

Terapevtska delovna aliansa: od analitičnega do panteoretičnega koncepta

*Peter Praper**

Univerza v Ljubljani, Oddelek za psihologijo, Ljubljana

Povzetek: Koncept terapevtske delovne alianse je nastajal v psihoterapiji v okvirih psihodinamičnih pristopov. V zadnjih dveh desetletjih je po zaslugi empiričnih raziskav preoblikovan v panteoretični koncept, relevanten za vse psihoterapevtske pristope. Preučevan je kot pogoj za psihoterapijo in kot njen rezultat, kar do neke mere zapleta raziskovanje, saj obstaja nevarnost, da s prvim definiramo drugo in obratno. Kljub temu pa ravno preučevanje terapevtske delovne alianse ali zveze, včasih preprosto imenovane "terapevtski odnos" (kar pa ni ustrezno, saj obstajajo tudi druge – transferne in objektno relacijske – komponente terapevtskega odnosa), "terapevtska aliansa", "delovna aliansa", ali celo samo "helping alliance", predstavlja področje najbolj očitne integracije pomembnih psihoterapevtskih pristopov.

Ključne besede: terapevtska delovna aliansa, psihoterapija, psihološko svetovanje

Therapeutic working alliance: From a psychoanalytical to a pantheoretical conception

Peter Praper

University of Ljubljana, Department of psychology, Ljubljana, Slovenia

Abstract: Although the concept of therapeutic working alliance was rooted in psychoanalysis, today it is more prominent in psychoanalytic psychotherapies than psychoanalysis. It is rather surprising that we cannot find the concept in the Laplanche and Pontalis Dictionary. During the last two decades a growing body of empirical research material on therapeutic working alliance was published, confirming the idea of the alliance as a separate dimension of therapeutic relationship with few recognisable components. The dimension of the therapeutic working alliance was examined in several approaches and proved as one of the most important therapeutic factors, regardless of the approach, and it has finally been accepted as a pantheoretical concept.

Key words: therapeutic working alliance, psychotherapy, counselling, consulting

CC=3310

**Naslov / address: izr. prof. dr. Peter Praper, Univerza v Ljubljani, Oddelek za psihologijo, Aškerčeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija, e-mail: peter.praper@guest.arnes.si*

Izvor in opredelitev koncepta

V psihoterapevtskem leksikonu (Walrond – Skinner, 1986) najdemo pojem alianse opredeljen kot plod povezanosti med dvema ali več posamezniki v družini ali drugi skupini. Aliansa se vzpostavi s pozitivnim namenom razreševanja skupne naloge, ob skupnem interesu (za razliko od koalicije, v kateri se ljudje dogovorijo za sodelovanje kljub različnim interesom). Aliansa posameznike organizira v funkcionalni (včasih psihološko tudi disfunkcionalni) sistem, enkrat bolj po principu kohezivnega zlivanja, drugič bolj skozi koherentne odnose relativno diferenciranih posameznikov.

V psihoterapevtskem odnosu terapevtska delovna aliansa temelji na tistih komponentah, ki omogočajo samoopazovanje in s tem tudi samospreminjanje. Že Freud je v svojem preučevanju fenomenov transferja (v delu *Dinamika transferja leta*, Freud, 1912/1958) razpravljal o vrednosti analitikovega vzdrževanja “pristnega interesa” in sočutnega odnosa, kar pacientu omogoča, da se z zdravim delom sebe (selfa) naveže na terapevta. Kasneje (v delu *O pričetkih tretmaja*, Freud, 1913/1958) je pisal o “efektivnem transferju”, na katerem sloni analiza. Domneval je, da ob podpirajoči drži analitika pacient najde stik z nezavednimi predstavami o ljudeh, s katerimi je bil v čustveni interakciji. Takrat je Freud navezanost lahko videl le kot obliko pozitivnega transferja in ne kot avtonomni razvojni dosežek. Skozi svoje kasnejše delo pa je sam spoznaval, da je potrebno ločiti terapevtski odnos in navezanost med pacientom in terapevtom, ki temelji na realnosti, od pozitivnega transferja, ki prav tako kot negativni transfer vpleta v odnos distorzije realnosti (Horvath in Luborsky, 1993). Kljub temu se še vse do danes vleče skozi literaturo izraz “pozitivni transfer” in se prekriva s pojmom terapevtske delovne alianse. Fenichel (1941; Praper, 1999) je skušal razliko zajeti z izrazom “racionalni transfer” in še mnogo kasneje Stone (1961) z izrazom “zreli transfer” (pri čemer se po mojem mnenju ne moremo izogniti vprašanju, kako je transfer lahko “zrel”, če gre dinamično za infantilne konfliktne vsebine).

Pojem alianse je uveden za razumevanje osnovnih pogojev, v katerih je mogoče uvajati terapevtske intervencije. Sterba (1934, po Gaston, Thompson, Gallagher, Curnoyer in Gagnon, 1998) je – ne da bi pojem definiral – menil, da mora biti vzpostavljena dovolj dobra terapevtska delovna aliansa, da interpretacije postanejo učinkovite. Bibring (1937, po Horvath in Luborsky, 1993) pa je opozoril, da terapevtski odnos v celoti predstavlja nov objektni odnos, kar je odprlo nove dimenzije, ob katerih se kasneje ustavljata Gitleson in Horwitz (Horvath in Luborsky, 1993), Bowlby (1988) pa dodaja, da pacient s tem, ko se naveže v tem odnosu, razvije kapaciteto, da v dobrem odnosu zadovoljuje svoje potrebe, vendar drugače kot v zgodnjem otroštvu, saj se ne more izogniti realnosti, ki jo predstavlja sedanjost. Naloga terapevta je pri tem ta, da pacienta vzpodbuja, da ta odnos uporabi za terapevtsko spremembo in ne za redukcijo tenzije ali zadovoljitev v otroštvu zavrtih teženj.

Prvo doslednejšo konceptualizacijo terapevtske alianse ponuja Elizabeth Zetzel (1956, 1958) in ta koncept oddvoji od koncepta transferja. Še reprezentativnejša je

definicija Greensona (1967), ki dodaja pojem "delovna". Ne kaže spregledati nasprotij, ki so se zaostriale že med Freudom in Ferenczyjem glede principa nevtralnosti in abstinence, pri čemer površno Ferenczyju pripisujemo, da je uvedel čustveno topel, empatični odnos. Da to komponento odnosa zanemarjamo, če upoštevamo princip abstinence in nevtralnosti, je povsem napačno tolmačenje. To je razvidno že iz navedenih del Freuda (1912/1958, 1913/1958), v katerih ta celo preverja razliko med nevrotičnimi in zdravimi aspekti navezovanja pacienta na analitika. Prvi se kažejo v transferju, drugi v prijateljskih čustvih, ki v realnem terapevtskem odnosu utrjujejo partnerstvo v spoprijemanju s pacientovo nevrozno (Horvath in Symonds, 1991).

Greenson (1967) prav v tem smislu definira terapevtsko delovno alianso kot pozitivno sodelovanje med pacientom in terapevtom, kar je poglobitveni dejavnik terapevtskega uspeha. Pri tem je pomembno, da terapevtske delovne alianse ne enači s terapevtskim odnosom v celoti. Terapevtski odnos po njegovem mnenju sestavljajo tri nezamenljive dimenzije: delovna aliansa, transferni del odnosa in realni del odnosa. Transferni del je nerealistični in tudi delovna aliansa je nekako artifični del odnosa, saj terapevt ostaja v profesionalni vlogi. Realistični del pa sloni na individualnih karakteristikah pacienta in terapevta ki se srečata kot dve osebi.

