

Wzajemne porozumienie i współpraca pacjenta i psychoterapeuty w psychoterapii

Ocena dobroci pomiaru kwestionariuszem *Przymierza w działaniu*

Tomasz Prusiński*

Pracownia Testów Psychologicznych, Instytut Psychologii

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

0000–0002–8782–1498

STRESZCZENIE

Cel

Niniejszy artykuł prezentuje zebrane z kilku dotychczasowych publikacji oraz z obecnie przeprowadzonych analiz efekty pracy nad polską adaptacją kwestionariusza WAI. Narzędzie po kilku latach prowadzonych badań z jego użyciem i estymacji właściwości psychometrycznych może być rekomendowane do prowadzenia pomiaru jakości relacji psychoterapeutycznej.

Tezy

Podkreśla się ważną funkcję relacji psychoterapeutycznej wobec uzyskiwania pozytywnych efektów leczenia problemów zdrowotnych. Na świecie istnieje wiele narzędzi pozwalających oszacować jakość relacji psychoterapeutycznej. Polscy psychologowie i psychoterapeuci nie dysponowali do tej pory takimi narzędziami.

Konkluzje

Analiza rzetelności trzech spośród czterech wersji kwestionariusza (WAI-PC, WAI-PT, WAI-R, WAI-SUM) wykazała, że pomiar dokonany skalą można uznać za rzetelny. Przedstawiono dowody weryfikujące strukturę przymierza w działaniu. Konfirmacyjna analiza czynnikowa potwierdziła trzydymensjonalną strukturę przymierza psychoterapeutycznego. Kwestionariusz WAI wykazał się zadowalającą trafnością teoretyczną. Kwestionariusz WAI w wersji 36-itemowej jest spójnym narzędziem, które z powodzeniem może być stosowane w badaniach naukowych.

Słowa kluczowe: bordinowski model panteoretyczny relacji psychoterapeutycznej, przymierze w działaniu, kwestionariusz *Przymierza w działaniu*, rzetelność WAI, trafność WAI

* Adres do korespondencji: Tomasz Prusiński, Akademia Pedagogiki Specjalnej, ul. Szczęśliwicka 40, 02–353 Warszawa, e-mail: tomasz.prusinski@op.pl.

WPROWADZENIE

Funkcja i wartość relacji psychoterapeutycznej wobec uzyskiwania pozytywnych efektów leczenia problemów zdrowotnych pacjentów korzystających z psychoterapii, bez względu czy jej skutki operacjonalizowane są poprawą w zakresie doświadczanych objawów, czy wzrostem subiektywnego dobrostanu, rzadko kiedy obecnie jest kwestionowana (Crits-Christoph, Gallop, Gaines, Rieger, Connolly Gibbons, 2020; Del Re, Flückiger, Horvath, Wampold, 2021). Przyjmuje się, że zoptymalizowane wzajemne porozumienie na rzecz współpracy pacjenta i psychoterapeuty stanowi kluczowy i najważniejszy niespecyficzny czynnik wyzdrowienia pacjenta lub chociażby poprawy jakości jego życia (Larsson, Falkenström, Andersson, Holmqvist, 2018). Czynnikiem ten jest niespecyficzny, przez co rozumie się jego niezależność od modalności pracującego w określonej orientacji teoretycznej psychologa czy psychoterapeuty.

Chociaż podobnie jak teoretycy również praktycy zwracają uwagę na wartość relacji psychoterapeutycznej w procesie zdrowienia, to jednak w warunkach polskich rzadko można spotkać prace poświęcone tej tematyce (Czabała, 2013). Jeszcze rzadziej zaś spotkać można prace empiryczne, w ramach których konkluzje poparte są badaniem empirycznym, bazującym na przeprowadzonym uprzednio rzetelnym i trafnym pomiarze relacji psychoterapeutycznej (Cierpiałkowska, Kubiak, 2010). W Polsce brakuje narzędzi pomiarowych, chociaż na świecie istnieje ich wiele, a ich zróżnicowanie odzwierciedla współistniejące sposoby rozumienia, czym jest relacja psychoterapeutyczna (Gelso, 2014; Horvath, 2018).

Niniejszy artykuł ma na celu zaprezentowanie szerokiego gronu badaczy psychoterapii oraz praktykom, psychologom i psychoterapeutom, na co dzień pracującym w różnych formach pomocy psychologicznej, kwestionariusza WAI – narzędzia, które po kilku latach prowadzonych badań z jego użyciem i estymacji właściwości psychometrycznych może być rekomendowane do prowadzenia pomiaru jakości relacji psychoterapeutycznej jako rzetelne i trafne. Obecny artykuł zbiera większość dowodów z polskich badań w zakresie dobroci pomiaru WAI i prezentuje to narzędzie.

RELACJA PSYCHOTERAPEUTYCZNA – MODEL BORDINOWSKI

Istnieje wiele wartościowych propozycji teoretycznych rozumienia i definiowania relacji psychoterapeutycznej (Gelso, 2014). Empiryczne próby określenia jej treści i struktury (Cirasola, Midgley, Fonagy, Impact Consortium, Martin, 2020) nie przyniosły jednoznacznych rozstrzygnięć dotyczących tego, który model teoretyczny może być wiodący i wiarygodny. Większość badaczy zgadza się jednak co do jednego, że relacja psychoterapeutyczna jest konstruktem multidymensjonalnym (Horvath, 2018).

Kanoniczną propozycją jest model panteoretyczny Bordina (1979; 1994), w którym rdzeń relacji psychoterapeutycznej nazywany jest przymierzem w działaniu. Nazwa „panteoretyczność” wskazuje na uniwersalność tego modelu,

którego elementy występują w każdej relacji psychoterapeutycznej. Tym samym w ramach tej propozycji możliwe jest, zdaniem twórcy, badanie i estymowanie relacji pacjent–psychoterapeuta we wszystkich modalnościach psychoterapeutycznych. Relacja psychoterapeutyczna nie jest tu rozumiana jako konsultacja doradcza w sensie dawania pacjentowi sugestii czy rekomendowania zaleceń (Rogers, 1951; 1957), nie jest też relacją kierowania czy facylitacji, rozumianej jako wszechstronne wspieranie rozwoju zasobów pacjenta (LaCrosse, 1980). W warstwie znaczeniowej zbliżona jest bardziej do pojęcia dopasowania stron (Kohut, 1984) czy do partnerstwa terapeutycznego (McWilliams, 2018). Przymierze w działaniu jest aktywnym czynnikiem i ma charakter dynamiczny, co oznacza, że zmienia się w czasie procesu psychoterapii (Halfon, Özsoy, Çavdar, 2019).

Kryterium rozróżnienia ze wspomnianymi wyżej sposobami ujmowania relacji psychoterapeutycznej stanowi w przypadku przymierza w działaniu wymiar wzajemności porozumienia (Bordin, 1979). Koncepcja przymierza wskazuje na istnienie, i najsilniej podkreśla, komponentu współpracy i zgodności między psychoterapeutą i pacjentem w celu realizacji określonej zmiany w psychoterapii (Horvath, 2018). Bordin (1994) wskazuje, że pacjent akceptuje wspólnie ustaloną interwencję oraz aktywnie o niej decyduje i w niej uczestniczy. Wspomniane wyżej definicje, zwracając uwagę na fakt, że psychoterapeuta jest raczej kimś na wzór doradcy, nie uwzględniały znaczenia współpracy i stopnia zgody, jaką ma pacjent wobec proponowanego przez psychoterapeutę sposobu leczenia.

W modelu bordinowskim przymierze ma charakter trzydymensjonalny, a pacjent i psychoterapeuta nie różnią się między sobą kompetencjami w zakresie określenia sposobu i jakości realizacji określonej zmiany w psychoterapii. Proces zdrowienia odbywa się poprzez osiąganie ustalonych celów – komponent poznawczy przymierza i realizowanie zadań – komponent behawioralny przymierza (Horvath, Greenberg, 1989). Wzajemna zgoda i współpraca w zakresie celów i zadań oraz efektywność ich realizacji możliwe są dzięki rozwijającej się więzi – afektywny komponent przymierza: poczucie, że jest się akceptowanym, rozumianym i lubianym (Gaston, 1990). Dwa pierwsze wymiary precyzowane są zazwyczaj, chociaż nie wyłącznie, na pierwszych spotkaniach, które dla psychoterapeutów są także sesjami diagnozującymi problem zdrowotny pacjenta (Klajns, 2017). Trzeci wymiar rozwijany jest przez cały czas procesu psychoterapeutycznego, ponieważ wzajemne zaufanie i przywiązanie to proces niemożliwy do optymalnego zbudowania na pierwszych kilku sesjach (Prusiński, 2020).

