności wykonywania zawodu psychoterapeuty, deklarowane założenia teoretyczne leżące u podstaw ich pracy. Przede wszystkim przedstawiono wyniki statystycznej analizy danych o eksploracyjnym charakterze wewnętrznego zróżnicowania oraz obszarów spójności badanej próby pod względem zaproponowanych przez Sandella wymiarów. Należą do nich stosunek do czynników leczących, akceptowanych postaw terapeutycznych oraz uznawanych podstawowych wartości.

Wstęp

Prezentowane wyniki badań są efektem pierwszego etapu przygotowywanych przez autorów badań dotyczących skuteczności psychoterapii psychodynamicznej. Stając przed problemem możliwości określenia sposobów czy też stylów pracy terapeutów w planowanych badaniach, rozpoczęliśmy poszukiwania kwestionariusza, który pozwoliłby nam to zrobić w sposób poprawny metodologicznie. Zdecydowaliśmy się na wykorzystanie kwestionariusza ThId Sandella. Zawarta w nim skala TASC-2 uzyskała obiecujące potwierdzenie swojej trafności empirycznej i teoretycznej, a także rzetelności (Drdla, Loffler-Stastka, 2016; Kachele, 20100), a przede wszystkim powstała w kręgu badaczy związanych z leczeniem w oparciu o teorie psychoanalityczne, przy czym uwzględnia specyficzne dla psychoterapii psychoanalitycznych zjawiska, co było kluczowe, biorąc pod uwagę naszą docelową grupę badawczą. Postanowiliśmy dokonać wstępnej statystycznej oceny własności kwestionariusza w oparciu o samodzielnie uzyskane dane. Niniejszy tekst jest jednym z efektów tej decyzji.

Proces adaptacji kwestionariusza rozpoczął się w 2018 roku, gdy nasz zespół badawczy otrzymał zgodę Rolfa Sandella na jego wykorzystanie. Pierwszy etap adaptacji, czyli tłumaczenie, oparto na rekomendowanej przez Międzynarodową Komisję ds. Testów (Hambleton, 2001) procedurze tłumaczenia zwrotnego, pozwalającej na zminimalizowanie błędów wynikających z przekładu. Dzięki wsparciu Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej pierwsze badanie z użyciem kwestionariusza przeprowadzono we wrześniu 2019 roku, gdy weryfikacji poddano 152 psychoterapeutów zrzeszonych w tej organizacji. Pozwoliło to na wstępne szacowanie trafności kwestionariusza oraz określenie rzetelności jego skal oraz wykonanie pierwszych analiz pozwalających określić właściwości badanej próby.

Pomimo licznych zastrzeżeń metodologicznych dotyczących procesu badań i użytego narzędzia badawczego podjęliśmy się przedstawienia wyników tej analizy. Chcemy szczególnie podkreślić fakt, że to, co opisujemy, nie jest dziełem ukończonym. Poczynione analizy, mimo eksploracyjnego charakteru i niewielkiej próby badanej, wydają się warte opublikowania jako wstęp do refleksji nad tożsamością psychoterapeutyczną psychoterapeutów zrzeszonych w PTPPd. Jest ona udziałem zarówno członków tej organizacji, jak i (wierzymy w to) każdego czytelnika z osobna. Mamy nadzieję, że zaprezentowane analizy stanowią słabe, ale jednak oparte o wyniki badań empirycznych wsparcie dla sądów na temat identyfikacji członków PTPPd.

Kwestionariusz ThId

Kwestionariusz ThId Sandella składa się z trzech części. Część pierwsza pozwala na otrzymanie danych dotyczących wieku, płci, edukacji osób badanych oraz szczegółowych informacji odnoszących się do kształcenia podyplomowego, z naciskiem na formalny rozwój psychoterapeutyczny z uzyskanymi dyplomami, certyfikatami. Ponadto zawiera pytania o długość pracy w określonym sposobie kontaktu z pacjentem, przebieg szkoleniowego doświadczenia własnego bądź/i procesu psychoterapii, regularności poddawania swojej pracy superwizji. Część pytań dotyczy deklarowanej identyfikacji z różnymi orientacjami terapeutycznymi oraz z różnymi założeniami teoretycznymi stosowanymi w pracy. Pozwala to między innymi na ocenę tego, na ile osoba badana integruje różne podejścia terapeutyczne (jeśli tak jest, to które jest dominujące i jakie są deklarowane proporcje korzystania z konkretnych paradygmatów).

Druga część ThId nosi nazwę The Therapeutic Attitudes Scales (TASC-2) i składa się z zestawu pytań podzielonych na trzy grupy. Część ta pozwala na określenie identyfikacji terapeuty z danym stylem terapeutycznym, czynnikami leczącymi oraz podstawowymi założeniami. Ponieważ w tym artykule omówić chcemy głównie wyniki uzyskane za pomocą TASC-2, zostanie ona omówiona szerzej nieco później.

Ostatnia część kwestionariusza ThId zawiera szereg otwartych pytań na temat subiektywnie odczuwanych przez respondentów mocnych stron i trudności związanych z pracą w roli psychoterapeuty. Zostały one częściowo zaczerpnięte przez Sandella z kwestionariusza Psychotherapists Common Core Questionnaire (Orlinsky i in., 1999). Wyniki uzyskane w tej części nie są analizowane w niniejszym artykule.

Styl terapeutyczny może być różny w zależności od pacjenta, diagnozy, którą mu postawiono, czy dynamiki przeniesienia-przeciwprzeniesienia. Tutaj jednak autor kwestionariusza założył, że można określić dominujący rodzaj postawy, którą osoby badane prezentują, na podstawie samoobserwacji, preferowanej wiedzy, przekonań bądź indywidualnego poczucia, jak taka postawa powinna wyglądać. Można przypuszczać, że deklarowany styl terapeutyczny nie zawsze jest zbieżny ze stylem rzeczywiście reprezentowanym przez terapeutów w codziennej pracy. Satysfakcjonujące określenie tego stylu byłoby możliwe poprzez analizę na przykład nagrań sesji terapeutycznych.

Wymiary skali TASC-2 w kwestionariuszu ThId

Pierwszym z trzech wymiarów badanym przez kwestionariusz ThId jest wymiar *czynnik leczące*. Pozwala oszacować to, co zdaniem psychoterapeuty przyczynia się do stabilnej i długoterminowej zmiany terapeutycznej. W jego skład tego wchodzi stwierdzenia składające się na trzy skale, *dostosowanie, wgląd i życzliwość*.

Dostosowanie (covering-up)

Wysokie wyniki uzyskane w tej skali charakteryzują terapeutę, który wyznacza pacjentom konkretne cele, udziela konkretnych rad, w cele swojej pracy terapeutycznej wpisuje dostosowanie pacjenta do wymagań i warunków szeroko rozumianego otoczenia i wzmacnia emocjonalną kontrolę. Ułatwia adaptowanie się pacjenta do występujących objawów (np. poprzez edukację dotyczącą objawów i problemów psychicznych występujących u pacjenta) i związanych z nimi ograniczeń. Ponadto pomaga pacjentowi unikać błędów z przeszłości, radzić sobie z trudnymi, przeszłymi doświadczeniami, jak również dystansować się od sytuacji wywołujących lęk. Wysokie wyniki dotyczą terapeutów aktywnych podczas sesji, przejmujących inicjatywę podczas procesu terapeutycznego.

Wgląd (uncovering, insight)

Terapeuta z wysokim wynikiem w tej skali umożliwia pacjentowi dostrzeżenie związków między jego problemami a przeszłymi doświadczeniami, przypominanie sobie i przepracowanie tych doświadczeń, refleksję nad tymi doświadczeniami, ich powtarzalnością. Leczenie polega na przepracowaniu w relacji terapeutycznej własnych reakcji i relacji charakterystycznych dla pacjenta oraz na pracy z obronami pacjenta. Opisujący terapeuta w znacznym stopniu uwzględnia seksualność pacjenta, analizuje ekspresję jego fizyczności, język ciała, marzenia senne, wspiera rozumienie uczuć i przeżywanych emocji, klaryfikuje owe uczucia, pozwala na doświadczenie *katharsis*. Pozwala także na przejęcie inicjatywy przez pacjenta w terapii.

Życzliwość (kindness)

Terapeuta uzyskujący wysokie wyniki w tej skali stara się nie oceniać postaw i zachowań pacjenta, deklaruje bycie ciepłym i życzliwym terapeutą, stara się, aby pacjent czuł się akceptowany, a nawet lubiany przez terapeutę, zachęca i motywuje pacjenta. Wysokie wyniki wskazują na postawę akceptującą pacjenta takim jaki jest, postawę,

która nie intensyfikuje negatywnych uczuć pacjenta, a umożliwia pacjentowi pozbycie się trudnych emocji i doświadczeń – zrzucenie emocjonalnego ciężaru.

Każde z twierdzeń wchodzących w skład tego wymiaru szacowane jest przez osobę badaną w 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 – oznacza wcale, 2 – w niewielkim stopniu, 3 – przeciętnie, 4 – w dużym stopniu, a 5 – głównie.