Čeprav že od Freuda dalje tudi drugi (Greenson, 1967; Zetzel, 1958) poudarjajo, da je senzibilnost terapevta predpogoj dobre delovne alianse, je tehtno vprašanje, ali je empatično razumevanje dovolj za pacientove terapevtske spremembe. Rogersov humanistični koncept brezpogojnega sprejemanja in prav tako Kohutov selfpsihološki koncept korektivnega odnosa nagibata k temu, vendar pa že Greenson meni, da je pacientovo zaupanje v terapevta potrebno za to, da ga v tem odnosu tesnoba ne ustavi v prizadevanjih, da bi opazoval, razumel in predeloval svoje nevrotične vzorce v terapevtskem odnosu.

Danes si pomembne definicije terapevtske delovne alianse prizadevajo biti ateoretične, da bi omogočale empirično raziskovanje. Bordin (1979) je ponudil takšno opredelitev, po kateri je terapevtska delovna aliansa kombinacija treh med seboj povezanih komponent, ki določajo kvaliteto in moč vseh odnosov pomoči. Te so:

- klientovo in svetovalčevo soglasje o *ciljih* tretmaja,
- soglasje o *nalogah* za doseganje ciljev in
- razvoj vzajemne osebne navezanosti ali *vezi*.

Od psihodinamičnega do panteoretskega pojmovanja

Današnje stanje

Mnogi psihoterapevti strokovne literature ne študirajo kronološko, tako da bi skozi čas upoštevali razvoj konceptov. Tako še vedno, kljub temu, da imamo dobre definicije terapevtske delovne alianse, ki jih potrjujejo tudi raziskovalni rezultati, najdemo

prekrivanja pojma, na eni strani s pojmom transferja in kontratransferja, na drugi s pojmom terapevtskega odnosa v celoti. Zdi se, da je še vedno poglavitna debata o empatičnosti, čeprav raziskave dajejo prednost delovno tehničnim elementom terapevtske delovne alianse. Do osemdesetih let prejšnjega stoletja najdemo tudi avtorje, ki so nasprotnega mnenja. Brenner in Curtis (1979; po Horvath in Luborsky, 1993) sta mnenja, da je konstrukt terapevtske delovne alianse kontraproduktiven, ker zamegljuje in znižuje pomen analitičnega dela na analizi transferja. Kaže pa, da takšna mnenja prej nakazujejo obrambo lastnega pristopa in nimajo dosti skupnega z raziskavami zadnjih petindvajset let. Nasprotno, ravno možnost razlikovati med transferjem in terapevtsko delovno alianso omogoča terapevtu in pacientu ocenjevati diskrepanco med popačenimi in realnimi aspekti terapevtskega odnosa, in ravno na realistični, aktualno eksplorativni del odnosa lahko v atmosferi empatičnega razumevanja naslonita predelave transfernih vsebin z infantilnimi konfliktnimi ostanki.

Spoznanje, da se noben psihoterapevtski pristop ne more izogniti vprašanju terapevtskega odnosa, je vodilo v nekatere specifične razlike in poudarke, ki jih najdemo tudi v definicijah samih. Obstaja pa konsenz, da terapevtska delovna aliansa vključuje (i) *kolaborativni element* odnosa med pacientom in terapevtom in (ii) *terapevtski dogovor*, ki omogoča vzpostavljanje osnovnega soglasja o sodelovanju, ustrezno globini in metodi določenega pristopa. Specifične razlike v pogledih na terapevtski odnos in raziskave, ki so temu sledile, so pomagale tudi razčistiti vprašanje, ali se pojmi: (pozitivni) *transfer*, *empatični odnos*, "*drugi objektni odnos*", *terapevtska delovna aliansa* in podobno, prekrivajo v označevanju istih fenomenov ali ne. Horvath in Symonds (1991) v obsežni metaanalizi raziskav o povezanosti terapevtske delovne alianse in izida terapije navajata številne avtorje, ki ugotavljajo, da aktualni odnos med terapevtom in pacientom ponuja le nekatere reprezentacije v kompleksu prepletenih dejavnikov uspešne terapije. Prav tako je postalo jasno, da je terapevtska delovna aliansa entiteta sama zase in je ne kaže mešati niti s transferjem niti s samo empatijo. Vprašanje je bolj zapleteno kot se zdi, ker najbrž drži, da terapevtski odnos v najširšem smislu odseva pretekle pomembne odnose tako pacienta kot terapevta, kar se kaže v sedanji sinergiji odnosa. Tako se v odnos vpleta tudi kontratransfer in ne le transfer. Še več. Ne le dinamika transferja in kontratransferja, ampak še v večji meri tudi pacientova in terapevtova kapaciteta za odnos (kot značilnost razvitosti tega prvega in drugega, pri čemer je najpomembnejša zmožnost integracije točk spajanja in točk diferenciacije), določata kvaliteto terapevtske delovne alianse.

Definicije, ki so plod kliničnih izkušenj, sprožajo naslednja ključna vprašanja:

- Ali terapevtska delovna aliansa zares obstaja kot avtonomna dimenzija terapevtskega odnosa; jo sestavljajo prepoznavne komponente?
- Ali je terapevtsko delovno alianso mogoče ločiti od drugih dimenzij terapevtskega odnosa – od transferno kontratransferne in relacijsko empatične dimenzije?
- Ali je terapevtska delovna aliansa zares pogoj za uspešno terapijo ali je morda njen produkt?

- Ali sta kvaliteta in moč terapevtske delovne alianse prediktorja terapevtskega uspeha?
- Kaj deluje terapevtsko in kaj protiterapevtsko?
- Kakšen je proces vzpostavljanja terapevtske delovne alianse in kateri so ključni dejavniki?
- Ali je terapevtsko delovno alianso mogoče sistematično razvijati?

Danes imamo na razpolago že dobrih petindvajset let empiričnih raziskav in lahko preverimo, kaj govorijo rezultati.

Empirične raziskave v zadnjih petindvajsetih letih

Med najpomembnejše ugotovitve raziskav v psihoterapiji zadnjih trideset let štejejo konsistentne podatke o tem, da – širše rečeno – različni psihoterapevtski pristopi vodijo do podobnih pozitivnih učinkov. To pomeni, da obstajajo nekateri osnovni dejavniki terapevtskega uspeha. Raziskovalni interes o vprašanju, kateri so ti terapevtski dejavniki, je pripeljal do komponent terapevtske delovne alianse kot najpomembnejše dimenzije terapevtskega odnosa. Tako je koncept terapevtske delovne alianse postal panteoretični koncept. Bordinova definicija (iz leta 1979), da je terapevtska delovna aliansa kombinacija treh, med seboj povezanih, komponent (ciljev, nalog in vezi), ki določajo kvaliteto in moč vsake terapevtske delovne alianse, je motivirala nekatere raziskovalce, da so se lotili konstrukcije vprašalnikov za merjenje teh komponent in skupne dimenzije terapevtske delovne alianse. Med najbolj posrečenimi najdemo t.i. Working Alliance Inventory (WAI) oz. vprašalnik delovne alianse, ki sta ga razvila Horvath in Greenberg (1986), preverjali in uporabili v raziskavah pa tudi mnogi drugi.

Tudi drugi raziskovalci so razvijali metode in instrumente za ocenjevanje dimenzije terapevtske delovne alianse, večinoma vprašalnike, na katere so odgovarjali pacienti, terapevti in neodvisni opazovalci. Poleg WAI imajo dobre metrijske karakteristike tudi California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS), Penove Helping Alliance Scales (HAQ), Theapeutic Alliance Scales Luborskega (TAS) in Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS) (Horvath in Luborsky, 1993). Omenjeni instrumenti so kot nova možnost motivirali mnoge neodvisne raziskovalce, da so preverjali osnovna vprašanja, povezana s terapevtsko delovno alianso. Horvath in Luborsky (1993) sta preverjala tudi vprašanje, ali ti instrumenti, ki so se razvijali neodvisno iz različnih teoretičnih ozadij, merijo kaj skupnega ali ne. Ugotavljata, da vsi po vrsti vključujejo komponenti osebne navezanosti in sodelovanja oz. pripravljenosti investirati v terapevtski proces. V dveh ali več instrumentih sta nadalje odkrivala komponente skupnih ali dogovorjenih ciljev, aktivne udeležbe v izvrševanju nalog terapije in kapacitete za vzpostavljanje odnosa.