Możliwość uczestniczenia przez pacjenta w procesie decyzyjnym jest ważną charakterystyką relacji psychoterapeutycznej w tym modelu. W innych formach wsparcia instytucjonalnego, np. w instytucjach ochrony zdrowia, odmówienie stronie szukającej wsparcia i pomocy możliwości wypowiedzenia się i wpłynięcia na decyzję personelu prowadzi do delegitymizacji autorytetu i zachowań kontrsugestywnych (Prusiński, 2022). Posiadanie możliwości współdecydowania poprzez wypowiedzenie się i bycie wysłuchanym, często nazywane w literaturze „efektem głosu” (Tyler, 2021), wydaje się psychologicznie istotne, ponieważ pozwala poczuć jednostce, że jest ważna i uwzględniona w procesie leczenia (Holopainen, Simpson, Piirainen, Karppinen, Schütze, Smith, O’Sullivan, Kenti, 2020). Przedstawiając swoje zdanie, kontroluje ona proces decyzji i ma wpływ na jego

efekt końcowy w postaci bieżących rekomendacji oraz rozstrzygnięć, a przecież te ostatnie dotyczą jej samej i ważnej dla niej wartości, jaką jest jej zdrowie (Mentovich, Rhee, Tyler, 2014). Dodatkowo możliwość współdecydowania jest sposobem na poradzenia sobie z bieżącą niepewnością, będącą stanem awersyjnym, której chorujący pacjent doświadcza w nadmiarze (Pérez-Arechaederra, 2019). To mocne motywy, których zaspokojenie wydaje się kluczowe, stąd bordinowski sposób rozumienia relacji psychoterapeutycznej uznawany jest nie tylko za optymalny model deskryptywny, lecz także za model o charakterze eksplanacyjnym (Horvath, 2018).

KWESTIONARIUSZ PRZYMIERZA W DZIAŁANIU

W niedługim czasie model teoretyczny (Bordin, 1979) doczekał się pierwszej operacjonalizacji w postaci metody pomiarowej nazwanej *Working Alliance Inventory* (w skrócie: WAI; kwestionariusz *Przymierza w działaniu*; Horvath, Greenberg, 1989). Przygotowano dwie wersje kwestionariusza: dla pacjenta i psychoterapeuty. Pozycje narzędzia zostały sformułowane zgodnie z trzema wcześniej wspomnianymi czynnikami przymierza: (1) jakości porozumienia co do celów, odnoszących się do wspólnego zrozumienia zmian, do których zmierza proces terapeutyczny, (2) jakości porozumienia w sprawie zadań niezbędnych do wykonania takich celów oraz (3) jakości więzi wskazującej naturę relacji między psychoterapeutą a pacjentem (Bordin, 1979). Od tego momentu narzędzie WAI poddawane było ocenie psychometrycznej, a jej rezultat, zwłaszcza w zakresie trafności czynnikowej, był zróżnicowany.

Rekomendowano użycie narzędzia (Horvath, 1994) w możliwie zróżnicowanych sytuacjach profesjonalnej pomocy. Kwestionariusz WAI przeznaczony jest do nie tylko do pomiaru relacji w psychoterapii. Na świecie jest on szeroko stosowany w badaniach estymujących jakość relacji między pomagającym i szukającym wsparcia w innych formach pomocy. Istnieją wersje WAI przeznaczone do szacowania jakości relacji na innych polach: doradztwa zawodowego (Milot-Lapoint, Le Corff, Savard, 2020; Perdrix, de Roten, Kolly, Rossier, 2010), fizjoterapii (Hall, Ferreira, Maher, Latimer, Ferreira, 2010), rehabilitacji (Paap, Schepers, Dijkstra, 2020), edukacji – zwłaszcza relacji nauczyciel–uczeń (Toste, Heath, McDonald Connor, Peng, 2015), medycyny (Petek, Pušnik, Selič, Cedilnik-Gorup, Trontelj, Riou, Le Reste, 2019) czy pracy socjalnej (Guédeney, Fermanian, Curt, Bifulco, 2005). Wiele badań potwierdziło wartość psychometryczną pomiaru 36-itemową skalą WAI, chociaż na przestrzeni ponad trzech dekad pojawiały się również pewne kluczowe nieścisłości.

Zgodnie z najlepszą wiedzą, bazującą na danych Society for Psychotherapy Research, jak też wiedzą pochodzącą z dotychczas przeprowadzonych przeglądów dotyczących WAI (Paap, Karel, Verhagen, Dijkstra, Geertzen, Pool, 2022) oraz uwzględniając jedynie te publikacje o kwestionariuszu, w ramach których autorzy, dokonując oceny dobroci pomiaru WAI, spełniali rygorystyczne standardy i wytyczne w zakresie prezentacji niezbędnych ocen dla narzędzi z przestrzeni

zdrowia (COSMIN; Mokkink, Prinsen, Bouter, de Vet, Terwee, 2016), podkreślić należy, że przeprowadzono 66 walidacji psychometrycznych WAI w latach 1989–2021. Stosowane na całym świecie metody analizy właściwości pomiarowych WAI są dosyć zróżnicowane i również w warstwie wyników dają odmienne rezultaty. Tempo pojawiania się nowych publikacji w tym zakresie w ostatnich latach zwiększa się. Największy przyrost studiów nad WAI (23 prace badawcze) przypada na ostatnie pięć lat. Pokazuje to, że zainteresowanie zagadnieniem przymierza jest duże, a sam konstrukt ważny i znaczący w przestrzeni zdrowia.

Kluczowym problemem jest fakt, że nadal nie jest jasne, która struktura czynnikowa jest odpowiednia i która identyfikuje faktyczne dymensje przymierza psychoterapeutycznego. Wykrywana jest niezgodność ilościowa i znaczeniowa czynników z zakładaną teoretyczną strukturą kwestionariusza. Niektóre badania potwierdzały, że przymierze ma strukturę trzyczynnikową, zgodną z modelem bordinowskim (Hatcher, Barends, Hansell, Gutfreund, 1995; Horvath, Greenberg, 1989; Hukkelberg, Ogden, 2016; Munder, Wilmers, Leonhart, Linster, Barth, 2009; Prusiński, 2021a), kiedy inne wyniki konfirmowały dwa wymiary strukturalne przymierza: cele i zadania (Andrusyna, Tang, DeRubeis, Luborsky, 2001). Zespół Toste (2015) przeprowadził wielopoziomowe analizy czynnikowe, które wsparły model dwuczynnikowy, reprezentujący emocjonalne i oparte na współpracy elementy relacji. Uzyskiwano również różną strukturę przymierza, w tym jednoczynnikową, w zależności od tego, którą wersją narzędzia (pacjenta czy psychoterapeuty) i na jakiej grupie wiekowej pacjentów dokonano pomiaru (Prusiński, 2021a).

Co należy zauważyć, analizy spójności wewnętrznej WAI wykazują na homogeniczność skali, jak również podskal. Tylko sporadycznie w badaniach notowane są wartości α Cronbacha mniejsze od 0,85 dla wyniku ogólnego (Bat Or, 2019) i mniejsze od 0,80 dla podskal (Hsu, Yu, 2017).

POLSKA WERSJA WAI

W polskiej psychologii i psychoterapii angielska wersja WAI jest dobrze znana zarówno teoretykom, jak i praktykom. Jednak dopiero od niedawna operujemy polską wersją narzędzia. Pojawiają się również pierwsze analizy empiryczne z jego użyciem (Cierpiałkowska, Kubiak, 2010), a w ślad za nimi pierwsze walidacje psychometryczne (Prusiński, 2021a; Prusiński, 2021b).

Proces adaptacji

Proces adaptacji skali WAI rozpoczęto od uzyskania oficjalnej zgody autora oryginału skali. Zgodę na przygotowanie polskiej adaptacji narzędzia wyraził prof. Adam Horvath oraz instytucja Society for Psychotherapy Research, która obecnie posiada prawa autorskie do WAI. Prace walidacyjne odbywały się na przetłumaczonej z języka angielskiego na język polski wersji prof. Lidii Cierpiałkowskiej

i dr Jowity Kubiak. W ustaleniu ostatecznego brzmienia pozycji testowych uwzględniono nie tylko ich poprawność językową, lecz także równoważność semantyczną i funkcjonalną z oryginałem (Prusiński, 2021a).

Przygotowana w ten sposób wersja narzędzia została przetestowana na próbie 7 osób w celu dokonania bazowej oceny, czy instrukcja oraz pozycje skali są zrozumiałe dla osób badanych. Przebadano 3 kobiety oraz 4 mężczyzn (w wieku 23–26 lat, mających wykształcenie średnie oraz wyższe). Badani po wypełnieniu kwestionariusza byli zapraszani na rozmowę z prowadzącym badanie, podczas której mogli podzielić się odczuciami towarzyszącymi im w trakcie wypełniania skali. Badanych pytano również o to, czy instrukcja i pytania były jasne i zrozumiałe oraz czy któreś z pytań budziło jakieś wątpliwości lub sprawiało trudności. Badani ocenili kwestionariusz jako zrozumiały, choć również jako zasadniczo angażujący uwagę. Poprawek w tej wersji już nie nanoszono. Tak przygotowaną wersję skali potraktowano jako ostateczną wersję, przeznaczoną do badań.

Budowa WAI

Przygotowana polska wersja WAI jest wersją pełną narzędzia. Ma dwie wersje równoległe: jedną przeznaczoną dla pacjenta/klienta (WAI-PC) i drugą przeznaczoną dla psychoterapeuty (WAI-PT). Kwestionariusz to niewielki zeszyt, który zawiera zarówno pozycje, jak i miejsce do udzielania odpowiedzi. Kwestionariusz składa się z czterech stron. Na początku pierwszej strony umieszczony jest akronim pełnej nazwy narzędzia, informacja dla kogo narzędzie jest przeznaczone, wskazani są jego autorzy oraz autor polskiej adaptacji, następnie umieszczona jest instrukcja. Resztę pierwszej strony wypełniają pozycje kwestionariusza. Skala odpowiedzi umieszczona jest pod każdym itemem. Strona druga i trzecia zawierają kolejne pozycje kwestionariusza wraz z towarzyszącą im skalą odpowiedzi. Klucz do obliczenia wyniku umieszczony jest na osobnym kartoniku (czwarta strona; zamieszczony w Załączniku 2, s. 54–56). Każda z wersji WAI składa się z 36 analogicznych twierdzeń operacjonalizujących konstrukt współpracy w terapii, jak również trzech wymiarów przymierza: Uzgodnione cele (w skrócie: Cele), Wyznaczone zadania (w skrócie: Zadania), Budowane więzi (w skrócie: Więzi). Każdą podskalę buduje 12 itemów. Osoby badane udzielają odpowiedzi na 7-stopniowej skali Likerta od *nigdy* do *zawsze*.

