

PERSPECTIVE ASUPRA ALIANȚEI TERAPEUTICE
LA COPIII INSTITUȚIONALIZAȚI: UTILIZÂND METODOLOGIA
Q PENTRU A EXAMINA ASOCIEREA DINTRE ATAȘAMENT
ȘI RELAȚIA COPIL–TERAPEUT

IOANA M. NEAGOE*, CLAUDIU C. PAPASTERI

Universitatea din București

Abstract

The therapeutical alliance has been consistently linked to positive therapy outcomes. Alliance-focused psychotherapy research on children is rather scant, but it shows that client perceptions tend to better predict outcomes compared to therapist perceptions. However, psychometric evaluations of working alliance abstract away preferential perspectives of the individual client. Our study aims to explore the subjective perspectives using a mixed method, the Q methodology. And after, use its results to address quantitative questions relating to the link between attachment and the perceived quality of working alliance of a gender-balanced sample of 20 institutionalized children. Findings reveal patterns of subjective perspectives with specific associations with attachment styles that may be used to predict dissimilarities between child and therapist-perceived assessment of their working alliance.

Cuvinte-cheie: tipare de atașament, copii instituționalizați, psihoterapie, alianță terapeutică, metodologia Q.

Keywords: attachment styles, institutionalized children, psychotherapy, working alliance, Q methodology.

1. INTRODUCERE

Conform perspectivei evoluționiste, tiparele de atașament au fost selecționate datorită valorii pe care o aduc supraviețuirii – mai exact, pentru a crește șansele de supraviețuire ale copilului pe termen lung, permițându-i-se stabilirea unui echilibru între explorarea mediului și obținerea securității.

Funcția principală a atașamentului copilului este aceea de protecție față de amenințările mediului (Bowlby, 1988). Din relația cu părintele, copilul primește hrană, învață despre mediu și despre construirea relațiilor sociale, iar atașamentul securizant susține procese mentale care reglează emoțiile, reduc frica și generează *insight* și empatie – acestea fiind, de fapt, reprezentări mentale ale modelului intern de lucru (Bowlby, 1980).

* Doctorand în psihologie, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București, Șoseaua Panduri 90, București, România; E-mail: im.neagoe@gmail.com

Teoriile atașamentului oferă un cadru de dezvoltare esențial pentru înțelegerea modului în care individul creează relații în copilărie, dar și la viața adultă. Un atașament calitativ, format în copilăria timpurie, oferă individului posibilitatea de a construi relații bazate pe încredere și, mai apoi, de a deveni un adult autonom. Pe de altă parte, un atașament insecurizant poate avea efecte devastatoare. Atunci când copilul nu se poate baza pe un adult care să răspundă nevoilor lui în momentele de stres, acesta nu va învăța cum să se liniștească singur și cum să-și gestioneze propriile emoții. Iar la un adult cu atașament disfuncțional, probabilitatea de a dezvolta o tulburare mintală crește (Thomas & Bifulco, 2012).

Deși se discută despre importanța relației terapeutice în lucrul cu copiii (DiGiuseppe, Linscott, & Jilton, 1996) și se cunoaște faptul că aceasta contribuie la rezultatele pozitive la terapia cu adulți (Koole&Tschacher, 2016; Nienhuis *et al.*, 2018; Leibovich *et al.*, 2020), cercetarea asupra relației terapeutice din psihoterapia copilului a fost neglijată, existând relativ puține studii care examinează procesul psihoterapeutic la copii.

Literatura sugerează că atât la adulți, cât și la copii, relația terapeutică prezice beneficiile terapiei, iar percepția clientului tinde să prezică mai bine efectele comparativ cu percepția terapeutului (Horvath&Luborsky, 1993; Marziali& Alexander, 1991; Shirk&Saiz, 1992).

2. METODE ȘI PROCEDURI

2.1. OBIECTIVELE CERCETĂRII

Studiul de față îmbină metode cantitative și calitative pentru a descoperi relații informative între stilurile de atașament și calitatea percepută a relației terapeutice. Utilizând metodologia Q, vor fi extrase tiparele de opinie subiectivă (factori) ale copiilor în legătură cu calitatea relației terapeutice. Acestea vor fi interpretate și corelate cu stilurile de atașament ale copiilor (securizant vs insecurizant).