Ali terapevtska delovna aliansa zares obstaja?

Jo sestavljajo prepoznavne komponente? Je to dimenzijo terapevtskega odnosa mogoče ločiti od drugih? Vsiljuje se vprašanje, ali tri komponente alianse, ki jih predvideva Bordinova definicija terapevtske delovne alianse, zares obstajajo kot specifične, ali gre le za vidike splošne dimenzije alianse, in ali ta sploh obstaja kot avtonomni sestavni del terapevtskega odnosa. Kokotovic in Tracey (1990) sta preverila faktorsko strukturo instrumenta Working Alliance Inventory Horvatha in Greenberga in potrdila obstoj treh faktorjev prvega reda: naloge, cilja in vezi, ob tem pa tudi faktor drugega reda, splošni faktor delovne alianse.

Empirične raziskave so v zadnjih petindvajsetih letih pomagale streti marsikateri oreh ob teh vprašanjih. Koncept terapevtske delovne alianse se je pokazal kot avtonomni sestavni del terapevtskega odnosa in to tako v analitičnih (ali širše psihodinamičnih) kot v ostalih terapevtskih pristopih (Horvath in Luborsky, 1993). Ne le, da je to komponento terapevtskega odnosa mogoče ločiti od transfernih in kontratransfernih dejavnikov, ampak jo je mogoče ločiti tudi od empatije – koncepta, ki v humanističnih in selfpsiholoških pristopih pomeni domala celoto terapevtskega odnosa. Avtorja (Horvath in Luborsky, 1993) navajata raziskave rogeriansko usmerjenih psihoterapevtov, ki so tradicionalno osrednji koncept empatičnega odnosa v zadnjih tridesetih letih preverjali kot dimenzijo *terapevtske ponudbe pogojev* (TPP), ki vključuje komponente:

- pozornost in spoštovanje,
- empatičnost,
- brezpogojnost in
- skladnost (kongruentnost).

To dimenzijo so ločili od dimenzije *terapevtske delovne alianse* (TDA), ki vključuje komponente kot jih je definiral Bordin (1979):

- cilja,
- naloge in
- vezi.

Vsekakor ne gre zanemariti še tretje dimenzije - dejstva, da pacientovi vtisi ob doživljanju terapevta kot zaupanja vrednega, kot strokovnjaka, celo kot privlačnega, pomenijo komponente *socialnega vpliva* (SV), ki je v pomoč in podpira spremembo. Rezultati so pokazali, da so terapevti, ki zagotavljajo visoko stopnjo TPP, uspešnejši od tistih, ki nudijo manj teh pogojev, vendar se je izkazalo, da to drži predvsem za oceno pacientov, ki potrebujejo takšnega terapevta, da se mu lahko zaupajo. Upoštevanje drugih kriterijev uspeha je pokazalo, da je moč terapevtske delovne alianse boljši prediktor kot TPP dimenzija. Med omenjenimi dimenzijami (TPP, TDA in SV)

so po pričakovanjih kar pomembne pozitivne korelacije (Salvio, Beutler, Wood in Engle, 1992, po Horvath in Luborsky, 1993).

Eno temeljnih vprašanj, ki jih je bilo potrebno razčistiti, in je bilo predmet številnih debat, je vprašanje, ali je terapevtska delovna aliansa pogoj ali produkt psihoterapevtskega procesa? Če bi se pokazalo, da je produkt terapevtskega procesa, bi bil koncept terapevtske delovne alianse artefakt. Horvath in Luborski (1993) sta preverjala to vprašanje skozi naslednje hipoteze:

- če je terapevtska delovna aliansa produkt terapevtskega procesa, se mora razvijati skozi proces;
- zgodnje ocene terapevtske delovne alianse bi bile slabši prediktor uspeha kot ocene kasneje v procesu.

Podatki, ki sta jih dobila, govorijo proti možnosti, da je aliansa artefakt. Skozi proces terapije kvaliteta in moč alianse nihata in Safran s sodelavci (po Horvath in Luborski, 1993) ugotavlja, da je za uspeh terapije najpomembnejše, da terapevt omogoča hitro premoščanje razpadov terapevtske delovne alianse. Razvoj alianse torej ni linearen, ampak niha, poleg tega pa so se začetne faze vzpostavljanja alianse pokazale za boljši prediktor uspeha kot kasnejše (k tem raziskavam se bomo še vrnili).

Med najpogosteje preverjanimi vprašanji je vprašanje, ali sta kvaliteta in moč terapevtske delovne alianse prediktorja terapevtskega uspeha? V zadnjih dvajsetih letih je bilo toliko raziskav na to temo, da sta se Horvath in Symonds (1991) lotila metaanalize, s katero sta potrdila, da je terapevtska delovna aliansa v resnici pomembna spremenljivka terapevtskega uspeha, čeprav dokaj robustna. Kljub temu, da je koncept nastal v psihoanalizi in analitičnih psihoterapijah, to drži tudi za ostale psihoterapevtske pristope. Gaston in kolegi (1991, po Horvath in Luborsky 1993) ugotavljajo, da terapevtska delovna aliansa določa od 36 do kar 57 % uspeha terapije. Mallinckrodt in Nelsonova (1991) sta samo z uporabo WAI (Horvath in Greenberg, 1986) v začetni fazi terapije napovedala 30 do 45 % variance uspešnosti terapevtskega izida. Obstajajo pa razlike glede na izvor podatkov in ocen. Pri preverjanju karakteristik WAI sta že Horvath in Greenberg (1986) ugotavljala, da sta komponenti naloge in cilja močnejše povezani z uspešnostjo terapije kakor komponenta vezi. Najboljši prediktor uspešne terapije so bile ocene alianse, ki so temeljile na odgovorih pacientov. Ocene, ki so temeljile na odgovorih terapevtov, so bile nekoliko slabši prediktor, najslabši pa ocene na osnovi odgovorov observerjev. Do neke mere je to razumljivo. Pacienti hitro začutijo, v katerem odnosu najdejo toliko razumevanja, da se bodo lahko zaupali in bodo potem tudi lahko sodelovali. Na drugi strani terapevti dobro vedo, da bo empatično razumevanje premalo za odgovorno sodelovanje. Dejstvo je, da pacient ocenjuje terapevtski odnos skozi svoje doživljanje terapevta kot osebe, ki mu lahko pomaga, terapevt pa bolj skozi oceno pacientove kapacitete za odnos in njegovo stopnjo avtonomije. Rezultati so pokazali tudi to, da nekateri terapevti, posebej še začetniki, pretirano optimistično ocenjujejo alianso in hkrati zelo verjetno dosegaajo slabše terapevtske rezultate. Poleg

tega, da slabše obvladajo kontratransfer, pogosto prezrejo fenomen pretirane pripravljenosti in pridnosti pri pacientih, ki niso avtonomno motivirani, ampak prej pridni in psevdoprilagodljivi. Zakaj observerji ne omogočajo boljše napovedi, je težko razumeti. Verjetno pa – postavljeni izven odnosa – težko ocenjujejo alianso.