Osoby badane

WAI przeznaczony jest do pomiaru jakości relacji między pacjentem i psychoterapeutą. Badania pilotażowe na polskich próbach walidacyjnych prowadzone były równoległe zarówno na pacjentach, jak i psychoterapeutach. Badano osoby dorosłe: pacjentów przeciętnie w wieku 36 lat oraz psychoterapeutów przeciętnie w wieku 42 lat. Kwestionariusz WAI przeznaczony jest zatem do badania osób dorosłych. Pełną strukturę (płeć, wiek itd.) prób walidacyjnych przedstawia tabela 1 (s. 37–38).

Tabela 1

Charakterystyka studiów empirycznych i struktura prób walidacyjnych

Publikacja	Wersja WAI	Podskale (liczba itemów)	Estymowane właściwości pomiaru	Opis populacji pacjentów i psychoterapeutów	n	Płeć (%, %)	Wiek (M, SD)
Prusiński (2020) badanie wstępne (pilotażowe)	WAI-PC	C (12)	trafność: CFA;	P: psychoterapia indywidualna;	85 P	P: K (57, 67%) M (28, 33%)	P: 17-70 (M = 36,28; SD = 11,44)
		Z (12)					
		W (12)					
Prusiński (2021a) badanie główne	WAI-PT	C (12)	trafność: CFA;	T: modalność pracy: psychoanalityczna, psychodynamiczna, ericksonowska, systemowa, humanistyczna, Gestalt;	55 T	T: K (41, 74,5%) M (14, 25,5%)	T: 28-58 (M = 41,38; SD = 8,52)
		Z (12)					
		W (12)					
WAI-SUM	C (12)	trafność: CFA, INTR; rzetelność;	P: psychoterapia indywidualna;	262 P	P: K (132, 50,4%) M (130, 49,6%)	P: 18-80 (M = 35,23; SD = 11,89)	
	Z (12)						
	W (12)						
WAI-R	C (12)	trafność: CFA;	T: modalność pracy: psychoanalityczna lub psychodynamiczna (25,6%), poznawczo-behawioralna (30,9%), ericksonowska (12,2%), systemowa (11,5%), humanistyczna (4,2%), Gestalt (8,8%);	166 T	T: K (111, 66,9%) M (55, 33,1%)	T: 27-64 (M = 42,9; SD = 9,04)	
	Z (12)						
	W (12)						
WAI-SUM	C (12)	trafność: CFA; rzetelność;	trafność: CFA; INTR*; rzetelność;	C (12)	C (12)	C (12)	
	Z (12)						
	W (12)						
WAI-R	C (12)	trafność: CFA; rzetelność;	trafność: CFA; INTR*; rzetelność;	C (12)	C (12)	C (12)	
	Z (12)						
	W (12)						

Ciąg dalszy tabeli 1

Publikacja	Wersja WAI	Podskale (liczba itemów)	Estymowane właściwości pomiaru	Opis populacji pacjentów i psychoterapeutów	n	Płeć (n, %)	Wiek (M, SD)
Prusiński (2021b)	WAI-PC	C (12) Z (12) W (12)	trafność: MZN; rzetelność	P: psychoterapia indywidualna, faza konsultacyjna (2–4 sesja); T: modalność pracy: systemowa	22 P (PE: 11; PK:11)	PE: K (7, 63,6%) M (4, 36,4%) PK: K (8, 72,7%) M (3, 27,3%)	PE: 25–47 (M = 34,82; SD = 6,57) PK: 28–50 (M = 36,09; SD = 6,86)

Adnotacje. WAI-PC – wersja narzędzia przeznaczona dla pacjenta, WAI-PT – wersja narzędzia przeznaczona dla psychotherapy, WAI-SUM – dodatkowa propozycja pomiarowa przymierza w działaniu, ważona z sumy ocen indywidualnych pacjenta i psychotherapy, WAI-R – dodatkowa propozycja pomiarowa przymierza w działaniu, ważona z różnicy ocen indywidualnych pacjenta i psychotherapy, C – podskala *Uzgodnienie celów*, Z – podskala *Wyznaczenie zadań*, W – podskala *Rozwój więzi*, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, CFA – konfirmacyjna analiza czynnikowa, MZN – metoda zmian nieprzypadkowych, INTR – interkorelacje podskali, P – pacjent, T – psychoterapeuta, PE – pacjenci w grupie eksperymentalnej, PK – pacjenci w grupie kontrolnej, K – kobieta, M – mężczyzna

* w wersji opublikowanej nie umieszczono informacji na temat interkorelacji podskali WAI, chociaż zostały one policzone

Przeprowadzenie badania

Badanie za pomocą WAI można przeprowadzić indywidualnie lub w niewielkich grupach. Chociaż nie ma ważnych powodów, dla których nie należy przeprowadzać badania grupowo, to w polskich próbach walidacyjnych badanie kwestionariuszem WAI przeprowadzano indywidualnie. Zatem charakterystyka psychometryczna narzędzia została ustalona na podstawie badań indywidualnych.

Badanie WAI jest anonimowe. Osoby badane nie podpisują arkusza WAI. Po poznanym się z instrukcją badany przystępuje do odpowiedzi na kolejne pozycje, zaznaczając swoje odpowiedzi na otrzymanym arkuszu. Czas udzielania odpowiedzi nie jest ograniczony ani nie podlega pomiarowi. Przeciętnie wynosi 15 minut.

Pomiar można przeprowadzić jedną wersją WAI (zbadać jedynie pacjenta lub psychoterapeutę) lub przeprowadzić równolegle dwiema wersjami (zbadać pacjenta i psychoterapeutę). Przeprowadzenie estymacji przymierza zarówno u pacjenta, jak i u jego psychoterapeuty pozwala zwiększyć pewność dotyczącą wyniku, a w efekcie zwiększyć pewność wnioskowania o jakości przymierza psychoterapeutycznego. Dzieje się tak dlatego, że dwustronny pomiar przymierza pozwala zminimalizować potencjalne błędy pomiaru związane z niedoszacowaniem lub przeszacowaniem przymierza pojawiającym się po którejś ze stron diady psychoterapeutycznej (Nissen-Lie, Solbakken, Falkenström, Wampold, Holmquist, Ekeblad, Monsen, 2021; Prusiński, 2021a).

Korzystając z klucza, można obliczyć wynik. Część pozycji jest odwrócona, zaznaczono to literą R przy pozycji w kluczu. Wynik surowy stanowi suma punktów. Minimalnie można otrzymać 36 punktów w wyniku ogólnym (WAI-PC i WAI-PT) i 72 punkty w wyniku ogólnym (WAI-SUM) oraz 12 punktów w każdej podskali, odpowiednio 24 dla podskal w WAI-SUM. Maksymalnie można otrzymać 252 punkty w wyniku ogólnym (WAI-PC i WAI-PT) i 504 punkty w wyniku ogólnym (WAI-SUM) oraz 84 punkty w każdej podskali, odpowiednio 168 punktów dla podskal w WAI-SUM.

Zgodnie z zapowiedzią niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie wartości psychometrycznych, a zwłaszcza trafności pomiaru i rzetelności pomiaru polskiej wersji WAI. Dane prezentowane poniżej pochodzą z różnych źródeł (stosowne oznaczenia źródeł pojawiają się w adnotacjach kolejnych tabel), głównie z zagranicznej publikacji autora walidacji, poświęconych badaniom przymierza. Jednak z uwagi na ograniczenia w dostępie do tej głównej publikacji oraz trudności w zapoznaniu się z tekstem angielskojęzycznym, doświadczane przez niektórych psychologów praktyków, przygotowano artykuł, dzięki któremu skala stanie się bardziej dostępna i znana w Polsce. Skala WAI nie została przedstawiona w żadnej z dotychczasowych publikacji. W obecnej skala WAI zostaje załączona na końcu artykułu (Załączniki 1 i 2, s. 53–56).

WYNIKI

Informacje dotyczące poszczególnych kryteriów i wartości wyników dobroci pomiaru WAI pochodzą z kilku publikacji powstałych w latach 2019–2022. Główne publikacje

pojawiły się w *Polskim Forum Psychologicznym* (Prusiński, 2020), w *Journal of Contemporary Psychotherapy* (Prusiński, 2021a) oraz w *Przeglądzie Psychologicznym* (Prusiński, 2021b) i dane zwłaszcza z tych publikacji przedstawiono poniżej. Autor publikacji uzyskał pisemne zgody na przedruk danych z wcześniejszych publikacji. W tabeli 1 (s. 37–38) zaprezentowano charakterystykę studiów empirycznych oraz strukturę prób badawczych, na bazie których prowadzono analizy walidacyjne.