Drugi wymiar opisuje składowe *stylu terapeutycznego*. Należą do niego *neutralność, wsparcie, wątpliwości*.

Neutralność (neutrality)

Terapeuta z wysokimi wynikami w tej skali nie odpowiada pacjentom na osobiste pytania, preferuje pracę „tu i teraz” niż „tam i wtedy”, lubi pracować w konfrontacyjnym stylu, utrzymuje swoje osobiste opinie i okoliczności związane z własnym życiem poza terapią, nie wyraża własnych uczuć, werbalne interwencje ma krótkie i zwięzłe, nie wprowadza w terapię rodziny pacjenta; ważnym instrumentem jego pracy jest przeciwprzeniesienie, podobnie jak setting. Przy wysokich wynikach terapeuta unika kontaktu fizycznego z pacjentem, jednocześnie zależy mu, aby pacjent rozwinął silne uczucia w stosunku do niego w trakcie terapii.

Wsparcie (supportiveness)

Wysoki wynik uzyskują w tej skali specjaliści często dopytujący pacjenta, aktywni podczas sesji, którzy swoją spontaniczność uważają za cenne narzędzie terapeutyczne. Podobną postawę mają wobec okazywania empatii w stosunku do problemów i trudności pacjenta, do materiału otrzymanego od pacjenta wprowadzają porządek i strukturę, podczas terapii jasno określają cele terapeutyczne i dbają, by były precyzyjnie dookreślone od początku terapii. Wysokie wyniki charakteryzują terapeutów pozytywnie nastawionych do dodatkowych sesji, aktywnych w czasie spotkań, dających pacjentom nadzieję, skupionych na osiągnięciu przez pacjentów celów życiowych, ograniczających silne uczucia i afekty rozwijane przez pacjentów wobec nich.

Wątpliwości (self-doubt)

Tu wysoki wynik uzyskują terapeuci, którzy deklarują, że często w czasie sesji nie wiedzą, co powiedzieć, co zrobić w reakcji na aktywność pacjenta, wątpią, czy są dobrymi terapeutami, w trakcie pracy są zaskakiwani silnymi emocjami, które przeżywają. Terapeuci z wysokim wynikiem w tej skali uważają, że najlepiej radzą sobie z pacjentami podobnymi do siebie, własne zaangażowanie w cele życiowe pacjenta przeżywają jako przeszkodę w pracy terapeutycznej, nie pozwalają na długie momenty ciszy podczas sesji, wątpią w swoją zdolność do kontenerowania uczuć pacjenta, w radzenie sobie z jego agresją. Mogą doświadczać pomieszania, czy ich uczucia w czasie sesji odzwierciedlają problemy pacjenta, czy ich własne, uważnie monitorują własne emocje, aby dowiedzieć się, co dzieje się u pacjenta, deklarują, że przyznają się do błędów przed pacjentem, a ich technika terapeutyczna różni się w zależności od prowadzonego przypadku.

Trzecia grupa czynników to grupa *podstawowych założeń*. Są to założenia psycho-terapeutów dotyczące właściwości procesu psychoterapii i natury osobowości. W skład wymiaru wchodzi *irracjonalność, kunszt i pesymizm*. Osoby badane szacowały swój stosunek do twierdzeń skal za pomocą dyferencjału semantycznego. Polegało to na zaznaczeniu na linii prostej łączącej opisy dwóch skrajnych stanowisk w sposób wyrażający subiektywną akceptację dla jednego z nich.

Irracjonalność (irrationality)

Wysokie wyniki w tej skali uzyskują terapeuci, którzy postrzegają pacjentów jako irracjonalnych, kontrolowanych przez subiektywne oraz nieświadome czynniki i procesy. Niewiadome siły mają w ich poczuciu decydujący wpływ na funkcjonowanie i psychopatologię pacjentów.

Kunszt (artistry)

Terapeuci, którzy uzyskują wysokie wyniki w tej skali, uznają psychoterapię raczej za formę sztuki aniżeli naukę, za swobodną kreatywną pracę aniżeli za rzemiosło, uważają, że większy wpływ na pracę terapeutów ma ich osobowość niż formalne szkolenie, a procesem terapeutycznym bardziej rządzi intuicja i relatywistyczne poglądy niż absolutystyczne przekonania.

Pesymizm (pessimism)

Terapeuci z wysokimi wynikami w skali pesymizmu uważają, że wyznaczników ludzkiego zachowania wcale nie da się zrozumieć, a rozwój człowieka jest mocno ograniczony, gdyż osobowość jest w przeważającej części niezmienna i determinowana przez takie czynniki jak na przykład geny. Niskie wyniki charakteryzują psychoterapeutów, według których zarówno proces terapeutyczny, jak i podstawowe zasady ludzkiego zachowania są możliwe do zmiany przez rozumowe i oparte o wolną wolę decyzje. Rozwój człowieka i jego osobowości jest nieograniczony, determinowany przez czynniki, na które można wpływać, na przykład środowisko.

Dotychczasowe badania z użyciem ThId

Kwestionariusz ThId był używany w badaniach efektywności psychoterapii, prowadzonych w różnych podejściach paradygmatycznych, jak również w badaniach nad różnicami w efektywności uzyskiwanymi przez terapeutów zidentyfikowanych z tą samą perspektywą paradygmatyczną (Sandell i in. 2006). Ponadto badane były różnice w postawie terapeutycznej, które mogą wpływać na efektywność pracy psychoterapeutów (Sandell i in. 2002). Autor przedstawił wyniki badań pokazujące, że życzliwa i wspierająca postawa terapeuty sprzyja efektywności w terapiach krótkoterminowych, w długoterminowych to neutralna postawa zwiększa szansę na sukces terapeutyczny (Sandell i in. 2007).

ThId w pierwszej wersji był 24-stronicową broszurą stworzoną dla szwedzkiego projektu badawczego Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP); użyty pierwszy raz w 1996 roku miał oszacować to, jacy pacjenci

i w jakich okolicznościach szukają pomocy w psychoanalizie i psychoterapii psychoanalitycznej oraz jakie korzyści odnieśli z prowadzonej terapii (Grant, Sandell, 2004). Projekt był dofinansowany przez szwedzkie instytucje ubezpieczeń zdrowotnych. Pacjenci biorący w nim udział mieli możliwość uczęszczania na trzyletnią, bezpłatną terapię, z możliwością płatnej kontynuacji po zakończeniu projektu. Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące warunków demograficznych, rodzinnych i społeczno-ekonomicznych. Obejmował dane o częstotliwości i czasie trwania leczenia (zakończonych bądź w toku), historii poprzednich procesów leczenia terapeutycznego, przebytych chorób oraz fakt korzystania z opieki zdrowotnej przez osobę badaną. Obejmował takie skale samooceny jak *symptom check List-90* (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth i Covi, 1974), *skala poczucia koherencji* (Antonovsky, 1987) i *skala dostosowania społecznego* (Weissman i Bothwell, 1976). Kwestionariusz ThID trafił do analityków i terapeutów, którzy leczyli przynajmniej jednego pacjenta w projekcie STOPP. Dla celów normalizacji i standaryzacji został również wysłany losowo do 325 szwedzkich terapeutów. Ostatecznie na podstawie badań nad kwestionariuszem w ramach opisanego projektu powstała skala TASC jako część kwestionariusza ThID (Grant, Sandell, 2004). Ocena własności psychometrycznych po ukończeniu tych badań skłoniła jego autorów do pewnych modyfikacji polegających na dodaniu nowych twierdzeń i w ten sposób powstała wykorzystana przez nas skala TASC-2 (Sandell i in. 2004).

Wyniki analizy statystycznej

Charakterystyka próby

Badanie przeprowadzone zostało w trakcie VIII Konferencji Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej 5–6 września 2019 roku. Dobór próby miał zatem charakter celowy, w związku z tym wnioski z badania nie mogą być uogólniane na populację. Tym niemniej, ponieważ w konferencji wzięli udział głównie członkowie PTPPd, naszą próbę traktujemy jako źródło wiedzy wskazujące na pewne zjawiska, które mogą być obecne w populacji wszystkich członków PTPPd. Wśród uczestników konferencji rozdano blisko 800 kwestionariuszy w wersji papierowej. Wypełnienie kwestionariusza było dobrowolne. Wypełniony kwestionariusz zwróciły 153 osoby. Jeden z nich był wypełniony częściowo i został odrzucony. Taki sposób pozyskania danych z pewnością wpływa na ich wyniki. Możemy zakładać, że cechy i okoliczności, które spowodowały, że dana osoba zdecydowała się na wypełnienie kwestionariusza, mogą mieć jakiś związek ze sposobem, w jaki udzielała ona odpowiedzi. Uznaliśmy jednak, że mimo tych obiekcyj przeprowadzone analizy pozwolą nam uzyskać użyteczną, choć obarczoną dużym ryzykiem błędu wiedzę. Czynniki zakłócających uzyskany wynik jest znacznie więcej (np. tematyka konferencji).