Tehtno je tudi vprašanje, ali je povezanost med alianso in terapevtskim uspehom neposredna ali posredna. Bordin (1988, po Horvath in Luborsky, 1993) meni, da pozitivna aliansa sama po sebi ni zdravilni dejavnik, ampak omogoča pacientu, da se prepusti terapevtskemu procesu in v njem angažirano sodeluje. Tehnični in procesni dejavniki pri tem le podpirajo razvoj in osebno rast. Vsekakor je vpletenih še mnogo drugih spremenljivk. Interpretacije, kako aliansa učinkuje, so prav gotovo odvisne tudi od teoretične podlage, na osnovi katere razumemo vpliv alianse na potek terapije. Kljub vsem tem dilemam in kljub temu, da je koncept terapevtske delovne alianse nastal v okvirih psihoanalitične teorije, pa ocenjujejo, da ni razlogov, da bi verjeli, da je pomembnejši prediktor uspeha v analitičnih kakor v drugih psihoterapevtskih pristopih.

Ni pomembnejšega psihoterapevtskega pristopa, ki se danes ne bi ukvarjal z vprašanji terapevtske delovne alianse. Vsi po vrsti jo definirajo kot zmožnost pacienta in terapevta, da z nekim namenom sodelujeta. V definicijah obstajajo tudi specifične razlike, ki pa zadevajo tehnična vprašanja, kajti različni avtorji, ki izhajajo iz različnih paradigem, upoštevajo pač specifična metodična načela. Tako različni pristopi zahtevajo nekoliko različnih način sodelovanja pacienta in tudi različno vlogo terapevta. Bordinova definicija terapevtske delovne alianse se je pri vseh pristopih vseeno uveljavila kot sprejemljiva.

Gastonova in sodelavci (Gaston, Marmar, Thompson in Gallagher, 1988; Gaston in dr., 1998) so preverjali specifičnosti vpliva terapevtske delovne alianse v različnih pristopih. Vključili so kratko dinamično psihoterapijo, vedenjsko terapijo in kognitivno terapijo. Ugotavljajo, da ima v začetni fazi terapije pacientov prispevek terapevtski delovni aliansi močan vpliv na izid terapije, vendar to velja predvsem za vedenjsko in kognitivno terapijo. Pacienti z boljšo introspekcijo so dosegali boljše rezultate v vedenjski terapiji, čeprav je ta med zajetimi pristopi najmanj introspektivno usmerjena. Morda je prav zato pacientova zmožnost introspekcije v tem terapevtskem pristopu pomemben prispevek k uspehu. Očitno sta kognitivna terapija in kratka dinamična psihoterapije sami po sebi bolj intrapsihično usmerjeni in tehnično podpirata pacientovo introspekcijo. Pri obeh pa predstavljajo pomemben vložek eksploratorne intervencije, ki so že same po sebi prediktor uspeha. Zanimiva je ugotovitev Jonesa in Pulosa (1993), da je napredek v kognitivni terapiji bolj povezan s psihodinamičnimi eksploratornimi intervencijami (kakršnih ne najdemo v učbenikih) kakor s tipično kognitivnimi tehnikami.

Omenjene ugotovitve kaže razumeti pogojno. Ni vseeno, kakšni pacienti so bili zajeti v raziskave. Vrsta in stopnja motenosti, stopnja obrambne naravnosti, so variable, ki imajo svoj vpliv. Vrsta in stopnja motenosti očitno odsevata v začetnem vzpostavljanju alianse in se bolj odločilno vpletata pri vedenjski in kognitivni terapiji. (Gaston in dr., 1988). V kratki dinamični psihoterapiji je bolj pomembna ocena

pacientovega razvoja ega (Marmar, Horowitz, Weiss in Marziali, 1986). Dinamična psihoterapija ima bolj izdelane tehnične strategije za vzpostavljanje alianse. Obrambna naravnost pacienta se je pri vseh zajetih pristopih pokazala kot negativni dejavnik vzpostavljanja terapevtske delovne alianse, ovira sodelovanju pri izvrševanju nalog in doseganju terapevtskih ciljev.

Kaj pravzaprav deluje terapevtsko, in kaj protiterapevtsko, v terapevtski delovni aliansi?

Mnenja, ki so večji del nastajala na osnovi kliničnih izkušenj, se navadno ustavljajo ob pacientovi kapaciteti za odnos in terapevtovi empatičnosti. Luborsky (1976) je mnenja, da je aliansa v svojem bistvu prej dinamična kakor statična in se prilagaja zahtevam različnih faz psihoterapevtskega procesa. Odkriva dva tipa terapevtske delovne alianse:

- tip 1, ki je značilen za začetno fazo terapije, temelji na pacientovem doživljanju terapevta kot razumevajočega, podpirajočega, sprejemajočega in pripravljenega pomagati in
- tip 2, ki je značilnejši za kasnejše faze psihoterapevtskega procesa in temelji na skupnih prizadevanjih, kako odpraviti tisto, kar pacienta ovira v življenju, na skupnih delovnih nalogah, na soodgovornosti za doseganje ciljev in občutku "jaz in ti = midva (ali jaz + ti + on = mi v skupini).

Seveda se je pokazalo, da gibanja od prvega do drugega tipa alianse niso linearna, podobno kot tudi psihoterapevtski proces ne, očitno pa je pomembno to, da je terapevt uglašen na ta nihanja. Kot že rečeno, gre za interaktivno dogajanje, v katerem pacient takrat, ko potrebuje več razumevanja in sprejemanja, izraža svojo šibkost in nemoč. Če bi se terapevt odzval spontano človeško, bi ponudil predvsem empatično razumevanje ali bi se celo sam bolj lotil dela (za pacienta), s tem pa bi podprl pacientova regresivna pričakovanja in stopnjeval njegovo odvisnost. Zato, da tega ne stori, je treniran in se odziva profesionalno.

Glede na klinične izkušnje, pogosto povezujemo slabo terapevtsko alianso in izpad iz terapije. Ker izpadli pogosto pomenijo nezaželeno obremenjevanje kapacitet, sta Kokotovic in Tracey (1990) skušala raziskati, ali obstaja ta povezanost. Saltzman, Leutgert, Roth, Creaser in Howard (1976) ter Tracey (1986) so potrdili povezavo med slabo alianso in izpadom, vendar pri kasnejšem izpadu in ne pri začetnem. Začetni problemi s terapevtsko delovno alianso se niso pokazali kot dober prediktor izpada, podobno kot tudi diagnostične ocene oz. teža motenosti ne. Kaže, da je slaba aliansa povezana z izpadom le, če se začetne težave ne presežejo. Kadar terapevt in pacient premostita začetne težave, je to prej prediktor uspeha (O'Malley, 1986; Strupp, 1983; po Kokotovic in Tracey, 1990).

Dejavniki terapevtske delovne alianse

Kakšen je proces vzpostavljanja terapevtske delovne alianse in kateri so ključni dejavniki?