Trafność WAI

W dwóch z trzech publikacji (Prusiński, 2020; Prusiński, 2021a), przedstawionych w tabeli 1 (s. 37–38), główne dowody na trafność pomiaru pochodziły z rezultatów analiz struktury czynnikowej metodą confirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA). Sprawdzono dopasowanie klasycznego modelu bordinowskiego (Bordin, 1979) obejmującego trzy czynniki latentne i metazmienną przymierze w działaniu do modelu pomiarowego wspieranego empirycznie oceną pochodzącą od pacjenta (WAI-PC) lub psychoterapeuty (WAI-PT). Weryfikację poprawności trzyczynnikowego modelu strukturalnego wzmocniono o dwa dodatkowe modele pomiarowe, pochodzące nadal z tej samej diady pacjent–terapeuta: różnicami między wynikami pomiaru z wersji kwestionariusza przeznaczonego dla pacjenta i psychoterapeuty (WAI-R) i sumą wyników pomiaru z obu wersji kwestionariusza przeznaczonego dla pacjenta i psychoterapeuty (WAI-SUM).

Zwłaszcza to ostatnie rozwiązanie poddane analizom confirmacyjnym jest gruntownie uzasadnione. Jak już wspomniano, przegląd dotychczasowych badań wskazuje, że badacze opierając estymację przymierza na jednej tylko osobie z diady procesu psychoterapeutycznego, lokują swoje wnioski w niedoszacowaniu bądź przeszacowaniu jakości przymierza psychoterapeutycznego (Nissen-Lie in., 2021). Źródło oceny przymierza uznawane jest za kluczowy czynnik wpływający na wartość uzyskanej estymacji (Hartmann, Joos, Orlinsky, Zeeck, 2015). Ustalono istnienie regularnych niedoszacowań jakości przymierza po stronie psychoterapeuty (Hartmann i in., 2015; Tryon, Blackwell, Hammel, 2007). Zwraca się również uwagę na fakt, iż istniejące zbieżności w ocenach przymierza między pacjentem i psychoterapeutą zmieniają się w miarę postępu psychoterapii. Wyniki badań Marmarosh i Kivlighan (2012) wykazały, że psychoterapeuta i pacjent wyrażali większą zgodę na temat oceny postrzeganego sojuszu na początku leczenia niż w dalszej perspektywie. Nowsze badanie, w którym wykorzystano powtarzane pomiary ocen więzi terapeutycznej między pacjentem a psychoterapeutą, znalazło dowody na to, że z jednej strony oceny terapeutów były systematycznie niższe niż oceny pacjentów, a z drugiej – wykazały odwrotną do odkrytej wcześniej zależność. Rozbieżność między ich punktami widzenia zmniejszyła się w trakcie psychoterapii (Atzil-Slonim, Bar-Kalifa, Rafaeli, Lutz, Rubel, Schiefele, Peri, 2015). Zależność tę potwierdza również zespół Laws (2017), wskazując na zjawisko narastania konsensusu ocen w trakcie procesu psychoterapeutycznego.

W związku z tym, aby uchronić pomiar przymierza psychoterapeutycznego przed omawianym powyżej ewentualnym błędem szacowania, skorzystano z pojawiającej się w literaturze idei pomiaru łączącego ocenę pacjenta i psychoterapeuty,

pozwalającego na uwzględnienie w studiowaniu dynamiki rozwoju przymierza poziomu interpersonalnego i wyeliminowanie ewentualnych niedoszacowań i przeszacowań (Muran, Eubanks, Samstag, 2019). Zespół Laws (2017) i Prusiński (2021a) sugerują korzystanie z sumowanej oceny pochodzącej z diady pacjent–terapeuta.

Dodatkowo poszukiwano dowodów na trafność teoretyczną pomiaru dla wersji przeznaczonej dla pacjenta (WAI-PC), korzystając z metody zmian nieprzypadkowych. Przeprowadzono badanie *quasi*-eksperymentalne (Prusiński, 2021b). Tabela 2 (s. 42) podsumowuje niektóre informacje o trafności WAI.

W badaniach pilotażowych (Prusiński, 2020) po przeanalizowaniu indeksów dopasowania modelu teoretycznego z modelem pomiarowym oraz po sprawdzeniu i interpretacji wartości parametrów ścieżkowych i wariancji szacujących model uznano, że najlepszy jest model trzyczynnikowy sumy (WAI-SUM), ważony (wyprowadzony) z ocen indywidualnych pacjenta i psychoterapeuty dotyczących jakości przymierza. Decyzję tę oparto zwłaszcza na wskaźniku RMSEA Steigera-Linda. Jego wartość wyniosła 0,03, co wskazuje na dobre dopasowanie modelu trzyczynnikowego do danych populacyjnych. Decyzję oparto również na wartościach parametrów ścieżkowych λ . Jeśli chodzi o dwa separowane (oddzielne) modele opierające ocenę przymierza psychoterapeutycznego jedynie na pomiarze oceny psychoterapeuty (WAI-PT) lub pacjenta (WAI-PC) oraz model osadzony w różnicy ocen indywidualnych pacjenta i psychoterapeuty (WAI-R), to interpretacja wartości współczynników ścieżkowych tych modeli wskazała na ich mierne i nieakceptowalne wartości.

Bazujące na liczniejszej grupie psychoterapeutów i pacjentów rezultaty badań głównych (Prusiński, 2021a) w postaci indeksów dopasowania modelu teoretycznego z modelem pomiarowym i wartości parametrów ścieżkowych (tabela 2, s. 42) oraz wariancji szacujących model również pozwoliły uznać, że odtworzyła się trzyczynnikowa struktura przymierza w działaniu.

Uzyskano dopasowanie klasycznego modelu strukturalnego przymierza w działaniu (propozycja bordinowska; Bordin, 1979) z danymi empirycznymi zarówno w przypadku oceny uzyskanej od pacjenta (WAI-PC), jak i w przypadku, kiedy ocenę procesu psychoterapii formułował psychoterapeuta (WAI-PT). Uzyskano także dopasowanie struktury czynnikowej modelu trzyczynnikowego sumy (WAI-SUM), który charakteryzował się w większości dobrymi wartościami wskaźników dopasowania i wartościami parametrów ścieżkowych λ . Model trzyczynnikowy różnicy (WAI-R) został odrzucony z powodu niskich wartości ładunków czynnikowych współczynnika regresji λ . Większość ładunków uzyskała wartości poniżej 0,4, co jednak nie przekreśla dalszych badań nad właściwościami pomiarowymi tej wersji WAI.

Dodatkowo w publikacji w *Przeglądzie Psychologicznym* (Prusiński, 2021b) przedstawiono inny dowód na trafność WAI. Trafność szacowana była za pomocą sposobu innego niż klasyczna analiza czynnikowa. Estymację trafności przeprowadzono metodą zmian nieprzypadkowych proponowaną przez Cronbacha i Meehla (2005). Metoda ta wykorzystuje procedurę eksperymentu. Zakłada się w niej wprowadzenie manipulacji eksperymentalnej, która powinna wpłynąć na zmienną mierzoną testem, a następnie sprawdza się, na ile narzędzie jest czułe na działający czynnik manipulujący i czy wykaże w wynikach pomiaru jego działanie, czyli oczekiwaną zmianę.

Tabela 2
Trafnosć WAI

Publikacja	Wersja WAI	CFA							MZN					
		χ^2	χ^2/df	RMSEA	GFI	CFI	ECVI	MECVI	$M(\lambda)$	wymiar WAI	grupa	M	SD	$t(df)$
Prusiński (2020)	WAI-PC	596,88	1,01	0,01	0,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	WAI-PT	559,59	0,95	0,01	0,63	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	WAI-SUM	645,11	1,09**	0,03	0,57	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	WAI-R	541,50	0,92	0,01	0,64	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prusiński (2021a)	WAI-PC	895,61	1,51*	0,04	0,81	0,24	4,01	4,1	0,882**	Przy- mierze	E	197,55	6,10	18,44*
	WAI-PT	865,72	1,46*	0,04	0,82	0,27	3,89	3,99	0,823**	C	K	135,09	9,43	(20)
	WAI-SUM	883,06	1,49*	0,04	0,81	0,26	3,96	4,05	0,876**		E	68,09	2,12	22,23*
	WAI-R	972,80	1,65*	0,05	0,83	0,73	3,30	3,40	0,422**	Z	K	44,82	2,75	(20)
Prusiński (2021b)	WAI-PC									nie dotyczy	E	60,18	3,03	10,96*
										W	K	45,91	3,08	(20)
											E	64,09	2,34	13,37*
											K	44,36	4,30	(20)

Adnotacja. CFA – konfirmacyjna analiza czynnikowa, χ^2 – statystyka χ^2 dopasowania modelu, df – liczba stopni swobody, χ^2/df – iloraz statystyki χ^2 i liczby stopni swobody, RMSEA – pierwiastek ze średniego kwadratu błędu aproksymacji, GFI – wskaźnik zmienności empirycznej macierzy, CFI – wskaźnik względnego dopasowania, ECVI i MECVI – kryteria informacyjne służące porównywaniu jakości modeli, M (A) – średnia wartość ładunków czynnikowych współczynnika regresji. – oznacza, że informacji nie zaprezentowano; Przymierze – wynik ogólny, C – podskala *Uzgodnienie celów*, Z – podskala *Wyznaczenie zadań*, W – podskala *Rozwój więzi*, MZN – metoda zmian nieprzypadkowych, E – grupa eksperymentalna, K – grupa kontrolna, t – test t -Studenta dla prób niezależnych, df – stopnie swobody

* $p < 0,001$, ** $p < 0,05$

Pacjenci w naturalnych warunkach prywatnych gabinetów psychoterapii, korzystający z konsultacji przed podjęciem psychoterapii, poddawani byli manipulacji eksperymentalnej ze strony prowadzącego sesję psychoterapeutę. Przyjęto, że jeśli kwestionariusz jest trafną miarą przymierza, to manipulacja polegająca na celowej intensyfikacji starań psychoterapeuty o jakość relacji terapeuta–pacjent wpłynie na wyniki w WAI-PC w taki sposób, że pacjenci poddani tej manipulacji będą później w kwestionariuszu deklarować wyższe przymierze w porównaniu z pacjentami z grupy kontrolnej. Rezultaty porównań średnich wyników (testy t równości średnich dla prób niezależnych) uzyskanych w kwestionariuszu WAI-PC przez pacjentów z grupy eksperymentalnej i kontrolnej (tabela 2, s. 42) wykazały istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami. Wyniki w WAI-PC były wyższe u pacjentów z grupy eksperymentalnej, zarówno dla ogólnego wyniku przymierza, jak i dla wyników w trzech podskalach: *Uzgodnienie celów*, *Wyznaczanie zadań*, *Rozwój więzi*.