Wiek osób badanych mieści się w przedziale od 25 do 58 lat (średnia = 37,04 roku; SD = 7,30). Wartość najczęściej występująca to 32 lata – prawdopodobnie odpowiada to przeciętnemu wiekowi członków PTPPd; 12 osób stanowili mężczyźni, 141 osób

kobiety – to również wydaje się odpowiadać proporcjom płci wśród członków PTPPd. Pod względem wykształcenia próba jest dość jednorodna, 125 osób to absolwenci psychologii, a 28 osób to absolwenci innych kierunków nauk humanistycznych, społecznych i medycznych (głównie pedagogiki, $n = 21$).

Jeśli chodzi o przygotowanie do wykonywanego zawodu – znacząca większość badanych to absolwenci lub kursanci Krakowskiego Centrum Psychodynamicznego ($n = 141$), pozostałe osoby to absolwenci Collegium Medicum UJ, Laboratorium Psychoedukacji, absolwenci kursów terapii systemowej. Wśród osób będących absolwentami KCP znajdują się również osoby mające dodatkowe wykształcenie psychoterapeutyczne, w tym największe grupy to terapeuci z ukończonymi kursami terapii systemowej ($n = 8$), terapii uzależnień ($n = 8$), związani z terapią poznawczo-behawioralną ($n = 7$) oraz integracyjną ($n = 3$). Ponadto 37,9 procent osób miało dodatkowe wykształcenie podyplomowe niezwiązane z psychoterapią, 18 osób posiadało certyfikat psychoterapeuty, 29 osób było w czasie badania w trakcie szkolenia.

Doświadczenie osób badanych mieści się w zakresie od 0 (brak jakiegokolwiek doświadczenia zawodowego ($n = 3$)) do powyżej 15 lat pracy w zawodzie ($n = 23$), przy średniej = 9,94; SD = 5,38, przy czym najczęstsza wartość wynosiła 7.

Większość osób badanych odbyła własną psychoterapię inną niż grupa *self-experience* ($n = 94$), z czego 88 osób wzięło udział w psychoterapii indywidualnej (głównie psychodynamicznej), a 6 w psychoterapii grupowej. Długość trwania terapii była bardzo zróżnicowana. Przeciętna długość trwania psychoterapii indywidualnej to 237,5 godziny (SD = 510,9), a terapii grupowej – 122,5 (SD = 495,4).

Warty podkreślenia jest fakt, że wszystkie osoby badane poddają swoją pracę superwizji; 146 osób zadeklarowało, że superwizjuje się regularnie, a 6 osób – nieregularnie. W superwizjach koleżeńskich regularnie bierze udział 16 osób, nieregularnie – 28 osób, 108 osób nie korzysta z superwizji koleżeńskich.

Większość badanych ($n = 113$) osób pracuje w gabinetach prywatnych, pozostałe 39 osób nie pracuje lub pracuje w innych miejscach. W całej próbie (pracujący w gabinecie i niepracujący w gabinecie) 45 osób jest zatrudnionych w poradniach zdrowia psychicznego, 21 – w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, 12 – w miejscach leczenia i wsparcia dzieci i młodzieży, 7 – w punktach interwencji kryzysowej, 6 – w poradniach leczenia uzależnień, 9 osób pracuje w innych miejscach.

Wśród badanych można zaobserwować znaczące rozbieżności w deklarowanej ilości godzin (sesji terapeutycznych) przepracowywanych w ciągu tygodnia: 1–10 godzin pracy deklaruje 57 osób, 10–20 godzin pracy deklaruje 56 osób, 20–30 godzin pracy deklaruje 33 osoby, natomiast w przedziale między 30 a 40 godzin tygodniowo pracuje 6 osób.

Terapeuci w badanej próbie najczęściej leczyli swoich pacjentów w nurcie psychodynamicznym. Pozostałe podejścia uzyskały bardzo niskie średnie. Autorzy badania postanowili nieco zmodyfikować kwestionariusz ThId i zamieścili w nim dodatkowe pytanie. Pytanie brzmiało: „Proszę, zaznacz, ile przypadków w ciągu ostatniego roku leczyłeś/aś w oparciu o TFP (ocień, ile przypadków wykazanych w punkcie b leczyłeś/aś

Tabela 1. Wykorzystanie form psychoterapii w pracy badanych w ciągu ostatniego roku, n = 152

| Formy psychoterapii | Średnia | Minimum | Maksimum | Odchylenie standardowe |
|-------------------------|---------|---------|----------|------------------------|
| Psychoanaliza | 0,64 | 0,00 | 50 | 4,81 |
| Psychodynamiczna | 14,12 | 0,00 | 60 | 11,17 |
| TFP | 4,19 | 0,00 | 38 | 6,49 |
| CBT | 0,43 | 0,00 | 30 | 2,69 |
| Oparta na doświadczeniu | 0,24 | 0,00 | 30 | 2,46 |
| Grupowa | 4,57 | 0,00 | 200 | 19,12 |
| Rodzinna/par | 1,00 | 0,00 | 20 | 2,98 |
| Inne | 0,54 | 0,00 | 27 | 2,83 |

Źródło: opracowanie własne.

TFP, o ile szkolisz się w TFP lub superwizujesz te przypadki u superwizorów szkolących się/posiadających certyfikat TFP)". Intencją takiego postępowania było uzyskanie danych na temat specyficznego dla PTPPd zjawiska, jakim jest kształtowanie się identyfikacji z psychoterapią skoncentrowaną na przeniesieniu (TFP). Oszacowanie tej identyfikacji w przedstawiony sposób budzi zastrzeżenia i niesie konieczność udoskonalenia tej oceny w przyszłych badaniach, jednak pozwala na wyciągnięcie ostrożnych wniosków.

Większość (78,9%) osób zadeklarowała, że podejściem teoretycznym, na którym głównie bazuje w swojej pracy, jest psychoanaliza. Zwraca uwagę dość wysoki odsetek osób, które deklarują, że w niewielkim stopniu lub przeciętnie opierają się na teoriach psychoanalitycznych. Może być to jedno ze źródeł różnorodności stylów pracy i identyfikacji w badanej próbie.

Mimo że podejście oparte o teorie psychoanalityczne jest dominujące, to osoby badane deklarowały również korzystanie z innych podejść teoretycznych, najczęściej teorii systemowej, poznawczej i poznawczo-behawioralnej. Jest zatem faktem, że w badanej próbie istnieją również osoby, które stosują w praktyce podejście integracyjne czy też eklektyczne.

Tabela 2. Stopień wykorzystania psychoanalizy w pracy badanych, n = 152

| Kategorie odpowiedzi | Liczba osób | Skumulowane | Procent | Skumulowane |
|----------------------|-------------|-------------|----------|-------------|
| Wcale | 4 | 4 | 2,63158 | 2,6316 |
| W niewielkim stopniu | 10 | 14 | 6,57895 | 9,2105 |
| Przeciętnie | 18 | 32 | 11,84211 | 21,0526 |
| W dużym stopniu | 44 | 76 | 28,94737 | 50,0000 |
| Głównie | 76 | 152 | 50,00000 | 100,0000 |

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Średni deklarowany stopień korzystania z poszczególnych podejść teoretycznych w pracy badanych, n = 152

| Podejście teoretyczne | Średnia | Odchylenie standardowe | Minimum | Maksimum |
|------------------------|---------|------------------------|---------|----------|
| Psychoanaliza | 4,15 | 1,11 | 0,00 | 5,00 |
| Poznawcza | 1,45 | 0,99 | 0,00 | 4,00 |
| Behawioralna | 1,21 | 0,83 | 0,00 | 3,00 |
| Poznawczo-behawioralna | 1,33 | 0,97 | 0,00 | 4,00 |
| Oparta o doświadczenie | 1,01 | 0,78 | 0,00 | 4,00 |
| Humanistyczna | 0,99 | 0,75 | 0,00 | 4,00 |
| Systemowa | 1,57 | 1,17 | 0,00 | 5,00 |
| Inne | 0,53 | 1,49 | 0,00 | 5,00 |

Źródło: opracowanie własne.

Odpowiedzi na to pytanie ujawniły dość duże rozbieżności w rozumieniu przez badanych teoretycznych fundamentów psychoterapii psychodynamicznej. Przykładowo 7 osób w polu wolnego wyboru podało, że podstawą ich pracy jest „teoria psychodynamiczna”.

Wyniki

Rzetelność skal TASC-2

Ze względu na rozbieżne doniesienia o rzetelności skal części TASC-2 kwestionariusza oszacowano ich trafność, obliczając dla nich standaryzowany współczynnik spójności wewnętrznej alfa Cronbacha dla wymiarów oraz poszczególnych składających się na nie skal. Otrzymano zróżnicowane wyniki.