Čeprav je očitno, da pacienti v prvih seansah ocenjujejo terapevtsko delovno alianso predvsem po doživljanju komponent prvega tipa alianse (Greenberg in Adler, 1989; Horvath, 1981; Jones, 1988; Moseley, 1983), raziskave kažejo, da je ta predvsem osnovni pogoj, v katerem psihoterapevtski proces steče, izid pa bolj determinira drugi tip alianse. To, da terapevt empatično razume pacienta, ta pa mu zaupa, za terapijo še ni dovolj. Terapevtska delovna aliansa je interaktivni fenomen, v katerem ima terapevtski učinek predvsem skupno delo. Zato mora razumevajoči terapevt kot strokovnjak vedeti kaj in kako je potrebno delati, s pacientom mora te možnosti ustvariti skozi pogajanja do soglasja v terapevtskem dogovoru in v proces vključevati optimalne frustracije, ki pacienta motivirajo. Pacient, ki si je ob tem pripravljen naložiti soodgovornost za uspeh, ne da bi se podredil, ampak tako, da se odkrito pogaja in tudi izraža dvom, nezadovoljstvo in celo pove, kaj ga moti pri terapevtu (terapevtki), soustvarja optimalne pogoje. Horvath in Luborsky (1993) zato še posebej poudarjata, da je soglasje, doseženo skozi terapevtski dogovor, v katerem je nujno predelati tudi pacientova kratkoročna in srednjeročna pričakovanja, nujno, ko želimo vzpostaviti dobro terapevtsko alianso. Po svojih izkušnjah bi dodal, da pri delu s pacienti, ki so slabše osebnostno organizirani, s terapevtskim dogovorom vsaj premostimo čas, ki ga ti potrebujejo za vzpostavljanje terapevtske delovne alianse. Tako se sprva skušajo ravnati "po pravilih, ki so postavljena s strani terapevta" postopoma pa ob predelavah svojih odporov in izogibanja dojemajo, da so vendar motivirani za uspeh in s tem soodgovorni pri ustvarjanju pogojev za dober terapevtski proces.

Hitrost, kvaliteta in moč pri vzpostavljanju terapevtske delovne alianse se pokažejo kot funkcija intrapsihičnih značilnosti pacienta, to je njegove osebnostne strukture kot je organizirana pred pričetkom terapije, intrapsihičnih lastnosti osebnosti terapevta, medosebne interakcije med njima in karakteristik obdajajočega socialnega polja – okolja v katerem živi tako pacient kot terapevt (pri slednjem gre tudi za karakteristike njegove strokovne socialne mreže), in ne nazadnje socialnega okolja, v katerem poteka psihoterapevtski proces. Konkretnije Kivlighan in Schmitz (1992) v svojem raziskovalnem delu preverjata tri faktorje: pacientove osebnostne karakteristike (pred terapijo), terapevtove osebnostne karakteristike in terapevtovo tehnično aktivnost na interaktivnem polju.

Lastnosti pacienta

Horvath (1991) je na osnovi povzemanja 11 raziskav pacientovih lastnosti, ki vplivajo na vzpostavljanje terapevtske delovne alianse le-te povzel v 3 skupine faktorjev. To so:

- interpersonalne kapacitete in spretnosti, ki vključujejo mere kvalitete pacientovih socialnih odnosov, družinskih odnosov ter indikatorje stresnih življenjskih dogodkov;
- interpersonalna dinamika, ki zajema pacientovo motivacijo, psihološki status, kvaliteto objektivnih odnosov in stališča;
- diagnostične posebnosti – teža in vrsta simptomatike.

Sprva je kazalo, da imajo vsi navedeni dejavniki pomemben vpliv na vzpostavljanje terapevtske delovne aliance. Pacienti, ki so imeli težave pri vzdrževanju dobrih medosebnih odnosov, jih imajo verjetno tudi pri vzpostavljanju in vzdrževanju močne aliance (Moras in Strupp, 1982, po Kokotovic in Tracey, 1990). Podobno je s pacienti, ki imajo slabe objektivne odnose (notranje reprezentacije; Piper in dr., 1991), in so preveč obrambno naravnani (Marmar, Thompson in Gallagher, 1988; po Horvath in Luborsky, 1993). Piper je s sodelavci (1991) izpeljal longitudinalno, prospektivno raziskavo, v kateri se ni potrdila hipoteza o povezanosti med aktualnimi medosebnimi odnosi in alianso, potrdilo pa se je klinično opažanje, da izkušnje iz zgodnjih objektivnih odnosov odsevajo v karakteristikah vzpostavljanja terapevtske delovne aliance. Ponotranjene objektivne reprezentacije imajo vpliv na vzpostavljanje aliance, vendarle je ne determinirajo. Henry in Strupp (po Horvath in Luborsky, 1993) sta s svojim delom pojasnila to povezanost, saj ugotavljata, da je osrednji mehanizem, ki določa medosebno dogajanje, ponotranjanje. Preko tega oblikujemo predstave preteklih pomembnih odnosov in te notranje reprezentacije se oživljajo v obstoječih odnosih.

Pomembna komponenta ponotranjenih objektivnih odnosov je navezanost – stopnja in kvaliteta. Gre za razvojni dosežek, ki je poznan iz del Bowlbyja in raziskav Ainsworthove. Satterfield in Lyddon (1995) sta raziskala povezanost med terapevtsko delovno alianso in tremi dimenzijami navezanosti (z odvisnostjo, anksioznostjo in bližino). Pomembna je njuna ugotovitev, da pacient, ki deluje v odnosih po modelu nezaupanja in si prizadeva, da mu ne bi bilo treba zanesti se na druge, teži k temu, da terapevtski odnos opisuje z negativnimi izrazi, kar vpliva na vzpostavljanje terapevtske delovne aliance. Ugotovitve kažejo, da pacienti, ki imajo ponotranjen stil navezanosti, ki jim omogoča, da sprejemajo svojo odvisnost na ta način, da si upajo zanesti se na terapevta in z zaupanjem dopuščajo bližino, hitro vzpostavijo terapevtsko delovno alianso. Tukaj je tudi terapevtu potrebno razumevanje, da je takšna odvisnost integrirana v avtonomijo in da ne gre za maligna reparacijska pričakovanja kot tudi ne za kontraodvisne manevre. Mallinckrodt ter Diedan, Findley in Kivilighan (po Kivilighan in Schmitz 1992), ugotavljajo, da je z vzpostavljanjem dobre aliance povezana le navezanost ob hkratni dobri separaciji od staršev.

Zanimivo je, da raziskave niso potrdile, da bi teža simptomatike kakorkoli vplivala na vzpostavljanje terapevtske delovne aliance, niti nima bistvenega vpliva na izid terapije. Gastonova in sodelavci (1988) ugotavljajo, da je prej obratno – da dve dimenziji terapevtske delovne aliance, ki določata pacientovo soudeležbo - to sta zaveza terapevtskemu dogovoru in zmožnost delati v procesu – največ prispevata k redukciji

simptomov. Tisto, kar najbolj determinira moč alianse, pa je pacientov ego, ki se kaže v interpersonalnem funkcioniranju in strukturi kontrolnih mehanizmov. Pri tem je zelo pomembno, da med kontrolnimi mehanizmi ne dominira obrambna naravnost.