Interkorelacje podskal WAI

Ważnych informacji o trafności narzędzia WAI w wersji WAI-PC, WAI-PT i WAI-SUM dostarczyło sprawdzenie korelacji między jego podskalami. Model teoretyczny Bordina (1979), wskazujący na różne komponenty przymierza w działaniu, nie rozwiązuje jednoznacznie kwestii zależności między wymiarami przymierza terapeutycznego. Z psychometrycznego punktu widzenia podskale charakteryzujące się ortogonalnością (niezależnością) dają lepszą możliwość opisu samego procesu terapeutycznego i przewidywania rezultatu terapii. Niezależność podskal pozwala zakładać, że każdy wymiar przymierza ma wyjątkowy udział w całości rozpatrywanego konstruktów. Horvath i Greenberg (1989) podkreślają, że podczas budowania skali WAI dążono do maksymalizowania różnic między podskalami.

Z badań Horvatha (1981) i Moseley (1983) wynika, że wszystkie podskale przymierza pokrywają się w znacznym stopniu. Uzyskane korelacje na poziomie 0,6–0,9 wskazują, że wymiary dzielą na wysokim poziomie kowariancję. Metaanalizy Hatcher'a i Gillaspy (2006) również nie potwierdziły pełnej niezależności podskal. Korelacje podskal (w tych ostatnich badaniach) uzyskano na poziomie 0,5–0,9. Jak do tej pory nie potwierdzono niezależności podskal (Busseri, Tyler, 2003; Hukkelberg, Ogden, 2016).

Współczynniki korelacji przedstawione w tabeli 3 (s. 44) potwierdziły dotychczasowe ustalenia. Podskale pozostają w istotnej korelacji. Przedstawione wyniki wskazują, że korelacje między podskalami są umiarkowane lub wysokie oraz dodatnie. Wysokość wartości współczynników ρ Spearmana pozwala wnioskować o zasadniczej współzależności wymiarów przymierza w działaniu.

Rzetelność WAI

W celu sprawdzenia rzetelności pomiaru WAI obliczono współczynniki zgodności wewnętrznej α Cronbacha. Dodatkowo liczone niekiedy rzetelność indeksem

rzetelności konstruktów CR Jöreskoga, współczynnikiem γ -Aranowskiej oraz współczynnikiem korelacji wewnątrzklasowej ρ_2 . W badaniach pilotażowych (Prusiński, 2020) rzetelność szacowano dla WAI-SUM, zaś w badaniach głównych (Prusiński, 2021a) dla wszystkich rozwiązań, które były rozpatrywane w CFA (WAI-PC, WAI-PT, WAI-R, WAI-SUM). Zebrano również dowody na rzetelność pomiaru z trzeciej publikacji dotyczącej eksperymentu (Prusiński, 2021b). Dodatkowo w niniejszej publikacji dla pełnego obrazu tego wymiaru dobroci pomiaru policzono wartości standardowego błędu pomiaru (SEM). Tabela 4 prezentuje dane dotyczące rzetelności pomiaru WAI.

Tabela 3

Współczynniki korelacji rho Spearmana podskal kwestionariusza WAI

Wersja WAI/ podskale	WAI-PC		WAI-PT		WAI-SUM		
	Z	W	Z	W	Z	W	
WAI-PC	C	0,93*	0,88*				
	Z		0,91*				
WAI-PT	C		0,91*	0,86*			
	Z			0,90*			
WAI-SUM*	C				0,87*	0,66*	
	Z					0,69*	

Adnotacja. Współczynniki korelacji dla podskal WAI-SUM pochodzą z publikacji w *Polskim Forum Psychologicznym*, współczynniki korelacji dla podskal WAI-PC i WAI-PT policzono, dodatkowo operując danymi z badania głównego; C – podskala *Uzgodnienie celów*, Z – podskala *Wyznaczenie zadań*, W – podskala *Rozwój więzi*

* = $p < 0,001$

Tabela 4

Współczynniki rzetelności dla wyniku ogólnego WAI i dla podskal oraz wartości standardowego błędu pomiaru

Publikacja	Wersja WAI	Wymiar WAI	α	CR	γ	ρ_2	SEM**
Prusiński (2020)	WAI-SUM	Przymierze	0,94	0,99	0,89	0,30	6,79
		C	0,87	0,95	0,79	0,35	4,07
		Z	0,87	0,96	0,79	0,36	3,65
		W	0,81	0,92	0,71	0,26	3,84

Ciąg dalszy tabeli 4

Publikacja	Wersja WAI	Wymiar WAI	α	CR	γ	ρ_2	SEM**
Prusiński (2021a)	WAI-PC	Przymierze	0,98	0,97	0,99	0,52	5,67
		C	0,93	0,91	0,82	0,53	3,31
		Z	0,93	0,91	0,82	0,53	3,23
		W	0,93	0,91	0,82	0,53	3,16
	WAI-PT	Przymierze	0,97	0,97	0,99	0,51	5,50
		C	0,92	0,91	0,80	0,50	3,24
		Z	0,92	0,91	0,81	0,49	3,25
	WAI-R	W	0,94	0,91	0,83	0,56	2,97
		Przymierze	0,84	0,97	0,93	0,13	5,52
		C	0,60	0,96	0,37	0,11	3,17
	WAI-SUM	Z	0,60	0,96	0,38	0,11	3,26
		W	0,71	0,95	0,43	0,17	3,14
		Przymierze	0,98	0,97	0,99	0,63	8,39
		C	0,95	0,90	0,86	0,63	4,97
	Prusiński (2021b)	WAI-PC	Z	0,95	0,90	0,87	0,63
W			0,96	0,90	0,88	0,65	4,65
Przymierze			0,97				8,97
C			0,93				3,17
		Z	0,93		nie szacowano*		3,09
		W	0,93				3,04

Adnotacja. Przymierze – wynik ogólny WAI, C – podskala *Uzgodnienie celów*, Z – podskala *Wyznaczenie zadań*, W – podskala *Rozwój więzi*, α – współczynnik zgodności wewnętrznej Cronbacha, CR – współczynnik konstruktów Jöreskoga, γ – współczynnik rzetelności Aranowskiej, ρ_2 – współczynnik korelacji wewnątrzklasowej; SEM – standardowy błąd pomiaru;

* wielkość próby ($n=22$) nie pozwalała na przeprowadzenie analiz

** nie prezentowano wcześniej w publikacjach

Przedstawione w tabeli 4 wartości estymatorów wskazują, że pomiar przymierza psychoterapeutycznego dokonany skalą WAI charakteryzuje się wysoką, a niekiedy wręcz doskonałą, rzetelnością. Wysoka rzetelność pomiaru dotyczy

zarówno wyniku ogólnego, jak i wyników uzyskanych dla poszczególnych wymiarów *Przymierza w działaniu: Uzgodnienie celów, Wyznaczenie zadań i Rozwój więzi*. Najlepsze wartości rzetelności otrzymuje wersja narzędzia przeznaczona dla pacjenta (WAI-PC), psychoterapeuty (WAI-PT) i zsumowana ocena przymierza dokonana przez pacjenta i psychoterapeuty (WAI-SUM). Rzetelność pomiaru definiowanego w modelu różnicy (WAI-R) uzyskała granicznie akceptowalne wartości dla α i CR oraz poniżej akceptowalnych dla γ , ϱ_2 .

Tym, co istotnie wskazuje na wysoką rzetelność pomiaru dokonywanego narzędziem WAI, są wartości współczynników rzetelności zmiennej latentnej policzone według propozycji Jöreskoga. Nawet γ – współczynnik rzetelności Aronowskiej, który koryguje obciążony estymator Jöreskoga, uzyskał umiarkowane i satysfakcjonujące wartości.

Prezentowane wartości spójności wewnętrznej należy odnieść do wartości uzyskanych w analizach walidacyjnych WAI za granicą. Tabela 5 podsumowuje wyniki dla wartości współczynnika rzetelności pomiaru (α Cronbacha) dla wyniku ogólnego WAI oraz dla podskal, pochodzące z kilkudziesięciu zagranicznych analiz tego kryterium dobroci pomiaru. Jak już wspomniano wcześniej, to prace walidacyjne z lat 1989–2021 (Paap i in., 2022).