Un al doilea obiectiv va fi atins prin mijloace cantitative clasice. Se va utiliza formatul psihometric al instrumentului de investigare a alianței terapeutice (în versiunea pentru copii și în cea pentru terapeuți) pentru a verifica în ce măsură corelația dintre evaluarea alianței de către terapeut și de copil diferă în funcție de atașament.

2.2. IPOTEZE

Presupunem că, utilizând metodologia Q, vom găsi tipare de alianță între copiii cu atașament securizant și cei cu atașament insecurizant. De asemenea, ne așteptăm ca interpretarea acestor factori să releve mai frecvent tipare disfuncționale de alianță la copiii cu atașament insecurizant, față de cei cu atașament securizant. Presupunem că în cazul copiilor cu atașament insecurizant, corelația dintre calitatea alianței percepute de terapeut și cea percepută de copil va fi mai scăzută decât cea găsită în cazul copiilor cu atașament securizant.

2.3. EȘANTION

Eșantionul a fost format din 20 de copii și tineri cu vârste cuprinse între 5.33 și 17.75 ani ($M=11.53$, $SD=4.21$), de ambele genuri (10 de gen feminin și 10 masculin). Copiii au fost selecționați din cadrul unui centru de tip rezidențial pentru copiii străzii din București. Doar participanții alocați grupului de tratament au fost incluși în studiu. Evaluarea stilului de atașament s-a făcut înaintea începerii programului de intervenție. Evaluarea calității percepute a alianței a fost realizată după primele șase ședințe de terapie. Instrumentul de evaluare a alianței terapeutice a fost prezentat copiilor și tinerilor, mai întâi în formatul psihometric și apoi în formatul Q sort. Această ordine este foarte importantă, astfel încât procesul de sortare să nu contamineze tiparul de răspuns la formatul psihometric. Atât forma psihometrică a TASC-r, cât și sortarea Q a afirmațiilor au fost completate de copii și tineri cu ajutorul unui voluntar temporar din cadrul centrului, student la facultatea de psihologie, care a prezentat instructajul și a asistat copiii în procesul de completare.

2.4. VARIABILE ȘI INSTRUMENTE

O fișă de informații a fost creată pentru a culege informații relevante despre copil, părinții săi, familia de proveniență și datele demografice. Aceasta a fost completată înaintea chestionarelor și a presupus consultarea personalului din centru.

Chestionarul de Clasificare a Stilurilor de Atașament (Attachment Style Classification Questionnaire – ASCQ) (Finzi *et al.*, 1996; Finzi *et al.*, 2002) conține 15 itemi împărțiți în trei factori, conform celor trei stiluri de atașament propuse de Ainsworth *et al.* (1978) și identifică atașamentul sigur, anxios/ambivalent și evitant. Copiii sunt rugați să citească fiecare item și să aleagă răspunsul care îi descrie cel mai bine, cu scoruri de la 1 (foarte neadevărat) la 5 (foarte adevărat) (Finzi *et al.*, 2000). Consistența internă raportată de autorii chestionarului (Finzi-Dottan, Manor&Tyano, 2006) este adecvată ($\alpha = .70-.81$).

Forma revizuită a *Scalei de Alianță Terapeutică pentru Copii* (TASC-r) este folosită pentru măsurarea relației terapeutice de-a lungul tratamentului. Este compusă din 12 itemi, cu o scală Likert de cinci puncte, pe care o completează atât copilul, cât și terapeutul. Instrumentul prezintă o consistență internă bună ($\alpha = .88-.96$) în cazul adolescenților traumatizați sau cu tulburări mintale (Ormhaug, Shirk & Wentzel-Larsen, 2015; Creed & Kendall, 2005), stabilă în ceea ce privește numărul de ședințe și consistențe interne chiar mai mari pentru terapeuți ($\alpha = .94-.96$).

Itemii se scorează pe o scală de la 1 (foarte neadevărat) la 5 (foarte adevărat), iar scorul total obținut se calculează în funcție de acela obținut la fiecare dintre cei 12 itemi. În acest studiu, s-au utilizat versiunea pentru copii, versiunea pentru terapeuți și o versiune adaptată de autor pentru Q sort (itemii rămân neschimbați, doar scala/grila este modificată pentru adecvarea la metodologia Q).