Lastnosti terapevta

Terapevt ima kot osebnost svojo zgodovino objektnih odnosov, ponotranjene reprezentacije, ki vključujejo navezanost in separiranost kot razvojni dosežek. Prav tako ima sebi značilno dinamiko infantilnih vsebin, kar se kaže v dinamičnem nezavednem. Prvo se kaže v njegovih relacijskih kapacitetah, drugo v transfernih (v terapiji lahko v kontratransfernih) vsebinah, oboje pa odseva v terapevtskem odnosu in vpliva na vzpostavljanje terapevtske delovne alianse. Ob spoznanjih, da mora terapevt kontrolirati kontratransferne reakcije, je do nedavna je bila poudarjena predvsem potreba, da je terapevt empatičen. Sodobnejše raziskave, ki preverjajo vpliv terapevta na vzpostavljanje alianse, (pa tudi na uspešnost terapije), pa postavljajo v ospredje terapevtovo zmožnost, da vnaša izziv s tem, ko usmerja pozornost na psihološko relevantne vsebine in teme (Kivlighan in Schmitz, 1992). Verjetno drži ugotovitev Horowitza in sodelavcev (1984, po Kivlighan in Schmitz 1992), da obstaja visoka korelacija med terapevtovo tehnično aktivnostjo, karakteristikami pacienta (motivacijo in relacijskimi lastnostmi) in dogajanjem v aliansi. Takšne aktivnosti ne gre zamenjevati z aktivnim stilom, saj so dokaj pogoste situacije, v katerih aktivnost terapevta (dodatna eksploracija in diagnosticiranje, dajanje nasvetov...) pomeni prej, da se terapevt izogiba negativnim emocionalnim vsebinam, namesto da bi usmerjal pacienta na pomembno terapevtsko tematiko. Kivlighan (1990) odkriva, da je povečana raba eksploracije in ocenjevanja s strani terapevta negativno povezana z močjo terapevtske delovne alianse. Ugotavlja, da je to tipično predvsem za terapevte na začetku njihove profesionalne poti. Ob pacientu, ki je (ali takrat, ko je) majhen, šibak in odvisen, ali pa jezen, uporniški in izogobajoč (kar pomeni hkrati, da je aliansa slabša), reagirajo s podporo ali pritiskom, z dodatnim ocenjevanjem in eksploracijo, več svetujejo v smislu dajanja nasvetov. Sam v superviziji opažam zdrse v neprimerno trepljanje po ramenu, kar utegne učinkovati zelo pokroviteljsko. Bolj izkušeni terapevti vedo, da je to kontraproduktivno. Kivlighan in Schmitz (1992) sta posebej raziskovala povezanost med terapevtovo tehnično aktivnostjo in terapevtsko delovno alianso. Osnovna ugotovitev je, da terapevti, ki so uglašeni na dogajanje tako, da poglobljanje alianse spremljajo z več izziva, z odpiranjem pomembnih tem, predvsem, če so te usmerjene na tukaj in sedaj, ustvarjajo boljše pogoje za terapijo. Marmar (1985, po Kivlighan in Schmitz, 1992) ugotavlja, da je še posebno koristno, kadar je aliansa slaba ali regresivno razpada, intervenirati tako, da se odpre vprašanja doživljanja terapevta in nadaljuje z vprašanji, na kaj je pacient negativno čustveno reagiral. Terapevti, ki se izogibajo predelavi negativnih reakcij v odnosu pacienta do sebe, poslabšujejo alianso; tisti, ki pri tem tudi ponujajo preveč razumevanja, gladijo konfliktnost odnosov, pogosto še globlje okvarjajo alianso in ovirajo terapijo.

Očitno kaže empatičnost razumeti kot pogoj za oblikovanje odnosa, v kakršnem je terapevt lahko bolj provokativen in tudi zahteven, predvsem še kar zadeva tematiko doživljanja odnosa v terapevtski situaciji. Terapevt je ekspert, ki se ne more le preprosto človeško odzivati, ampak je dolžan svoje znanje in izkušnje uporabiti tako, da nenehno spremlja in preverja učinke svojih intervencij.

Medosebna socialna situacija

Pomembnost odnosa "tukaj in sedaj" kot sestavnega dela terapevtskega odnosa so izpostavili mnogi že pred časom: Menninger (1958), Greenson (1967), Basch (1980) in drugi. Ob prvih srečanjih gotovo igra pomembno vlogo kompatibilnost med pacientom in terapevtom. Ta omogoča vzpostavljanje vezi. Tudi med procesom se pacient in terapevt uglašeno odzivata drug na drugega. Vendar pa takšna kompatibilnost sama po sebi še ne utrjuje terapevtske delovne aliance in ne podpira terapevtskega procesa. Reandeau in Wampold (1991, po Mallincrodt in Nelson, 1991) ugotavljata, da terapevtom na začetku usposabljanja v njihovi permissivni drži primanjkuje delovne angažiranosti v odnosu in premalo vnašajo energetske močnejše intervencij. To hkrati negativno odseva v terapevtski delovni aliansi.

Mnogi modeli izobraževanja terapevtov vključujejo usposabljanje, kako se izgrajuje čustveno močan odnos, čeprav ni rezultatov raziskav, ki bi potrjevali, da prav to utrjuje terapevtsko delovno alianso in pozitivno vpliva na terapevtski proces. Šele potem, ko bolj izkušen terapevt v takšen odnos vključuje spretnosti terapevtsko relevantne tehnične aktivnosti, se pokažejo premiki. Terapevt je torej dolžan v emocionalno pozitiven terapevtski odnos vnašati izziv za pacientovo samospoznavanje in "psihološko relevantno hrano", ki jo lahko pacient ponotrjanja in hkrati ob tem opazuje svoj stil ponotrjanja.

Ko govorimo o motnjah terapevtske delovne aliance, kaže ločiti motnje, ki so odsev modificiranih kontaktnih kapacitet pacienta, terapevta ali obeh, od distorzij, ki jih vnašata pacient s transfernimi, in terapevt s kontratransfernimi vsebinami. Bolj kot dinamika infantilnih teženj, distorzije terapevtske delovne aliance določajo notranje objektne reprezentacije obeh vpletenih in njune ego adaptacijske zmožnosti. Od tega zavisi tudi vprašanje, kakšen tip vezi (navezanosti) bo prevladoval v aliansi. Že Balint (1968) je svaril pred nevarnostjo razvoja maligne regresije, ča se ujmeta neustrezno ubogi in šibak otrok v pacientu, in neustrezno zaskrbljena in razvajajoča mati v terapevtu. Kvaliteta in moč terapevtske delovne aliance nista toliko rezultat kompatibilnosti pacienta in terapevta kot produkt njune komplementarnosti.

Razvoj terapevtske delovne aliance

Klinične izkušnje kažejo, da ima vzpostavljanje terapevtske delovne aliance svojo logiko. Ločiti je mogoče med uvodno fazo približno prvih petih seans, v kateri se odloča, ali bo mogoče vzpostaviti hkrati zaupnost (ki pacientu omogoča, da se prepusti procesu)

in zadovoljiv nivo sodelovanja, in drugo, kritično fazo, ko terapevt prične vnašati izzive in zahteve, ki (re)aktivirajo pacientove nevrotične in maladaptacijske vzorce. V prvi fazi vzpostavljanje alianse visoko korelira z empatičnostjo terapevta, hkrati pa ima uspešno izpeljana prva faza pomemben vpliv na nadaljnji razvoj. Prehod v drugo fazo pa je ključnega pomena za terapevtsko delo. Pacient lahko ta obrat doživi kot izgubo terapevtove naklonjenosti in na to po svoje reagira, nakar lahko zopet terapevt neprimerno reagira na njegove neprilagojene reakcije, namesto, da bi motiviral pacientovo samoopazovanje in iz tega naredil terapijo. Raziskave Horvatha in Luborskega (1993), ki kažejo, da razvoj terapevtske delovne alianse ni linearen, ampak niha in vključuje celo začasne razpade, potrjujejo omenjeno vsebinsko ozadje. Tudi drugi (Kokotovic in Tracey, 1990) opozarjajo, da so uspešni tisti terapevti, ki zmorejo preizkušati moč alianse z izzivi, ki prinesejo na površje terapevtsko relevantne vsebine, vendar mora terapevt iz tega narediti terapijo in hkrati premoščati obdobja razpada alianse. Pri terapevtih, ki jim to ne uspeva, odkrivajo več izpada, še posebej tistega, v poznejših fazah terapije.

Kot je terapevtska delovna aliansa ciklična, tako variira tudi terapevtski proces. Ta se lahko zatakne na dva načina:

- če terapevt ne vnaša izzivov za terapevtsko delo in
- če terapevt ne pomaga pacientu ob tem razumeti odporov in obramb, sam ne zdrži očitkov in motenj v odnosu, obrambno popušča pacientovim nevrotičnim potrebam, ali sam pritiska na pacienta.

Ali je terapevtsko delovno alianso mogoče sistematično razvijati?