Tabela 4. Współczynniki rzetelności wymiarów oraz skal narzędzia TASC-2

| Nazwa wymiaru | Współczynnik alfa Cronbacha | Nazwa skali | Współczynnik alfa Cronbacha |
|---------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|
| Styl terapeutyczny | 0,84 | Neutralność | 0,55 |
| | | Wspieranie | 0,52 |
| | | Wątpliwości | 0,59 |
| Czynniki leczące | 0,60 | Dostosowanie | 0,80 |
| | | Wgląd | 0,71 |
| | | Życzliwość | 0,59 |
| Podstawowe wartości | 0,50 | Irracjonalność | 0,51 |
| | | Kunszt | 0,18 |
| | | Pesymizm | 0,10 |

Źródło: opracowanie własne.

W skalach *dostosowanie* i *wgląd* rzetelność jest zadowalająca, w skalach *neutralność*, *wspieranie*, *życzliwość* i *irracjonalność* rzetelność jest niska, ale do zaakceptowania. Rzetelność skal *kunszt* i *pesymizm* jest bardzo niska i nie do zaakceptowania. Jest to zgodne z wynikami uzyskanymi przez Güntera Kluga i jego współpracowników (Klug i in., 2008). Biorąc pod uwagę spójność wewnętrzną skal oraz korelacje między nimi, stwierdzili oni, że same skale *wgląd* i *dostosowanie* wymiaru *czynniki leczące* pozwoliły na wyraźne zróźnicowanie grup. Niektórzy badacze również kwestionowali statystyczną użyteczność ustanowionych przez Sandella wymiarów i proponowali pewne zmiany w tych obciążonych zbyt dużą wariancją, na przykład utworzenie z istniejących skal dodatkowych lub całkiem nowych wymiarów, żeby uzyskać w ten sposób wyższe wskaźniki rzetelności (Drdla, Löffler-Stastka, 2016). Problem ten występuje również w naszym badaniu. Dotyczy to zwłaszcza wymiarów *czynniki leczące* oraz *podstawowe wartości*, których rzetelność powinna być wyższa. Być może ma to związek z różnicami kulturowymi w populacjach terapeutów, a w przypadku wymiaru *podstawowe wartości* – z zastosowanym do pomiaru dyferencjałem semantycznym. Sugeruje to konieczność poprawienia własności sposobu pomiaru tych wymiarów lub ich reformułowania przed przystąpieniem do dalszych badań z użyciem TASC-2.

Style pracy psychoterapeutycznej w badanej próbie

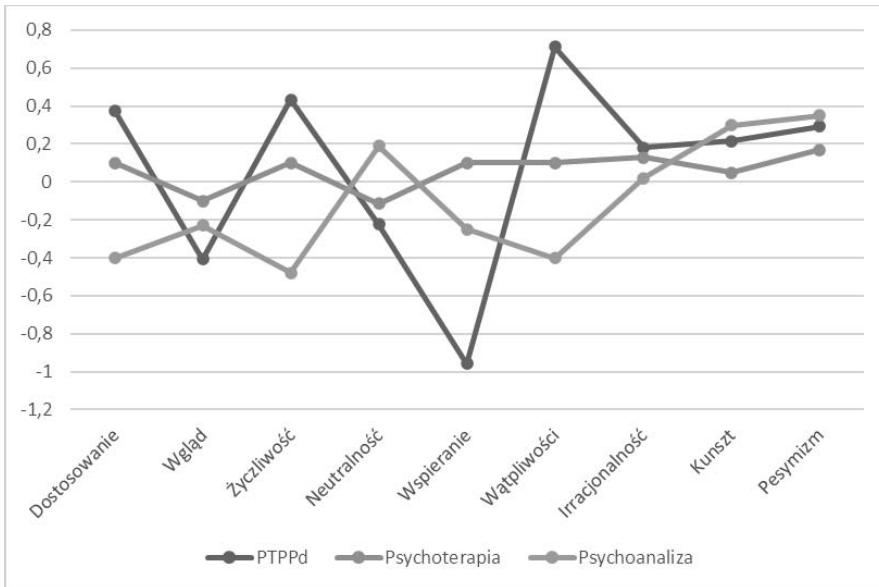
Analiza średnich wyników standaryzowanych (przeliczonych w taki sposób, by średnia = 0, SD = 1), uzyskanych w badaniach kwestionariuszem TASC-2, w całej próbie ukazuje, że osiągające najwyższe wartości w wymiarze *czynniki leczące* to skale *dostosowanie* i *życzliwość*, natomiast skala *wgląd* ma wartości stosunkowo niskie. Najniższe wartości badana grupa uzyskała w skali *wspieranie* w wymiarze *stylu terapeutycznego*, natomiast najwyższe w skali *wątpliwości*. Uwagę zwracają dość niskie wyniki w skali *neutralność*. W tej skali spodziewaliśmy się wyższych wyników. W wymiarze *podstawowe wartości* wyniki są do siebie zbliżone i cechują się niskim natężeniem, oscylującym blisko wartości średniej.

Tabela 5. Średnie wyniki skal kwestionariusza TASC-2 w badanej próbie, n=152

| Nazwa skali | Średnia | Minimum | Maksimum | Odchylenie standardowe |
|----------------|---------|---------|----------|------------------------|
| Dostosowanie | 0,03 | -2,75 | 2,17 | 0,94 |
| Wgląd | 0,04 | -2,48 | 2,54 | 0,85 |
| Życzliwość | 0,03 | -2,51 | 2,71 | 0,95 |
| Neutralność | 0,04 | -2,22 | 2,07 | 0,88 |
| Wspieranie | 0,04 | -2,97 | 2,01 | 0,85 |
| Wątpliwości | 0,03 | -2,44 | 3,26 | 0,91 |
| Irracjonalność | 0,00 | -2,41 | 2,84 | 1,00 |
| Kunszt | -0,01 | -2,74 | 2,62 | 1,00 |
| Pesymizm | 0,00 | -3,88 | 3,52 | 1,00 |

Źródło: opracowanie własne.

Wykres 1. Średnie wyniki skal kwestionariusza TASC-2 w naszym badaniu (PTPPd) oraz przybliżone wartości uzyskane w baniach Sandella (psychoterapia i psychoanaliza).



Wyniki uzyskane w naszych badaniach zestawiono z przybliżonymi wynikami dwóch grup, uzyskanymi przez Johana Granta i Rolfa Sandella (2004). Pierwsza z nich to *psychoterapeuci* prowadzący sesje 1–2 razy w tygodniu (średnio 1,5 godziny), u których terapia trwa przeciętnie 46 miesięcy i 266 sesji, a druga – *psychoanalitycy* pracujący od 3 do 5 razy w tygodniu (średnio 3,6 godziny) przeciętnie przez 54 miesiące i 642 sesje. Graficzną ilustracją tego zestawienia jest Wykres 1. Zwraca na nim uwagę przede wszystkim duża rozbieżność średnich wartości w skalach *wspieranie* i *wątpliwości* pomiędzy psychoterapeutami z naszej próby oraz wynikami dwóch pozostałych grup z badań Granta i Sandella. Osoby wywodzące się z PTPPd uzyskały wyniki wyższe niż grupy porównawcze w skalach *życzliwość* i *dostosowanie*. Wszystkie trzy grupy uzyskały podobne wyniki w skali *wgląd* oraz *neutralność* i są one nieznacznie niższe u naszych badanych. Warto dodać, że autorzy kwestionariusza uzyskali empiryczne potwierdzenie, że psychoterapia prowadzona w obu grupach przyniosła długofalowe efekty mierzone skalą SCL-90. Doszli oni również do wniosku, że najlepsze efekty w psychoterapiach długoterminowych uzyskują terapeuci neutralni i życzliwi (Sandell i in. 2007).

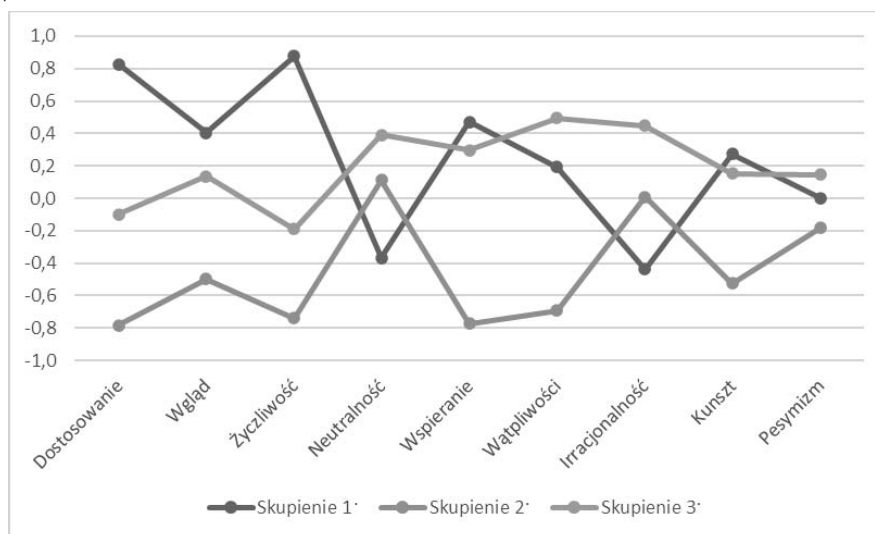
Analiza skupień w oparciu o wyniki w skali TASC-2

W analizie danych wykorzystano jedną z wielowymiarowych technik eksploracyjnych – analizę skupień. Termin „analiza skupień” (*cluster analysis*) został wprowadzony przez Roberta Tryona (1939) i potem rozwinięty przez Raymonda Cattella (Blashfield,

Aldenderfer, 1988). Analiza skupień obejmuje pewną liczbę różnych algorytmów i metod wykorzystywanych do grupowania obiektów podobnego rodzaju w odpowiednie kategorie. Analiza skupień może być wykorzystywana do odkrywania struktur danych, jednak bez ich analizy czy interpretacji. Innymi słowy, analiza skupień po prostu wykrywa struktury danych bez wyjaśniania, dlaczego one istnieją. Może być użyta do rozwijania typologii czy systemów klasyfikacyjnych, jako test dla istniejących systemów klasyfikacyjnych lub po prostu do odkrywania nieznanych dotychczas wzorców lub podobieństw między obiektami.