Tabela 5*

Wartości współczynnika spójności wewnętrznej α Cronbacha dla wyniku ogólnego WAI oraz dla podskal

WAI/wymiar	n	M_α	SD_α	α_{MIN}	α_{MAX}
WAI _{OGÓLNY}	65	0,92	0,044	0,76	0,98
WAI _{CELE}	58	0,83	0,113	0,27	0,95
WAI _{ZADANIA}	58	0,86	0,765	0,52	0,96
WAI _{WIĘZI}	58	0,81	0,099	0,52	0,97

Adnotacja. WAI_{OGÓLNY} – wynik ogólny, WAI_{CELE} – podskala *Uzgodnienie celów*, WAI_{ZADANIA} – podskala *Wyznaczenie zadań*, WAI_{WIĘZI} – podskala *Rozwój więzi*, n – liczba analiz rzetelności uwzględnionych w podsumowaniu dla danego wymiaru WAI, M_α – wartość średnia α Cronbacha, SD_α – odchylenie standardowe, α_{MIN} – wartość minimalna α Cronbacha, α_{MAX} – wartość minimalna α Cronbacha

* przestawiono obliczenia własne, przeprowadzone z użyciem wyników z zagranicznych studiów walidacyjnych WAI zaraportowanych przez zespół Paapa (2022)

Podsumowując obecne ustalenia dotyczące rzetelności pomiaru WAI poprzez porównanie do wcześniejszych analiz przeprowadzonych w tym zakresie, podkreślić należy, że polska wersja WAI uzyskuje zbliżone, a zazwyczaj wyższe, wartości spójności wewnętrznej (α Cronbacha) w zestawieniu z wartościami rzetelności oszacowanymi dla WAI w zagranicznych walidacjach przedstawionych dla tego narzędzia.

DYSKUSJA I PODSUMOWANIE

Głównym celem publikacji było przedstawienie kwestionariusza do pomiaru jakości relacji psychoterapeutycznej w nurcie panteoretycznym (równoważne określenie: transteoretycznym – Cierpiałkowska, 2018) – *Working Alliance Inventory* (Horvath, Greenberg, 1989) i jego parametrów psychometrycznych polskiemu czytelnikowi, a zwłaszcza psychologom praktykom zajmującym się psychoterapią tak w swojej pracy klinicznej, jak i w badaniach naukowych.

Analiza rzetelności trzech spośród czterech wersji kwestionariusza (WAI-PC, WAI-PT, WAI-SUM) pokazała, że pomiar dokonany WAI można uznać za rzetelny. W kontekście literatury zagranicznej rzetelność pomiaru polskiej adaptacji kwestionariusza WAI, biorąc pod uwagę, że narzędziem wykonano dopiero kilka pomiarów, była estymowana zróżnicowanymi statystykami (Prusiński, 2021a). Za granicą studia nad rzetelnością opierają się zazwyczaj na badaniu spójności wewnętrznej statystyką Cronbacha (Paap i in., 2022), a wielkości prób w niektórych publikowanych studiach są niewielkie i nie przekraczają kilkudziesięciu badanych (Andrade-González, Fernández-Liria, 2015). Wielokrotnie też rzetelność pomiaru estymowana jest wyłącznie na poziomie wyniku ogólnego (Hsu, Zhou, Yu, 2016; Warlick, Richter, Catley, Gajewski, Martin, Mussulman, 2019). W literaturze zagranicznej z kolei prezentowane są również analizy stabilności pomiaru, których dotychczasowe polskie studia nie zawierały (Santirso, Martín-Fernández, Lila, Gracia, Terreros, 2018).

Przedstawiono dowody weryfikujące strukturę przymierza w działaniu. Wyniki były jednoznaczne. Konfirmacyjna analiza czynnikowa potwierdziła trzyczynnikową strukturę przymierza psychoterapeutycznego (Prusiński, 2020; Prusiński, 2021a). Kwestionariusz WAI wykazał się zadowalającą trafnością teoretyczną. Metoda zmian nieprzypadkowych potwierdziła główne analizy czynnikowe dla wersji WAI-PC (Prusiński, 2021b).

Co istotne, należy odnieść prezentowane powyżej wyniki i konkluzje do wcześniej przeprowadzonych analiz trafności czynnikowej za granicą. Analizy czynnikowe WAI przeprowadzono do tej pory w 51 badaniach na różnych wersjach WAI, w tym 47 analiz w planie konfirmacyjnym, 21 było analizami czynnikowymi eksploracyjnymi, a 3 analizy metodą Rascha (Paap i in., 2022). Jakość metodologiczna nie wszystkich analiz okazała się wystarczająca. Wynikało to głównie z niewielkiej liczebności prób (Gülüm, Sait, Soygüt, 2018; Miloff, Carlbring, Hamilton, Andersson, Reuterskiöld, Lindner, 2020) lub z braku informacji na temat metod stosowanych do oceny trafności strukturalnej (Hunik, Galvin, Hartman, Rieger, Lucassen, Douglas, Sturgiss, 2021). Rezultaty 22 badań wykazały strukturę trzech czynników przymierza. W 16 badaniach zaraportowano strukturę dwóch czynników, zazwyczaj: uzgodnione cele i wyznaczone więzi (Gómez Penedo, 2020; Knowles, 2020). Przeprowadzając CFA, okazało się, że miary dopasowania modelu trzyczynnikowego były jednak również mocno zróżnicowane i rzadko uzyskiwano ich wysokie wartości równocześnie we wszystkich grupach rozpatrywanych indeksów. Często akceptowalnym wartościom wskaźników opierających się na analizie funkcji dopasowania modelu ($CFI < 0,93; 0,98 >$; $TLI < 0,90; 0,97 >$) towarzyszyły nieakceptowalne wartości pierwiastka średniego kwadratu błędu

przybliżenia (RMSEA < 0,09; 0,56 >) (Gülüm i in., 2018; Hukkelberg, Ogden, 2016; Killian, Forrester, Westlake, Antonopoulou, 2017; Warlick i in., 2019). Wskaźniki dopasowania w polskich analizach trafności czynnikowej wykazują odwrotną tendencję w uzyskiwanych wartościach. RMSEA uzyskuje dobre wartości.

Analizy trafności zaraportowane dla polskiej wersji kwestionariusza pozwalają wnioskować, że polska adaptacja jest równoważna dla oryginalnej wersji WAI (Horvath, Greenberg, 1989). Kwestionariusz WAI w wersji 36-itemowej jest spójnym narzędziem, które z powodzeniem może być stosowane w badaniach naukowych.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade-González, N., Fernández-Liria, A. (2015). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI). Psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAI-T). *Annals of Psychology*, 31(2), 524–533. DOI: 10.6018/analesps.31.2.177961.
- Andrusyna, T. P., Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Luborsky, L. (2001). The factor structure of the Working Alliance Inventory in cognitive-behavioral therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(3), 173–178.
- Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A. K., Peri, T. (2015). Therapeutic bond judgments: Congruence and incongruence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 773–784.
- Bat Or, M., Zilcha-Mano, S. (2019). The art therapy working alliance inventory: The development of a measure. *International Journal of Art Therapy*, 24(2), 76–87. DOI: 10.1080/17454832.2018.1518989.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. W: A. O. Horvath, L. S. Greenberg (red.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (s. 13–37). New York: Wiley.
- Busseri, M. A., Tyler, J. D. (2003). Interchangeability of the working alliance inventory and working alliance inventory, short form. *Psychological Assessment*, 15(2), 193–197.
- Cierpiałkowska, L. (2018). Sojusz terapeutyczny a efektywność terapii osób z zaburzeniami zachowania związanymi z hazardem. *Uzależnienia*, 3(83), 6–11.
- Cierpiałkowska, L., Kubiak, J. (2010). Niespecyficzne czynniki leczące a efektywność terapii alkoholików. *Nauka*, 2, 89–111.
- Cirasola, A., Midgley, N., Fonagy, P., Impact Consortium, Martin, P. (2020). The factor structure of the Working Alliance Inventory Short Form in youth psychotherapy: An empirical investigation. *Psychotherapy Research*, 31(4), 535–547. DOI: 10.1080/10503307.2020.1765041.

- Crits-Christoph, P., Gallop, R., Gaines, A., Rieger, A., Connolly Gibbons, M. B. (2020). Instrumental variable analyses for causal inference: Application to multilevel analyses of the alliance-outcome relation. *Psychotherapy Research*, 30, 53–67. DOI: 10.1080/10503307.2018.1544724.
- Cronbach, L. J., Meehl, P. E. (2005). Trafność teoretyczna testów psychologicznych. W: J. Brzeziński (red.), *Trafność i rzetelność testów psychologicznych. Wybór tekstów* (s. 177–212). Gdańsk: GWP.
- Czabala, Cz. (2013). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Wampold, B. E. (2021). Examining therapist effects in the alliance-outcome relationship: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(5), 371–378. DOI: 10.1037/ccp0000637.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 143–153. DOI: 10.1037/0033-3204.27.2.143.
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24(2), 117–131. DOI: 10.1080/10503307.2013.845920.
- Gómez Penedo, J. M., Berger, T., Grosse Holtforth, M., Krieger, T., Schröder, J., Hohagen, F., Klein, J. P. (2020). The Working Alliance Inventory for guided Internet interventions (WAI-I). *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 973–986. DOI: 10.1002/jclp.22823.
- Guédeney, N., Fermanian, J., Curt, F., Bifulco, A. (2005). Testing the Working Alliance Inventory (WAI) in a French primary care setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(10), 844–852. DOI: 10.1007/s00127-005-0972-4.
- Gülüm, İ. V., Sait, U. L. U. Ç., Soygüt, G. (2018). Psychometric properties of the Turkish working alliance inventory-short form. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(1), 1–6. DOI: 10.5080/u18260.
- Halfon, S., Özsoy, D., Çavdar, A. (2019). Therapeutic alliance trajectories and associations with outcome in psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(7), 603. DOI: 10.1037/ccp0000415.
- Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., Ferreira, M. L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical Therapy*, 90(8), 1099–1110.
- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E., Zeeck, A. (2015). Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: Exploring the divergence. *Psychotherapy Research*, 25(4), 408–419. DOI: 10.1080/10503307.2014.927601.
- Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J., Gutfreund, M. J. (1995). Patients' and therapists' shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 636–643.
- Hatcher, R. L., Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25.
- Holopainen, R., Simpson, P., Piirainen, A., Karppinen, J., Schütze, R., Smith, A., O'Sullivan, P., Kenti, P. (2020). Physiotherapists' perceptions of learning and implementing