Kako lahko terapevt prispeva k razvijanju dobre terapevtske delovne alianse? Odgovor na to vprašanje je pomemben, če želimo zagotavljati optimalne pogoje za terapevtski proces. Safran in sodelavci (1990, po Horvath in Luborski, 1993) so razvili model, kako spremljati osrednje dogajanje v aliansi s terapevtskimi intervencijami. Podobno kot pri Luborskem (1976) ta temelji na terapevtovih prizadevanjih, kako vsako disfunkcionalnost v odnosih prenesti in terapevtsko obravnavati v terapevtskem odnosu. Bordin (1990, po Kivilighan in Schmitz, 1992) še posebej priporoča raziskovalcem preveriti, kako lahko terapevt izboljša pomanjkljivo začetno fazo alianse. V terapiji oseb z razvojnimi deficiti tega se utegne razvoj prve faze alianse močno zavleči. Morda je tukaj res najprej pomembno, da je terapevt "s pacientom" kot pravi Balint (1968). Dokler takšen pacient konstantnost šele ponotranja in je še ni utrdil v sebi, jo mora zagotavljati terapevt, s svojim odnosom in s tem, da je reden in točen. Ne kaže pa zamuditi trenutka, ko pacient postaja zmožen samoopazovanja in dela na sebi. Takrat opazimo tudi, da pacient bolje ocenjuje realnost terapevtskega odnosa in skuša razumeti trenutke svojega pozitivno ali negativno izkrivljenega doživljanja terapevta. Tako postopoma nadomešča prejšnje situacije odreagiranja (acting outov) s samoeksploracijo. Ta pot pacienta vodi do spoznavanja lastne udeležbe v preteklih patogenih odnosih.

Ko je ta nivo enkrat dosežen, terapevtsko delovno alianso vse bolj utrjuje delo v terapevtskem procesu in izkušnja pacienta, da je terapevt ob tem njemu v pomoč. Skozi težave in frustracije ob raziskovanju pacientovega obrambnega reagiranja, občutkov sramu, krivde, jeze in drugih problematičnih čustev, skozi povezovanje neugodnih čustev v odnosu s terapevtom z izkušnjami iz prej pomembnih odnosov, pacient ne pridobiva le samozavedanja, ampak tudi samozavest in samozaupanje.

Edukacija in trening terapevtov

Vprašanja edukacije in treninga bodočih terapevtov, standardov in normativov, ki so s tem povezani, so v Evropi trenutno izjemno aktualna. Kaže slediti ZDA in urediti sistem licenc za posamezne psihoterapevtske pristope. S tem se postavi vprašanje, ali smo na pragu oblikovanja samostojnega, visoko specializiranega poklicnega profila psihoterapevta? Glede na to, da zadnjih dvajset let gotovo pripada integraciji psihoterapevtskih znanj in oblikovanju znanstvene podlage psihoterapije kot stroke, kaže, da gremo po tej – drugi poti. Pri tem so se vprašanja terapevtske delovne alianse pokazala kot skupna vsem pristopom, tudi tistim, ki so se sprva zanašali na eksperimentalni dizajn – to je vedenjska terapija. Raziskave (Gaston in dr., 1988) potrjujejo hipotezo, da je terapevtska delovna aliansa predvsem v dveh komponentah – zavezi terapevtskemu dogovoru in zmožnosti za aktivno (so)delovanje – močan prediktor uspeha v vseh terapevtskih pristopih. Terapevt torej potrebuje izobraževanje in trening, ki ga usposabljata za uravnavanje alianse in terapevtskega odnosa v celoti, ne glede na to, katerega od psihoterapevtskih pristopov prakticira. Problem, ki ga najdemo v obstoječih modelih izobraževanja in usposabljanja, je v tem, da se močno izpostavlja empatičnost in senzibilnost terapevta, nekaj pod vplivom humanističnih (Rogerjanskih) pristopov, nekaj tudi selfpsihološke naravnosti Kohuta, ki s konceptom korektivnega terapevtskega odnosa močno vpliva na psihoanalizo in analitične terapevtske pristope. V slednjih najdemo tudi veliko več treninga namenjenega kontroli kontratransferja kakor zmožnosti vzpostavljanja dobre terapevtske delovne alianse. Dejstvo pa je, da sodobne raziskave terapevtskega odnosa ločujejo dimenzijo empatičnosti in permisivnosti od dimenzije transferja in kontratransferja ter končno od dimenzije terapevtske delovne alianse. Raziskave zadnjih dvajsetih let potrjujejo pomembnost, da se terapevti usposobijo za delo na terapevtski delovni aliansi. Ob ohranjeni empatičnosti, senzibilnosti in odzivnosti (kar od Freuda dalje tako ni vprašljivo), ter pozornosti na transferno – kontratransferne vsebine prihaja v središče pozornosti terapevtova opremljenost za to, da v svojih metodičnih okvirih pridobi tehnične spretnosti, kako angažirati pacienta, da medosebno povezanost uporabi kot priložnost za doseganje terapevtskih ciljev in opravljanje terapevtskih nalog. Samo empatično razumevanje in transferiranje nista dovolj za terapevtski uspeh! Mallinckrodt in Nelsonova (1991) sta primerjala zmožnost dela na terapevtski delovni aliansi pri kandidatih v procesu izobraževanja in usposabljanja. Ugotavljata močan vpliv treninga na sposobnost uvajanja komponente cilja, nekaj manj za izvrševanje nalog, medtem,

ko v komponenti ustvarjanja empatične vezi med začetniki in tistimi v zaključnih fazah usposabljanja po pričakovanjih ni bilo razlik. Začetniki se običajno zanesejo na svojo kapaciteto za odnos in zato hitro ponudijo empatično razumevanje in podporo, dvomijo pa v svoje znanje in terapevtske spretnosti, zato jim zmanjka poguma glede tega, kdaj in kako terapevtsko intervenirati. Usposabljanje bi zato moralo vključevati veliko več treninga terapevtskih tehničnih spretnosti, vendar je pri tem nujno izogniti se izključujoči pragmatičnosti, ki bi zanemarjala teoretična znanja in osnovna metodična vprašanja.

Morda je najboljša varovalka, da ne spregledamo teh nevarnosti, supervizija, vendar morajo tudi supervizijski modeli upoštevati rezultate sodobnih raziskav. Le tako lahko supervizor pomaga terapevtu, da svojo udeležbo v odnosu razume tudi skozi prediktorje terapevtske delovne aliance.

Zaključek

Kvaliteta in moč terapevtske delovne aliance sta izjemno pomembna prediktorja psihoterapevtskega procesa. Pri tem kaže biti pozoren predvsem na čas, ki je potreben za vzpostavlanje aliance, saj je ta pomemben pokazatelj moči pacientovega ego (Praper, 1999). Raziskave zadnjih dveh desetletij potrjujejo naše klinične izkušnje s tem, ko odkrivajo, da je predvsem začetna terapevtska delovna aliansa dober prediktor terapevtskega uspeha. Začetna aliansa ima potemtakem tudi diferencialno diagnostično vrednost za oceno ego moči pacienta, ki bo imela odločilno vlogo tudi v procesu predelav relevantnih psihičnih vsebin.

Pri svojem kliničnem delu smo prav zato pri mnogih pristopih razvili postopke izgradnje terapevtske delovne aliance ali vsaj premoščanja kritičnih faz. Probleme začetne faze premoščamo z uvodnim intervjujem (usmerjeno anamnezo), ki ga navadno raztegnemo na 3 do 4 seanse, nato skušamo s terapevtskim dogovorom doseči soglasje o ciljih in nalogah, poleg tega pa v mnogih pristopih 5 do 8 seans jemljemo za poskusno fazo in se o tem dogovorimo s pacientom že v terapevtskem paktu.