2.5. METODOLOGIA Q

Metoda de culegere a datelor asociată metodologiei Q implică rugarea participanților să sorteze o listă de afirmații pe un subiect anume, grupându-le într-o grilă cvasinormală. Grupările obținute în acest fel reflectă nivelul acordului indivizilor cu afirmațiile în cauză. Sortările Q ale unui număr de participanți (în general, relativ mic) sunt trecute printr-un proces de analiză factorială specific metodei, care utilizează o abordare sistematică și riguroasă pentru a identifica un set restrâns de factori comuni (Frost & Shaw, 2015). Astfel, rezultă *cluster*-ii corelați ai itemilor sortați prin Q sort, în aceeași manieră, de indivizi diferiți. Deși metoda caută tipologii, permite apariția unor perspective nebănuite sau surprinzătoare datorită operațiunilor autoreferențiale ale celor ce sortează. Acest lucru face ca metodologia Q, prin modul unic de a îmbina paradigmele calitative și cantitative, să fie de foarte mult folos cercetării în psihologie, atunci când se dorește investigarea generalizabilității experiențelor, al împărtășirii unor aspecte subiective cu alți oameni (Frost & Shaw, 2015).

Metodologia Q presupune o metodă de evaluare adecvată lucrului cu copiii, mai intuitivă și mai antrenantă decât chestionarele clasice (Ellingsen, Shemmings & Størksen, 2011; Ellingsen, Thorsen & Størksen, 2014). Metodologia și analiza statistică sunt, cel mai adesea, aplicate pe eșantioane mici (ex. $n=13$ pentru un studiu de referință citat în majoritatea lucrărilor despre metodologia Q – Shinebourne & Adams, 2007). Aceasta este adesea utilizată pentru a separa opinii ale profesioniștilor de cele ale clienților/pacienților, acolo unde ar putea apărea neînțelegeri, nepotriviri și viziuni discordante.

În cercetarea de față, am ales itemii instrumentului psihometric TASC-r pentru a construi un Q sort. Cei 12 itemi sunt afirmații naturale, referitoare la trăiri subiective apărute pe parcursul terapiei, ce satisfac criteriile metodologice pentru Q sort. Spre deosebire de instrumentul psihometric, ce dorește să cuantifice calitatea percepută a alianței terapeutice, în baza unei scale predefinite, aici scopul este acela de a descoperi configurațiile comune de trăiri pe care participanții le au în legătură cu alianța terapeutică.

Acord puternic	Acord	Neutru	Dezacord	Dezacord puternic

Figura nr. 1. Grila cvasinormală de Q sort pentru cei 12 itemi ai TASC-r.

2.6. ANALIZA DATELOR

Studiul de față are în vedere o extindere către încorporarea analizei discursului copiilor și tinerilor pe parcursul unor sarcini terapeutice, iar apoi, utilizarea modelării statistice pentru a explica modul în care perspectivele derivate din sortările Q ar putea influența comportamentul.

Metodologia Q, ca metodă analitică, presupune două etape majore. Prima constă în aplicarea unei tehnici multivariate de reducere dimensională. Am ales să aplicăm tehnica cel mai frecvent utilizată – Analiza Componentelor Principale (PCA). Astfel, inițial, se construiește matricea de corelație între sortările Q, apoi PCA o reduce în componente (denumite factori, conform tradiției), sunt păstrate componentele cu cea mai multă variabilitate explicată, iar apoi acestea sunt rotite astfel încât să se obțină o structură mai simplă și mai interpretabilă a datelor. Watts & Stenner (2005) descriu mai multe criterii pentru selectarea numărului de componente ce ar trebui păstrate: *inter alia*, cantitatea de variabilitate explicată, *eigenvalue*-uri mai mari de un nivel-prag specificat *a priori* și o soluție de compromis între complexitate și interpretabilitate. În studiul de față, decizia selectării numărului de factori nu a fost una dificilă, fiind informată atât de interpretabilitate, cât și de criteriile tradiționale: mai multe sortări Q au încărcări mari pe fiecare dintre factori, toți factorii au *eigenvalue*-uri peste 2, iar procentul minim de variabilitate explicat de un factor este de 13%. Am optat pentru aplicarea unei rotații Varimax, care este, de asemenea, cea mai utilizată în studiile cu metodologie Q.