Analizę skupień przeprowadzono, grupując zmienne według przypadków. Celem było sprawdzenie hipotezy badawczej, mówiącej, że psychoterapeuci mogą zostać pogrupowani w skupienia ze względu na ich stosunek do czynników leczących, stylu pracy i podstawowych założeń. Efektem takiej analizy jest określenie czegoś, co można nazwać „prototypami” stylów pracy terapeutycznej. Wiązanie przypadków ($n = 152$) odbyło się metodą k -średnich. Po wstępnej ocenie różnych rozwiązań przyjęto, że rozwiązanie z liczbą skupień wynoszącą 3 jest satysfakcjonujące pod względem statystycznym, jak również pozwala na wystarczająco czytelną interpretację teoretyczną. Należy zatem pamiętać, że w próbie da się wyłonić więcej „prototypów” czy stylów pracy terapeutycznej, jednak oceniliśmy, że wszystkie pozostałe są podobne do jednego z tych trzech, które ostatecznie opisujemy. Podobnie jak w innych analizach, ze względu na słabą jakość danych, rozwiązanie to traktujemy jako przybliżenie. Jak zauważa Jerzy Korzeniewski (2012), analiza skupień w formie stosowanej przez autorów niniejszego opracowania jest metodą dającą dużą swobodę interpretacyjną. Biorąc pod uwagę wstępny charakter przeprowadzonych badań, własność

Wykres 2. Średnie wyniki skal kwestionariusza TASC-2 uzyskane przez terapeutów należących do PTPPd ($n=152$) z podziałem na wyłonione w wyniku analizy skupień trzy grupy (Skupienie 1. $n=54$; Skupienie 2., $n=45$; Skupienie 3., $n=53$).



tę uznaliśmy za akceptowalną, gdyż lepiej mieć wiedzę obarczoną znanym ryzykiem błędu niż żadną.

Zmiennymi decydującymi o podobieństwach w badanej próbie są *irracjonalność*, *pesymizm* i w najmniejszym stopniu *neutralność*. Rozbieżności średnich w tych skalach były najniższe w uzyskanych skupieniach. Wyniki standaryzowane tych trzech zmiennych mają najniższą wariancję w trzech uzyskanych skupieniach, przy czym tylko w przypadku skali *neutralność* jest ona istotna statystycznie (*irracjonalność* $F = 0,65$; $p = 0,41$, *pesymizm* $F = 1,23$ przy $p = 0,26$, *neutralność* $F = 4,94$; $p = 0,02$). Ciekawostką jest, że współczynnik korelacji Spearmana między zmienną *pesymizm* a wiekiem jest bardzo niski i nieistotny ($r = -0,051$), natomiast *neutralność* to jedyna zmienna, która istotnie koreluje z wiekiem, a jej wartość wraz z wiekiem istotnie maleje ($r = -0,26$, $p < 0,005$).

Charakterystyka wyłonionych skupień:

1. Psychoterapeuci włączeni do skupienia 1. wysoko ocenili zmienne składające się na wymiar *czynniki leczące, to jest dostosowanie, wgląd i życzliwość*. W swej pracy koncentrują się w największym stopniu na ułatwieniu pacjentom adaptacji do zaistniałych okoliczności i realizacji ich życiowych celów (wysokie wyniki w skali *wspieranie*). Umiarkowanie wysokie wyniki w skali *wątpliwości* wskazują na ich niepewność co do własnych kompetencji merytorycznych i osobowościowych oraz efektywności prowadzonych przez siebie procesów psychoterapii. Cechuje ich przekonanie, że problemy pacjenta można zrozumieć, a także cenią sobie zindywidualizowane podejście do pacjentów, osiągając najwyższy wśród skupień wynik w skali *kunst*. Pomagają pacjentowi zaadaptować się do symptomów wpływających na jego dyskomfort oraz do wymagań świata zewnętrznego. Zatem terapeuci należący do tego skupienia mogą być określani jako *wspierający*.

2. Psychoterapeuci zaliczeni do skupienia 2. wydają się być w opozycji do tych tworzących skupienie 1. Zdecydowanie najniżej oceniają wszystkie trzy zmienne wchodzące w skład wymiaru *czynniki leczące, czyli uzyskują niskie wyniki w skalach wgląd, życzliwość i dostosowanie*. Wydają się w mniejszym stopniu troszczyć o realizację celów życiowych przez pacjentów, są mało życzliwi, ale również mało uwagi poświęcają ujawnianiu wewnętrznych konfliktów pacjentów. Zachowują relatywnie wysoki poziom neutralności przy niskim poziomie wątpliwości dotyczących swojej metody pracy. Mają niższe niż terapeuci pozostałych skupień wyniki w skalach *kunst* i *pesymizm* wymiaru *podstawowe wartości*. Wydaje się, że są to terapeuci preferujący pracę w kontrolowanym procesie opierającym się na konkretnym materiale. Tworzą oni w relacji terapeutycznej „przestrzeń”, gdzie mogą rozgrywać się i być analizowane zachodzące pomiędzy pacjentem a terapeutą procesy. Mają dość wysokie zaufanie do siebie lub stosowanej metody leczenia. Analizując wyniki uzyskane na wszystkich skalach, można nadać temu skupieniu nazwę *zdytansowani*.

3. Psychoterapeuci zaklasyfikowani do skupienia 3. w wymiarze *czynniki leczące* uzyskują przeciętnie, oscylujące blisko wartości 0 wyniki, przy czym w największym

stopniu doceniają w procesie leczenia rolę wglądu. Wyraźnie dostrzegają potrzebę bycia neutralnymi wobec pacjentów. Uzyskują najwyższe wyniki w skali *irracjonalność*, co prawdopodobnie jest wyrazem ich poglądów o nieświadomych, niezrozumiałych procesach tworzących psychopatologię. Cechują się również dość wysokimi wynikami w skali *wątpliwości*. Nie unikają wspierania pacjentów, choć pozostają przeciętnie życzliwi. Proponowaną nazwą dla terapeutów należących do tego skupienia jest **skoncentrowani na przeniesieniu**. Nazwa ta sugeruje związek z TFP, to jednak nie było naszą intencją. Sądzymy, że prawdopodobnie grupa ta zajmując pośrednią pozycję stosunku do *czynników leczących* w porównaniu z pozostałymi dwoma skupieniami, dzięki czemu może elastycznie stosować różne formy i techniki pracy. Faktem jest jednak, jak zostanie to ukazane dalej, że jest to grupa, która deklaruje częstsze wykorzystywanie w pracy TFP.

Zróźnicowanie terapeutów w poszczególnych skupieniach

Przedstawione analizy pozwalają na formułowanie ostrożnych odpowiedzi na pytanie, jacy terapeuci należą do uzyskanych trzech skupień. Innymi słowy, przedstawiono w formie tabelarycznej i graficznej te zmienne, które w sposób istotny różnicują terapeutów o trzech stylach pracy. Do oceny istotności tych różnic wykorzystano analizę wariancji. Zdajemy sobie sprawę, że wybór tej metody analizy ma swoje ograniczenia (związane choćby z założeniami o rozkładzie normalnym zmiennych), jednak zdecydowaliśmy się ją wykonać w celach ilustracyjnych.

Analiza porównania średnich ujawniła, że zmienną różnicującą w sposób istotny terapeutów należących do trzech skupień jest jedynie deklarowany stopień wykorzystania podejścia skoncentrowanego na przeniesieniu (TFP).