- a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: *Pain*, 161, 1150–1168. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001809.
- Horvath, A. O. (1981). *An exploratory study of the concept of therapeutic alliance and its measurement*. Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- Horvath, A. O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of alliance: the Working Alliance Inventory perspective. W: A. O. Horvath, L. S. Greenberg (red.), *The working alliance. Theory, research, and practice* (s. 109–128). New Jersey: Wiley & Sons.
- Horvath, A. O. (2018). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*, 28(4), 499–516. DOI: 10.1080/10503307.2017.1373204.
- Horvath, A. O., Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 2(36), 223–233.
- Hsu, S., Yu, C. K. C. (2017). A Hong Kong study of working alliance inventory short form–therapist. *Asia Pacific Journal of Counseling and Psychotherapy*, 8(2), 87–100. DOI: 10.1080/21507686.2017.1313285.
- Hsu, S., Zhou, R. H., Yu, C. K. C. (2016). A Hong Kong validation of working alliance inventory – short form – client. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 7(1–2), 69–81. DOI: 10.1080/21507686.2016.1193036.
- Hukkelberg, S. S., Ogden, T. (2016). The short Working Alliance Inventory in parent training: Factor structure and longitudinal invariance. *Psychotherapy Research*, 26(6), 719–726. DOI: 10.1080/10503307.2015.1119328.
- Hunik, L., Galvin, S., Hartman, T., Rieger, E., Lucassen, P., Douglas, K., Sturgiss, E. (2021). Exploring the psychometric properties of the Working Alliance Inventory in general practice: a cross-sectional study. *BJGP Open*, 5(1), 1–9. DOI: 10.3399/bjgpopen20X101131.
- Killian, M., Forrester, D., Westlake, D., Antonopoulou, P. (2017). Validity of the working alliance inventory within child protection services. *Research on Social Work Practice*, 27(6), 704–715. DOI: 10.1177/1049731515596816.
- Klajs, K. (2017). *Poznanwanie pacjenta*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Knowles, C., Murray, C., Gau, J., Toste, J. R. (2020). Teacher–Student Working Alliance Among Students with Emotional and Behavioral Disorders. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 38(6), 753–761. DOI: 10.1177/0734282919874268.
- LaCrosse, M. B. (1980). Perceived counselor social influence and counseling outcomes: Validity of the Counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 320–327.
- Larsson, M. H., Falkenström, F., Andersson, G., Holmqvist, R. (2018). Alliance ruptures and repairs in psychotherapy in primary care. *Psychotherapy Research*, 28(1), 123–136. DOI: 10.1080/10503307.2016.1174345.
- Laws, H. B., Constantino, M. J., Sayer, A. G., Klein, D. N., Kocsis, J. H., Manber, R., Arnow, B. A. (2017). Convergence in patient–therapist therapeutic alliance ratings and its relation to outcome in chronic depression treatment. *Psychotherapy Research*, 27(4), 410–424. DOI: 10.1080/10503307.2015.1114687.
- Marmarosh, C. L., Kivlighan, D. M., Jr. (2012). Relationships among client and counselor agreement about the working alliance, session evaluations, and change in client

- symptoms using response surface analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 352–367. DOI: 10.1037/a0028907.
- McWilliams, N. (2018). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: GWP.
- Mentovich, A., Rhee, E., Tyler, T. R. (2014). My life for a voice: The influence of voice on health-care decisions. *Social Justice Research*, 27(1), 99–117.
- Miloff, A., Carlbring, P., Hamilton, W., Andersson, G., Reuterskiöld, L., Lindner, P. (2020). Measuring alliance toward embodied virtual therapists in the era of automated treatments with the Virtual Therapist Alliance Scale (VTAS): Development and psychometric evaluation. *Journal of Medical Internet Research*, 3(22), e16660. DOI: 10.2196/16660.
- Milot-Lapointe, F., Le Corff, Y., Savard, R. (2020). Factor structure of the short version of the Working Alliance Inventory and its longitudinal measurement invariance across individual career counseling sessions. *Journal of Career Assessment*, 28(4), 693–705. DOI: 10.1177/1069072720925048.
- Mokkink, L. B., Prinsen, C. A., Bouter, L. M., de Vet, H. C., Terwee, C. B. (2016). The Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 20, 105–113. DOI: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0143.
- Moseley, D. C. (1983). *The therapeutic relationship and its association with outcome*. Unpublished master's thesis, University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., Barth, J. (2009). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 231–239. DOI: 10.1002/epp.658.
- Muran, J. C., Eubanks, C. F., Samstag, L. W. (2019). The processes of Jeremy Safran. *Psychotherapy Research*, 29(3), 277–278. DOI: 10.1080/10503307.2018.1562250.
- Nissen-Lie, H. A., Solbakken, O. A., Falkenström, F., Wampold, B. E., Holmqvist, R., Ekeblad, A., Monsen, J. T. (2021). Does it make a difference to be more “on the same page”? Investigating the role of alliance convergence for outcomes in two different samples. *Psychotherapy Research*, 31(5), 573–588. DOI: 10.1080/10503307.2020.1823030.
- Paap, D., Karel, Y. H., Verhagen, A. P., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H., Pool, G. (2022). The Working Alliance Inventory's Measurement Properties: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 13, 1–19. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.945294.
- Paap, D., Schepers, M., Dijkstra, P. U. (2020). Reducing ceiling effects in the Working Alliance Inventory-Rehabilitation Dutch Version. *Disability and Rehabilitation*, 42(20), 2944–2950. DOI: 10.1080/09638288.2018.1563833.
- Pérez-Arechaederra D. (2019). The psychology of perceived justice in shared health care decision making. W: J. Jackson, K. Pósch (red.), *Social psychology and justice* (s. 284–294). London: Routledge.
- Perdrix, S., de Roten, Y., Kolly, S., Rossier, J. (2010). The psychometric properties of the WAI in a career counseling setting: Comparison with a personal counseling sample. *Journal of Career Assessment*, 18(4), 409–419. DOI: 10.1177/1069072710374583.
- Petek, D., Pušnik, A., Selič, P., Cedilnik-Gorup, E., Trontelj, Ž., Riou, M., Le Reste, J. Y. (2019). Semantic and cultural equivalence of the working alliance inventory short-revised scale

- for therapeutic alliance in family medicine: Lessons learned in Slovenia. *Slovenian Journal of Public Health*, 58(1), 21–30. DOI: 10.2478/sjph-2019-0003.
- Prusiński, T. (2020). Szacowanie przymierza terapeuty i pacjenta w procesie indywidualnej psychoterapii. Adaptacja i właściwości psychometryczne Skali Przymierza w Działaniu (WAI). Badania wstępne. *Polskie Forum Psychologiczne*, 25(3), 352–375. DOI: 10.14656/PFP20200306.
- Prusiński, T. (2021b). Trafność pomiaru kwestionariuszem Przymierza w Działaniu WAI-PC (wersja dla pacjenta) w psychoterapii systemowej osób dorosłych. Dowody z eksperymentu przeprowadzonego metodą zmian nieprzypadkowych. *Przegląd Psychologiczny*, 64(3), 103–111. DOI: 10.31648/pp.7333.
- Prusiński, T. (2021a). Patients' and psychotherapists' combined and separate evaluations of the psychotherapeutic relationship: the structure of working alliance and polish versions of the WAI. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(4), 323–329. DOI: 10.1007/s10879-021-09500-z.
- Prusiński, T. (2022). The Role of Doctor's Authority in Patients' Treatment Decisions. *American Journal of Health Behavior*, 46(5), 503–514. DOI: 10.5993/AJHB.46.5.2.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 95–1103.
- Santirso, F. A., Martín-Fernández, M., Lila, M., Gracia, E., Terreros, E. (2018). Validation of the Working Alliance Inventory–Observer Short Version with male intimate partner violence offenders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(2), 152–161. DOI: 10.1016/j.ijchp.2018.02.003.
- Toste, J. R., Heath, N. L., McDonald Connor, C., Peng, P. (2015). Reconceptualizing teacher-student relationships: Applicability of the working alliance within classroom contexts. *The Elementary School Journal*, 116(1), 30–48. DOI: 10.1086/683110.
- Tyler, T. R. (2021). *Why people obey the law*. Princeton University Press.
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., Hammel, E. F. (2007). A metaanalytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17, 629–642. DOI: 10.1080/10503300701320611.
- Warlick, C., Richter, K. P., Catley, D., Gajewski, B. J., Martin, L. E., Mussulman, L. M. (2019). Two brief valid measures of therapeutic alliance in counseling for tobacco dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 86, 60–64. DOI: 10.1016/j.jsat.2017.12.010.