Raziskovalni rezultati zadnjih dvajset let potrjujejo vrednost teh postopkov, ki niso običajni v vseh psihoterapevtskih pristopih, čeprav prinašajo morda dodatne kriterije in indikacije izbora pacientu primerne psihoterapevtskega pristopa.

Terapevtom je v pomoč in opozorilo to, da se dosledno ponavljajo raziskovalni rezultati, ki vsaj po začetni fazi terapevtskega odnosa dajejo prednost vzpostavljanju delovne aliance in prehodu na metodično in tehnično usmerjanje na terapevtske cilje. Tako se vzpodbujajo aktivnosti pacienta za doseganje terapevtskih nalog. Samo empatični odnos, ki je zares nepogrešljiva podlaga za sodelovanje, je vseeno premalo za doseganje dobrih terapevtskih rezultatov, zato je nujno v procesu izobraževanja in usposabljanja zagotavljati kandidatom trening terapevtskih spretnosti in tega umestiti v dobra teoretična znanja. To pa ne pomeni, da lahko zanemarimo kriterij osebne primernosti terapevta, saj ne bi bilo dobro, če bi prej razumevajočega terapevta spremenili v tehnicističnega pragmatika in ga tako iz razvijajoče materinske figure spremenili v k delu priganjajočo očetovsko avtoriteto.

Raziskovanje razsežnosti terapevtske delovne alianse še ni izpeta tema. Čeprav vemo, da aliansa ni linearni proces, ampak prej nihajoča dimenzija terapevtskega odnosa, in so terapevtom na razpolago ugotovitve, kako pomembno je premoščati krizna obdobja s tem, da predvsem terapevtsko obravnavamo pacientova obdobja negativnega čustvenega doživljanja terapevta, je to za sedaj potrjeno le za začetno vzpostavljanje alianse. Na žalost dosedanje raziskave terapevtske delovne alianse vključujejo le kratke oblike psihoterapije. Še najdaljši terapevtski procesi, zajeti v raziskovalnih projektih, so kratke dinamične psihoterapije, tja do 20 – 30 seans. Do danes še ni na razpolago longitudinalnih, prospektivnih raziskav terapevtske delovne alianse skozi procese dolgotrajnejših psihoterapevtskih procesov. Dolgotrajnejši, predvsem razvojno analitični psihoterapevtski procesi vključujejo tudi klinično pretehtane postopke, ki sledijo raziskavam razvojnih procesov. Klub temu, da so avtorji raziskovali fenomene navezanosti v terapevtski delovni aliansi, so le redki pozorni na hkratno stopnjo separacije in individualizacije. Še manj je tistih, ki bi pomislili, da navezanost in separacija predstavljata komponenti sistema, s katerim urejamo bližino in distanco v obstoječem odnosu. Do sedaj še ni raziskave, ki bi oba fenomena integrirala in preverjala v procesu. Navezanost namreč omogoča aдекватno ohranjanje točk spajanja v odnosu tudi potem, ko stopnja separacije in individualizacije zagotavlja nivo diferenciranosti, kakršen je nujen za avtonomno motivirano aktivnost. Ta pa predstavlja ključno komponento terapevtske delovne alianse, potrebno za doseganje terapevtskega uspeha.

Ob pogostih navedbah, da moč pacientovega ega odločilno vpliva na vzpostavljanje terapevtske delovne alianse, bodo raziskave gotovo odprle tudi vprašanje kompenzacije razvojnih deficitov ega. Preverjati kaže možnosti, kako sistematično razvijati pacientovo kapaciteto za odnos in mu omogočiti, da se iz faze, ko je odvisen od terapevtovega empatičnega razumevanja, ki predvsem pomirja njegove strahove, prebije v fazo, ko se bo zmožal aktivno spoprijemati s frustracijo ter si prizadevati, da bi dosegel terapevtske cilje, s katerimi se identificira.

Literatura

- Balint, M. (1968). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. London: Tavistock.
- Basch, M.F. (1980). *Doing psychotherapy*. New York: Basic.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Fenichel, O. (1941). *Problems in psychoanalytic technique*. Albany: Psychoanalytic Quarterly.
- Freud, S. (1912/1958). *The dynamics of transference*. London: Strachey, Hogarth.
- Freud, S. (1913/1958). *On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis*. London: J. Strachey, Hogarth.
- Gaston, L., Marmar, C.R., Thompson, L.W., in Gallagher, D. (1988). Relation of patient

- pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4) 483-489.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Curnoyer, L.G. in Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8(2) 190-209.
- Gitelson, M. (1962). The curative functions in psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 194-205.
- Greenberg, L.S. in Adler, J. (1989). *The working alliance and outcome*. Toronto: Society for Psychotherapy Research.
- Greenson, R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Horvath, A.O. (1981). *An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to outcome* (neobjavljena doktorska disertacija [Unpublished PhD dissertation]). Vancouver: University of British Columbia.
- Horvath, A.O. (1991). *What do we know about the alliance and what do we still have to find out?* Lyon: Society for Psychotherapy Research.
- Horvath, A.O. in Greenberg, L.S. (1986). The development of the working alliance inventory. V L. Greenberg in W. Pinsof (ur.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (str. 529-556). New York: Guilford Press.
- Horvath, A.O., Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6(4) 561-573.
- Horvath, A.O. in Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2) 139-149.
- Jones, S.S. (1988). *An exploration of the relationship between client expectatiopns and the working alliance* (neobjavljena doktorska disertacija [Unpublished PhD dissertation]). Oxford, MA: University of Mississippi.
- Jones, E.E. in Pulos, S.M. (1993). Comparing the processes in psychodynamic and cognitive behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 306-316.
- Kivilighan, D.M. (1990). Relationship between counselor use of intentions and clients perception of working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 27-32.
- Kivilighan, D.M. in Schmitz, P.J. (1992). Counselor technical activity in cases with improving working alliances and continuing-poor working alliances. *Journal of Counselling Psychology*, 39(1) 32-38.
- Kokotovic, A.M. in Tracey, T.J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37(1) 16-21.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. V J.L. Cleghorn (ur.), *Successful psychotherapy* (str. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Mallinckrodt, B. in Nelson, M.L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2) 133-138.
- Marmar, C.R., Horowitz, M.J., Weiss, D.S. in Marziali, E. (1986). Development of the therapeutic rating system. V L.S. Greenberg in V.M. Pinsof (ur), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (str. 367-90). New York: Guilford Press.
- Menninger, K. (1958). *The theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic.
- Moseley, D. (1983). *The therapeutic relationship and its association with outcome* (neobjavljena magistrska naloga [Unpublished M.A. thesis]). Vancouver: University

- of British Columbia.
- Piper, W.E., Azim, H.F.A., Joyce, A.S., Mc Callum, M., Nixon, G.W.H. in Segal, P.S. (1991). Quality of object relations vs. interpersonal functioning as prediktor of tehrapeutical alliance and psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 432-438.
- Praper, P. (1999). *Razvojna analitična psihoterapija [Developmental analytical psychotherapy]*. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo.
- Saltzman, C., Leutgert, M.J., Roth, C.H., Creaser, J. in Howard, L. (1976). Formation of a therapeutic relationship: Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 546-555.
- Satterfield, W.A. in Lyddon, W.J. (1995). Client attachment and perceptions of the working alliance with counselor trainees. *Journal of Counseling Psychology* 42(2) 187-189.
- Stone, A. (1961). *The psychoanalytic situation*. New York: International Universities Press.
- Tracey, T.J. (1986). Interactional correlates of premature termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 45-51.
- Walrond – Skinner (1986). *A dictionary of psychotherapy*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Zetzel, E.R. (1956) Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.
- Zetzel, E.R. (1958). *Capacity of emotional growth: The therapeutic alliance in the analysis of hysteria*. New York: International Universities Press.