Tabela 6. Analiza wariancji wskazań stopnia natężenia wykorzystania w pracy terapeutycznej w ciągu ostatniego roku różnych form terapii. Oznaczone * zmienne różnicują istotnie osoby należące do poszczególnych skupień z $p < ,05000$; $n = 152$

| Formy psychoterapii | SS Efekt | Df Efekt | MS Efekt | F | p |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|----------|-----------|
| Psychoanaliza | 83,1 | 2 | 41,6 | 1,819451 | 0,165698 |
| Psychodynamiczna | 137,5 | 2 | 68,8 | 0,548137 | 0,579187 |
| TFP | 326,8 | 2 | 163,4 | 4,029171 | 0,019762* |
| Poznawczo-behawioralna | 10,3 | 2 | 5,2 | 0,708752 | 0,493910 |
| Oparta na doświadczeniu | 13,8 | 2 | 6,9 | 1,141894 | 0,321991 |
| Grupowa | 754,7 | 2 | 377,3 | 1,032737 | 0,358565 |
| Rodzinna/par | 21,0 | 2 | 10,5 | 1,187221 | 0,307937 |
| Inne nurty | 41,6 | 2 | 20,8 | 2,652176 | 0,073825 |

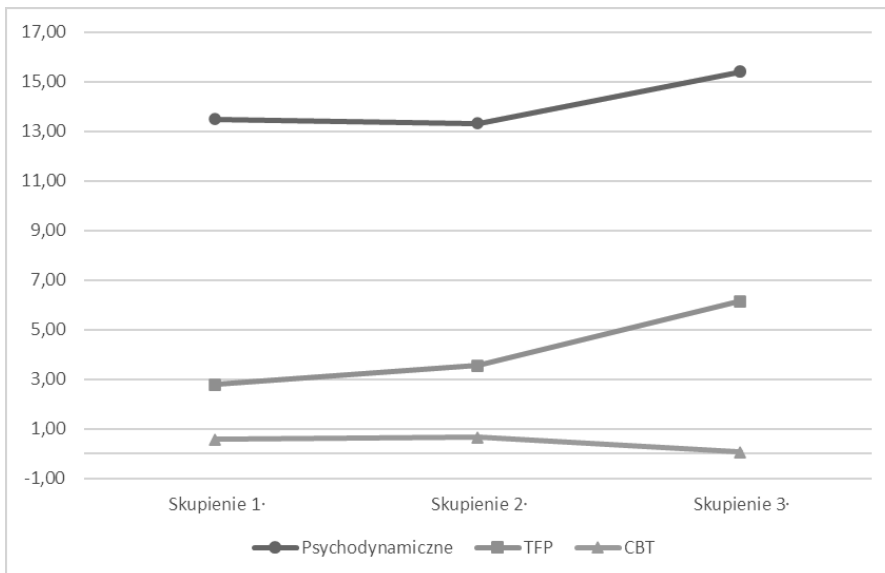
Źródło: opracowanie własne.

Tabela 7. Tabela przekrojów średnich wskazań stopnia natężenia wykorzystania w pracy terapeutycznej w ciągu ostatniego roku różnych form terapii według uzyskanych skupień; n = 152

| Wyfionone skupienia | Psychoanaliza | Psychodynamiczna | TFP | Poznawczo-behawioralna | Oparta na doświadczeniu | Grupowa | Rodzinna/par | Inne nurty |
|---------------------|---------------|------------------|------|------------------------|-------------------------|---------|--------------|------------|
| Skupienie 1. | 0,00 | 13,50 | 2,80 | 0,57 | 0,65 | 7,41 | 1,50 | 1,24 |
| Skupienie 2. | 0,22 | 13,33 | 3,56 | 0,67 | 0,04 | 4,00 | 0,76 | 0,22 |
| Skupienie 3. | 1,64 | 15,42 | 6,15 | 0,08 | 0,00 | 2,17 | 0,70 | 0,09 |
| Ogół | 0,64 | 14,12 | 4,19 | 0,43 | 0,24 | 4,57 | 1,00 | 0,54 |

Źródło: opracowanie własne.

Grupę terapeutów należących do skupienia 3. cechuje najwyższa częstość pracy opierającej się na TFP. Ze względu na sposób pomiaru tej zmiennej nie można przeceniać tego wyniku. Mimo to sugeruje on, że terapeuci z tej grupy częściej wybierają styl pracy proponowany przez zespół Otto Kernberga. Być może jest on dla tej grupy konstytutywny. Wynik jest intrygujący i wart dalszych badań. Podobną zależność można obserwować również w odniesieniu do najczęściej wskazywanej metody pracy, czyli psychoterapii psychodynamicznej, choć w tym wypadku różnice nie są istotne

Wykres 3. Średnie wskazań stopnia natężenia wykorzystania w pracy terapeutycznej w ciągu ostatniego roku trzech wybranych form terapii (psychodynamiczne, TFP i CBT) według uzyskanych skupień; n = 152

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8. Analiza wariancji wskazań stopnia natężenia wykorzystania w pracy terapeutycznej wybranych podejść teoretycznych. Oznaczone* zmienne różnicują istotnie osoby należące do poszczególnych skupień z $p < ,05000$; $n = 152$

| Podejścia teoretyczne | SS Efekt | Df Efekt | MS Efekt | F | p |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|----------|-----------|
| Psychoanalityczna | 2,2 | 2 | 1,1 | 0,982561 | 0,376763 |
| Poznawcza | 2,0 | 2 | 1,0 | 0,997340 | 0,371308 |
| Behawioralna | 8,4 | 2 | 4,2 | 6,484019 | 0,001995* |
| Poznawczo-behawioralne | 6,9 | 2 | 3,4 | 3,744832 | 0,025894* |
| Oparte na doświadczeniu | 5,2 | 2 | 2,6 | 4,381522 | 0,014157* |
| Zorientowane na kliencie | 3,7 | 2 | 1,9 | 3,324001 | 0,038697* |
| Systemowa, strukturalna | 4,4 | 2 | 2,2 | 1,626635 | 0,200061 |
| Inne | 1,3 | 2 | 0,6 | 0,278319 | 0,757448 |

Źródło: opracowanie własne.

statystycznie. Choć wyniki uzyskane dla wskazania pracy z wykorzystaniem psychoterapii poznawczo-behawioralnej są nieistotne, uwagę zwraca kierunek zależności, czyli fakt, że są one najniższe wśród terapeutów skupienia 3.

Ostatnia z prezentowanych analiz pokazuje różnice w wykorzystaniu podejść teoretycznych w uzyskanych trzech skupieniach. Ze względu na znikome liczebności wskazań tych zmiennych, które w analizie wariancji okazały się istotne statystycznie, do wyniku tego należy podchodzić z najwyższą ostrożnością. Są one jednak konsekwentne pod względem podobieństwa wielkości średnich w trzech uzyskanych skupieniach (najwyższe w skupieniu 1., najniższe w skupieniu 2., pośrednie w skupieniu 3.) i dlatego zdecydowaliśmy się je przedstawić.

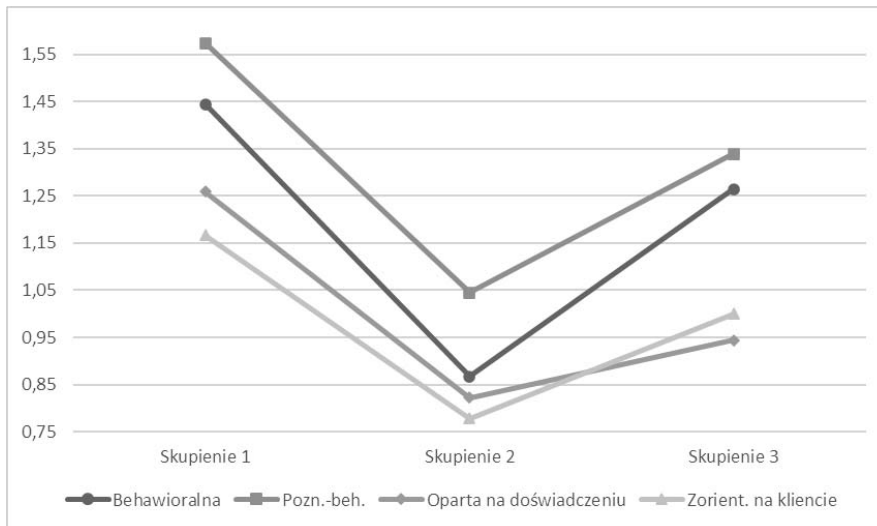
Zgodnie z oczekiwaniami wszystkie z tych podejść teoretycznych są najczęściej wykorzystywane przez terapeutów należących do skupienia 1. i najrzadziej przez terapeutów należących do skupienia 2. Zaskakujące jest jednak, że terapeuci należący do skupienia 3. również deklarują wykorzystywanie w swej pracy teorii leżących u podstaw psychoterapii behawioralnej, poznawczo-behawioralnej, opartej

Tabela 9. Średnie wskazań stopnia natężenia wykorzystania w pracy terapeutycznej wybranych podejść teoretycznych w uzyskanych trzech skupieniach. Uwzględniono tylko zmienne istotnie różniące się statystycznie; $n = 152$

| Wyłonione skupienia | Podejście teoretyczne, średnie | | | |
|---------------------|--------------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|
| | Behawioralna | Poznawczo-behawioralna | Oparta na doświadczeniu | Zorientowana na kliencie |
| Skupienie 1. | 1,44 | 1,57 | 1,26 | 1,17 |
| Skupienie 2. | 0,87 | 1,04 | 0,82 | 0,78 |
| Skupienie 3. | 1,26 | 1,34 | 0,94 | 1,00 |
| Ogół | 1,21 | 1,34 | 1,02 | 0,99 |

Źródło: opracowanie własne.