ZAŁĄCZNIK 1

Narzędzia mogą być używane do badań naukowych.

WAI-PC

Formularz Klienta (Pacjenta)
wersja oryginalna: Horvath, Greenberg (1989)
polska adaptacja: Prusiński (2019)

Instrukcja

Stwierdzenia zawarte poniżej opisują na różne sposoby to, co osoba może myśleć lub czuć wobec swojego terapeuty. Czytając stwierdzenia, w głowie uzupełnij sobie wolne miejsce imieniem **Twojego terapeuty**.

Poniżej każdego zdania w środku znajduje się siedmiopunktowa skala:

1	2	3	4	5	6	7
Nigdy	Rzadko	Okazjonalnie	Czasami	Często	Bardzo często	Zawsze

Jeżeli dane zdanie opisuje sposób, w jaki **zawsze** czujesz (bądź myślisz), otocz kółkiem cyfrę 7. Jeżeli określone zdanie **nigdy** nie odnosi się do Ciebie otocz kółkiem cyfrę 1. Pozostałe cyfry zakreśl, aby opisać doświadczenia sytuujące się pomiędzy skrajnościami.

Ten kwestionariusz jest POUFNY: tylko zespół badawczy zobaczy Twoje odpowiedzi.

Odpowiadaj szybko, pierwsze wrażenie jest tym, które jest dla nas ważne i które chcielibyśmy poznać. Zakreśl tylko jedną odpowiedź przy każdym stwierdzeniu i nie pomiń żadnego z nich.

Dziękujemy za współpracę.

Itemy

1. W kontakcie z czuję dyskomfort.
2. i ja zgadzamy się co do kroków, które mają być podjęte, aby polepszyć moją sytuację.
3. Martwię się o wynik naszych spotkań.
4. To, co robię w terapii, daje mi możliwość nowego spojrzenia na mój problem.
5. i ja wzajemnie się rozumiemy.
6. właściwie spostrzega cele, jakie mam do osiągnięcia w terapii.
7. Przeżywam zamieszanie wobec tego, co robimy w terapii.
8. Mam przekonanie, że mnie lubi.

9. Chciałbym, żebyśmy wspólnie z wyjaśnili cele naszych spotkań.
10. Nie zgadzam się z w zakresie tego, co powinienem wynieść z terapii.
11. Mam przekonanie, że czas, który spędzam z, na sesjach nie jest wykorzystany efektywnie.
12. nie rozumie tego, co próbuję osiągnąć w terapii.
13. Jest dla mnie jasne, na czym polegają moje zobowiązania w terapii.
14. Cele naszych spotkań są dla mnie ważne.
15. To, co ja i aktualnie robimy, w terapii postrzegam jako niezwiązane z moimi trudnościami.
16. Czuję, że to co robię w terapii, pomoże mi osiągnąć zmiany, których chcę.
17. Wierzę, że jest autentycznie zatroskany o mój dobrostan.
18. Jest dla mnie jasne, czego oczekuje ode mnie, abym robił w trakcie terapii.
19. i ja szanujemy się wzajemnie.
20. Czuję, że nie jest do końca szczery ze mną odnośnie uczuć, jakie do mnie żywi.
21. Jestem pewny co do umiejętności, aby mi pomóc.
22. i ja pracujemy w kierunku osiągnięcia obopólnie ustalonych celów.
23. Czuję, że docenia mnie.
24. Zgadza się wobec tego, co jest ważne do zrobienia dla mnie w terapii.
25. W rezultacie sesji terapeutycznych jest dla mnie jaśniejsze, jak mogę być zdolny do zmiany.
26. i ja ufamy sobie wzajemnie.
27. i ja mamy inne poglądy odnośnie tego, na czym polegają moje problemy.
28. Moja relacja z jest bardzo ważna dla mnie.
29. Mam uczucie, że jeśli zrobię lub powiem coś złego, przestanie ze mną pracować.
30. i ja współpracowaliśmy w ustaleniu celów mojej terapii.
31. Jestem sfrustrowany tym, co robię w terapii.
32. Ustanowiliśmy między sobą dobre porozumienie odnośnie tego, jakiego rodzaju zmiany byłyby dobre dla mnie.
33. Rzeczy, których zrobienia wymaga ode mnie, w terapii nie mają większego sensu.
34. Nie wiem, czego oczekiwać jako rezultatu mojej terapii.
35. Wierzę, że sposób w jaki pracujemy nad moim problemem, jest prawidłowy.
36. Czuję, że szanuje mnie nawet jak robię rzeczy, których on/ona nie popiera.

ZAŁĄCZNIK 2

WAI-PT

Formularz Psychoterapeuty

wersja oryginalna: Horvath, Greenberg (1989)

polska adaptacja: Prusiński (2019)

Instrukcja

Stwierdzenia zawarte poniżej opisują na różne sposoby to, co osoba może myśleć lub czuć wobec swojego klienta (pacjenta). Czytając stwierdzenia, w głowie uzupełnij sobie wolne miejsce imieniem **Twojego klienta (pacjenta)**.

Poniżej każdego zdania w środku znajduje się siedmiopunktowa skala:

1	2	3	4	5	6	7
Nigdy	Rzadko	Okazjonalnie	Czasami	Często	Bardzo często	Zawsze

Jeżeli dane zdanie opisuje sposób, w jaki **zawsze** czujesz (bądź myślisz), otocz kółkiem cyfrę 7. Jeżeli określone zdanie **nigdy** nie odnosi się do Ciebie, otocz kółkiem cyfrę 1. Pozostałe cyfry zakreśl, aby opisać doświadczenia sytuujące się pomiędzy skrajnościami.

Ten kwestionariusz jest POUFNY: tylko zespół badawczy zobaczy Twoje odpowiedzi.

Odpowiadaj szybko, pierwsze wrażenie jest tym, które jest dla nas ważne i które chcielibyśmy poznać. Zakreśl tylko jedną odpowiedź przy każdym stwierdzeniu i nie pomiń żadnego z nich.

Dziękujemy za współpracę.

Itemy

1. W kontakcie z czuję dyskomfort.
2. i ja zgadzamy się co do kroków, które mają być podjęte, aby polepszyć jego/jej sytuację.
3. Mam pewne obawy o wynik naszych spotkań.
4. Mój pacjent i ja, oboje jesteśmy przekonani, że to, co aktualnie robimy w terapii, jest użyteczne.
5. Czuję, że naprawdę rozumiem
6. Ja i mamy wspólny pogląd na cele, jakie on/ona ma osiągnąć w terapii.
7. przeżywa zamieszanie wobec tego, co robimy w terapii.
8. Wydaje mi się, że lubi mnie.
9. W terapii z doświadczam potrzeby wyjaśnienia celu naszych spotkań.
10. Pomiędzy mną a nie ma pełnej zgody wobec celu naszych spotkań.
11. Wydaje mi się, że czas, który spędzam z na sesjach, nie jest wykorzystany efektywnie.
12. Mam wątpliwości wobec tego, co próbujemy dokonać w terapii.
13. Jest dla mnie jasne i wyraźnie nazwane, za co jest odpowiedzialny w terapii.
14. Aktualne cele naszych spotkań są ważne dla
15. To, co ja i aktualnie robimy, postrzegam jako niezwiązane z jego/jej trudnościami.

16. Doświadczam pewności, że to co robimy, w terapii pomoże osiągnąć zmiany, których on/ona chce.
17. Jestem autentycznie zatroskany o dobrostan
18. Mam jasne oczekiwania wobec odnośnie rzeczy, które on/ona ma do zrobienia w trakcie terapii.
19. i ja szanujemy się wzajemnie.
20. Czuję, że nie jestem do końca szczery odnośnie moich uczuć w kontakcie z
21. Jestem pewny swojej umiejętności pomocy
22. i ja pracujemy w kierunku osiągnięcia obopólnie ustalonych celów.
23. Doceniam jako osobę.
24. Zgadza się wobec tego, że jest ważne do pracy dla w terapii.
25. W rezultacie sesji terapeutycznych dla jest jaśniejsze, jak on/ona może się zmienić.
26. i ja zbudowaliśmy obopólne zaufanie.
27. i ja mamy inne poglądy odnośnie tego na czym polegają jego/jej problemy.
28. Nasza relacja jest ważna dla
29. ma pewne obawy lęki, że jeśli zrobi lub powie coś złego, przestanę z nim/nią pracować.
30. i ja współpracowaliśmy w ustalaniu celów sesji terapeutycznych.
31. jest sfrustrowany tym, czego wymagam od niego/niej do zrobienia w terapii.
32. Ustanowiliśmy między nami dobre porozumienie odnośnie tego, jakiego rodzaju zmiany byłyby dobre dla
33. Rzeczy, które robimy, w terapii nie mają większego sensu dla
34. nie wie, czego oczekiwać jako rezultatu terapii.
35. wierzy, że sposób, w jaki pracujemy nad jego/jej problemem, jest prawidłowy.
36. Szanuję nawet jak robi rzeczy, których ja nie popieram.

KLUCZ OBLICZANIA WYNIKÓW
(DLA WSZYSTKICH WERSJI WAI)

Uzgodnienie celów: 3R, 6, 9R, 10R, 12R, 14, 22, 25, 27R, 30, 32, 34R

Wyznaczenie zadań: 2, 4, 7R, 11R, 13, 15R, 16, 18, 24, 31R, 33R, 35

Rozwój więzi: 1R, 5, 8, 17, 19, 20R, 21, 23, 26, 28, 29R, 36

R – skala odwrócona