Wykres 4. Średnie wskaźniki stopnia natężenia wykorzystania w pracy terapeutycznej wybranych podejść teoretycznych. Wykres zawiera tylko zmienne istotnie różniące osoby należące do poszczególnych skupień z $p < ,05000$; $n = 152$



Źródło: opracowanie własne.

na doświadczeniu i zorientowanej na kliencie. Wynik ten jest wart dalszych badań, jednak opierając się na ustalonych faktach, stwierdzić można, że część terapeutów, zwłaszcza ze skupienia 1., lecz także 3., kształtuje swoją identyfikację teoretyczną również w oparciu o inne paradygmaty niż psychodynamiczny.

Podsumowanie

Oszacowanie rzetelności wymiarów oraz skal narzędzia TASC-2 zawartego w kwestionariuszu ThId pokazało różne współczynniki rzetelności w zależności od sprawdzanej skali. Zadowalającą rzetelność uzyskaliśmy w skalach *dostosowywanie* i *wgląd*, akceptowalną dla skal *neutralność*, *wspieranie*, *życzliwość* i *irracjonalność*, poniżej akceptowalnego poziomu są skale *kunszt* i *pesymizm*. Widzimy konieczność poprawienia własności tych skal przed użyciem TASC-2 w dalszych badaniach.

Pod względem cech demograficznych próba składa się z osób posiadających całym spore doświadczenie terapeutyczne (przeciętnie 9,94 roku), z olbrzymią przewagą terapeutek w stosunku do terapeutów płci męskiej. Zwraca uwagę niewielka liczba osób posiadających certyfikat terapeuty. Próba jest jednorodna pod względem psychologicznego wykształcenia, jak również podyplomowego kształcenia w obszarze psychoterapeutycznym, zdecydowaną jej większość stanowią kursanci bądź absolwenci Krakowskiego Centrum Psychodynamicznego. Interesujący jest fakt, że w badanej próbie większość osób brała udział we własnej psychoterapii, różnej niż szkoleniowe, obowiązkowe w kształceniu sesje grupowe *self-experience*. Właściwie każda z osób badanych poddaje swoją pracę superwizji.

Większość osób badanych prowadzi praktykę w gabinecie prywatnym, stosując w leczeniu pacjentów podejście psychodynamiczne. Analiza dominującej orientacji w wyborze podejścia do leczenia i stosowanych teorii, na których opierają się wykorzystywane modele terapeutyczne, ujawniła pewne trudności z różnicowaniem teorii od podejścia, terapii psychodynamicznej od psychoanalizy, niepewności, czy TFP jest, czy nie jest terapią psychodynamiczną i czy należy uznawać te podejścia do leczenia jako tożsame czy różne. Może to stanowić trudność w ustalaniu wspólnej identyfikacji psychoterapeutycznej wśród badanych, a równocześnie może być inspiracją dla środowiskowych dyskusji i wewnętrznego dialogu.

Trzy wymiary skali TASC-2 pokazały, że badane środowisko uzyskuje wysokie wyniki w skalach *dostosowanie* i *życzliwość*, *wątpliwość*, niższe wyniki w skalach *wgląd* i *neutralność*, najniższe w wymiarze *podstawowe założenia: irracjonalność, kunszt, pesymizm*. Mając na uwadze niski współczynnik rzetelności skal *kunszt* i *pesymizm*, za definiujące badaną grupę możemy uznać pozostałe skale. Trudność interpretacyjną wywołują wysokie wyniki w skali *wątpliwość*. Nie są one zależne od wieku i doświadczenia zawodowego. Trudno tę cechę uznać za pożądaną, jeśli wyraża lęk przed popełnieniem błędu, skutkujący zdystansowaną postawą. Kojarzy się to ze wspomnianymi przez Kernberga procesami, które prowadzone są w pełni zgodnie z metodą, ale nieskutecznie. Z drugiej strony nadmierna pewność siebie u terapeutów psychodynamicznych może być równoznaczna z brakiem otwartości, ciekawości i ze skłonnością do autorytaryzmu. Wiek tłumaczy natomiast w jakimś stopniu średnie wyniki uzyskane w skali *neutralność*. Statystyki pokazały, że w naszym badaniu im wyższy wiek, tym niższa *neutralność*. Średnia uzyskana w tej skali idzie w parze ze średnimi wynikami uzyskanymi w skalach *wspieranie* i *wgląd*. Może to świadczyć o zróżnicowanym podejściu do pacjenta w zależności od diagnozy struktury osobowości, stąd zarówno *neutralność*, *wgląd* jak i *wspieranie* pozostają do dyspozycji terapeutów jako dostępne czynniki leczące i style prowadzonej terapii. Skala *irracjonalność* wskazuje na koncentrację na procesach nieświadomych, widzenie człowieka we freudowskiej perspektywie popędowych, w dużej mierze też wrodzonych determinizmów. W naszej próbie wyniki w tej skali są niskie, co przy wysokich wynikach w skali *dostosowanie* tworzy charakterystykę terapeuty, który raczej bierze na cel dostosowanie pacjenta do wymagań zewnętrznych, do terapii oraz wzmacnia radzenie sobie z objawowymi i osobowościowymi trudnościami niż koncentruje się na nieświadomych procesach kierujących pacjentem. *Życzliwość* jest kolejną przy *dostosowaniu* najwyższą pod względem uzyskanych wyników skalą. Warto przyrzeć się tej skali dokładniej. W obu badaniach prowadzonych przez Sandella (2006, 2007) stwierdzono, że terapeuci z wysokimi wynikami w zakresie *życzliwości* i *neutralności* mieli lepsze wyniki leczenia pacjentów. Ale tylko wpływ *życzliwości* na leczenie pozostawał niezmienny w stosunku do długości trwania terapii. Przy krótkoterminowych ważniejsze okazywało się *wspieranie*, przy długoterminowej zaś *neutralność*. Analizując badania, które sprawdzają, jakie cechy terapeuty sprzyjają skuteczności prowadzonych terapii, Larry Beutler, Paulo Machado i Susan Neufeldt (1994) wyciągnęli następujące wnioski:

poszczególne cechy terapeuty odpowiadają za większą wariancję wyniku niż zmienne związane z formalnymi aspektami terapii (metodą pracy), niektórzy terapeuci są lepsi od innych, niektórzy terapeuci są szkodliwi dla klientów. Badania te sugerują ważność tego wniosku w przypadku nie tylko efektywności różnych podejść terapeutycznych, ale również cech, które rozwijane w procesach szkoleniowych mogą zwiększyć terapeutyczny potencjał.

Analiza skupień podzieliła badaną próbę na trzy podgrupy o akceptowalnej, wewnętrznej jednorodności. Najmniejsze różnice między skupieniami dotyczyły *irracjonalności, pesymizmu, neutralności*. Dla każdego skupienia powstał indywidualny schemat dominujących skal i tych o najmniejszym wpływie na podejście do terapii. I tak wyłonione zostały trzy skupienia lub, mówiąc inaczej, „prototypy” terapeutów w badanej próbie, które zostały przez nas nazwane: *wspierający* (n = 54), *zdystansowani* (n = 45), *skoncentrowani na przeniesieniu* (n = 53). Skupień nie różnicował wiek, płeć, doświadczenie, podejmowane terapie własne. We wszystkich skupieniach dominowała teoria psychoanalityczna i psychodynamiczne podejście do leczenia. Jedynie deklarowane przez terapeutów leczenie pacjentów z wykorzystaniem TFP okazało się różnicujące. *Skoncentrowani na przeniesieniu* istotnie częściej prowadzili pacjentów, korzystając z TFP. To skupienie cechuje wysoka *neutralność, irracjonalność, wątpliwości*. Irracjonalność pokazuje nawiązanie do freudowskiej teorii popędowej oraz świadczy o dominującym znaczeniu nieświadomości w założeniach podstawowych. Zwątpienie w sobie może być wynikiem krótkiego stażu w szkoleniu i niewielkiej praktyki terapeuty pracującego w modelu TFP – jest to model stosunkowo niedawno adaptowany przez środowisko zrzeszone w PTPPd.

Za interesujące uznaliśmy wyłonienie dwóch skupień, które można uznać za skonstrastowane: skupienia 1. (terapeuci *wspierający*) i skupienia 2. (terapeuci *zdystansowani*). Jest to z jednej strony efekt zastosowanej metody analizy danych (wyodrębnienie trzech, a nie większej ilości skupień wyostriżyło różnice między „prototypami”), z drugiej pokazuje, że w badanej próbie istnieją dość duże rozbieżności dotyczące identyfikacji terapeutów. Psychoterapeuci *wspierający* są głównie skoncentrowani na *dostosowaniu, wglądzie, życzliwości, wspieraniu*, co daje obraz terapeutów aktywnych, zaangażowanych w wywoływanie zmian życiowych pacjentów. Natomiast psychoterapeuci *zdystansowani* charakteryzują się niskimi wynikami we wszystkich skalach z wyjątkiem *neutralności i irracjonalności*. Tworzy to obraz terapeutów raczej wycofanych, neutralnych, być może koncentrujących się raczej na zmianach strukturalnych czy też zmianach wewnętrznych pacjentów niż na zmianach życiowych.

Analizując konfigurację skal tego skupienia i twierdzenia przypisane do każdej ze skal można wnioskować, że wgląd może w różnych skupieniach występować w różnej funkcji. Dla autorów kwestionariusza wgląd może być uzyskiwany głównie przez interpretacje genetyczne o charakterze raczej wspierającym (co oznacza odnoszenie aktualnych problemów pacjenta do jego doświadczeń z dzieciństwa oraz przepracowywanie tychże doświadczeń), a w mniejszym stopniu przez interpretację przeniesienia. Przy takim rozumieniu tego pojęcia w skupieniu *wspierający* może dominować właśnie

wspierająca funkcja wglądu, co jest być uzasadnione nie tylko wysokimi wynikami w skalach *życliwość*, *wsparcie* i *dostosowanie*, ale również tym, że to skupienie najniższe wyniki osiągnęło w skali *irracjonalność*. Terapeuci ze skupienia *skoncentrowani na przeniesieniu* mogą mniej koncentrować się na osiągnięciu wglądu, rozumianego jako przepracowanie przeszłości, analizując raczej nieświadomość i relacje z obiektem wewnętrznym, ujawniające się w relacji terapeutycznej przy zachowaniu wysokiej neutralności, co naszym zdaniem tworzy optymalne warunki do analizy przeniesienia. Takiej propozycji różnego użycia wglądu w trzech skupieniach i odmiennego rozumienia tego procesu sprzyja analiza skupienia *zdystansowani* – ci terapeuci, pozostając neutralnymi, osiągnęli równocześnie najniższe wyniki w tej skali.

Dyskusja

Nie da się wyróżnić jednej konfiguracji w identyfikacji psychoterapeutycznej w badanej próbie. Są przynajmniej trzy. Dyskusja może dotyczyć wątpliwości, na ile takie rozproszenie jest zjawiskiem pozytywnym, na ile negatywnym, na ile zjawiskiem stałym, a na ile przejściowym. Podkreślając ponownie, że bardzo niedoskonała metoda doboru próby uniemożliwia uogólnianie wyników, chcemy zwrócić uwagę na fakt, że być może wewnętrzne zróźnicowanie psychoterapeutów zrzeszonych w PTPPd jest podobne do tego, które udało się ustalić w prezentowanych wynikach badania.

Choć fakt wewnętrznego zróźnicowania ze względu na styl prowadzenia terapii wydaje się nawet w niewielkiej próbie oczywisty, to mniej oczywisty jest fakt, że mimo niemal jednorodnego wykształcenia i wywodzenia się z jednego środowiska terapeutów mogą prezentować tak zupełnie odmiennie style pracy. Warto przy tym pamiętać, że deklaracje terapeutów są obciążone ich mniej lub bardziej krytycznym stosunkiem do swojej pracy. Łatwo wyobrazić sobie bardzo wspierającego terapeutę, przeżywającego siebie jako neutralnego, oraz neutralnego, który najmniejsze ujawnienie siebie w procesie terapeutycznym uzna za odstępstwo od metody. Trudności, na które natrafiłszy w interpretacji skal samoopisowych, są ogromne, zwłaszcza że dotyczą tak złożonego i niepowtarzalnego zjawiska, jakim jest prowadzenie psychoterapii. Być może słaba rzetelność niektórych skal TASC-2 ma swe źródło w tym fakcie. Przekonanie, że sposób badania tego, co terapeuci robią, lecząc pacjentów, wymaga innych metod, na przykład zapisu wideo sesji i ich oceny przez kompetentnych sędziów, traktujemy jako ważny wniosek z tego etapu badań.

Wykraczając poza wyniki przeprowadzonych badań, chcemy wyrazić swoje przekonanie, że różne konfiguracje stylu i czynników leczących mogą być efektywne dla różnych procesów terapeutycznych, a kwalifikacja do określonego typu terapii może zależeć od natężenia patologii pacjenta oraz innych okoliczności towarzyszących. Mamy tu na myśli głównie wykorzystanie w konkretnej pracy różnych proporcji czynników wspierających i eksploracyjnych oraz formułowanie różnych celów terapeutycznych, od wspierania pacjenta po zmianę struktury osobowości. Różny styl i czynniki leczące mogą różnie rezonować z różnymi rodzajami patologii osobowości pacjentów, są też w silnym stopniu zależne od osobowości terapeutów.

W związku z tym zadaniem trudnym, a być może nawet niepożądanym jest określenie jednego optymalnego sposobu prowadzenia psychoterapii psychodynamicznej. Istotne dla nas, jako praktyków, jest, żeby wiedzieć, jakie postawy i styl pracy będą sprzyjać leczeniu konkretnych pacjentów i użyć tej wiedzy w pracy terapeutycznej, procesie szkolenia oraz procesach superwizyjnych. Mamy nadzieję, że dalsze badania psychoterapii psychodynamicznej psychoterapeutów zrzeszonych w PTPPd pozwolą na uzyskanie takiej wiedzy.

Literatura

- Antonovsky A. (1987). *The Jossey-Bass social and behavioral science series and the Jossey-Bass health series. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Beutler L.E., Machado P.P.P., Neufeldt S.A. (1994). Therapist variables. W: A.E. Bergin, S.L. Garfield (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, s. 229–269. New York: John Wiley & Sons.
- Blashfield R.K., Aldenderfer M.S. (1988). The Methods and Problems of Cluster Analysis. W: J.R. Nesselrode, R.B. Cattell (red.) *Handbook of Multivariate Experimental Psychology. Perspectives on Individual Differences*. Boston: Springer.
- Cattell R. (1944). A note on correlation clusters and cluster search methods. *Psychometrica*, 9, 169–184.
- Derogatis L.R., Lipman R.S., Rickels K., Uhlenhuth E.H., Covi L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1–15.
- Drdla S., Löffler-Stastka H. (2016). Influence of conversation technique seminars on the doctor-patient communication. *Wien Klin Wochenschr*, 128, 663–668.
- Erickson E.H. (1968). *Identity Youth and Crisis*. New York: Norton and Company.
- Erikson E.H. (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- Grant J., Sandell R. (2004). Close family or mere neighbors? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. W: H. Kachele, C. Renlund, P. Richardson. *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults*, s. 81–108. London: Karnac Books, 2004.
- Hambleton R. (2001). The Next Generation of the ITC Test Translation and Adaptation Guidelines. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 164–17.
- Kernberg O. (2004). *Agressivity, narcissism and self-destructiveness in the therapeutic relationship*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Klug G., Heinrich G., Kächele H., Sandell R., Huber D. (2008). Die Therapeutenvariable – immernoch ein dunkler Kontinent. *Psychotherapeut*, 53, 83–91.
- Korzeniewski J. (2012). *Metody selekcji zmiennych, nowe procedury*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Orliński D., Gerin P., Ronnestad M.H., Willutzki U., Dazord A. (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9(2), 127–153.
- Sandell R., Blomberg J., Lazar A. (2002). Time matters. On temporal interactions in psychoanalysis and long-term psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 12, 39–58.
- Sandell R., Carlsson J., Schubert J., Broberg J., Lazar A., Grant J. (2004). Therapist attitudes and patient outcome: I. development and validation of the therapeutic attitudes scales (TASC-2). *Psychotherapy Research*, 14(4), 469–84.
- Sandell R., Lazar A., Grant J., Carlsson J., Schubert J., Broberg J. (2006). Therapist attitudes and patient outcomes. III. A latent class analysis of therapists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 629–647.

- Sandell R., Lazar A., Grant J., Carlsson J., Schubert J., Broberg J. (2007). Therapist attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychotherapy Research*, 17(2), 196–204.
- Tryon R.C. (1939). *Cluster analysis*. New York: McGraw-Hill.
- Weissman M., Bothwell S. (1976). Assessment of Social Adjustment by Patient Self-Report. *Archives of General Psychiatry*, 33(9), 1111–1115.

dr n. hum. Jarosław Polak
Gabinet Psychoterapii Pracownia Dobrych Zmian, Sosnowiec
Ośrodek Przeciwdziałania Uzależnieniom i Dysfunkcjom Społecznym, Chorzów
jarek.s.polak@gmail.com

dr n. med. Katarzyna Poniatowska-Leszczyńska
Poznańska Pracownia Psychoterapii
Krakowskie Centrum Psychodynamiczne
ppp.poniatowska@gmail.com