A doua etapă a analizei presupuse de metodologia Q este și cea mai specifică pentru aceasta. În primul rând, sunt marcate acele sortări care vor defini fiecare dintre factori. Scopul marcării este de a obține cele mai bine diferențiate perspective. Astfel, doar cele mai reprezentative sortări Q pentru fiecare factor vor fi marcate, ceea ce înseamnă, de asemenea, că doar acestea vor fi utilizate în calculele următoare. Marcarea automată a afirmațiilor este cea mai utilizată în *software*-urile moderne și se bazează pe două criterii: dacă încărcările pe factor sunt suficient de mari (pragul de semnificație de $p < .05$) și dacă pătratul încărcării pe factor este mai mare decât suma pătratelor încărcărilor pe toți ceilalți factori. În al doilea rând, se calculează scorurile afirmațiilor pentru fiecare factor: scoruri z și scoruri la factor. Scorurile z indică relația dintre afirmații și factori (cât de mult corespunde fiecare factor cu afirmația), fiind o medie ponderată a scorurilor date de sorturile Q marcate pentru fiecare dintre afirmații. Scorurile la factori sunt obținute prin rotunjirea scorurilor z în direcția matricei valorilor discrete din grilă (în cazul de față, grila cvasinormală). La finalul analizei se obțin factorii, fiecare dintre ei reprezentând o perspectivă, iar fiecare perspectivă reprezentând o sortare Q ipotetică, reconstruită din scorurile la factori. Pentru compararea factorilor, se utilizează: numărul de sortări Q marcate, fidelitatea compozită și eroarea standard a scorurilor factorilor. Din motive de spațiu, o parte dintre acestea vor fi omise din secțiunea de

rezultate. Toate analizele din acest studiu au fost realizate cu ajutorul mediului computațional de statistică R (R Core Team, 2016), utilizând librăriile *qmethod* (Zabala, 2014), *psych* (Revelle, 2018) și *irr* (Gamer *et al.*, 2012).

3. REZULTATE

Conform celor prezentate în subcapitolul anterior, analiza specifică metodologiei Q a vizat extragerea perspectivelor asupra celor 12 afirmații din TASC-r. Perspectivile aparțin celor 5 factori pe care am decis să-i extragem după inspectarea mai multor soluții. Astfel, au fost calculate încărcările pe factor a fiecăreia dintre cele 20 de sortări Q (aparținând celor 20 de subiecți), împreună cu marcarea lor, pentru a defini factorii aferenți în etapele următoare.

Sortările marcate pentru fiecare factor vor fi prezentate în ceea ce urmează. Sortările pentru Factorul 1: 9, 10, 11, 12, 13, 14. Sortările pentru Factorul 2: 1, 3, 15, 18, 19. Sortările pentru Factorul 3: 4, 16, 17. Sortările pentru Factorul 4: 2, 5, 8. Sortările pentru Factorul 5: 6, 7, 20.

Tabelul nr. 1

Caracteristici generale ale factorilor derivați

Factor	Coef. mediu de fidelitate	Nr. încărcări	Eigenvalue	Proc. varianță explicată	Fidelitate compozită	SE scoruri factori
Factor 1	0.8	6	4.5	23	0.96	0.20
Factor 2	0.8	5	3.7	18	0.95	0.22
Factor 3	0.8	3	3.4	17	0.92	0.28
Factor 4	0.8	3	2.9	14	0.92	0.28
Factor 5	0.8	3	2.6	13	0.92	0.28

Din punctul de vedere al asemănării dintre factori, Factorul 1 împarte unele similarități în termeni de decizie a sortării cu Factorul 2, Factorul 3 și Factorul 5. În rest, mai există similarități între Factorul 2 și Factorul 5. Cu toate acestea, similaritățile nu sunt deloc mari.

Pentru a analiza ce anume diferențiază factorii și rolul pe care îl joacă fiecare dintre afirmații în această diferențiere, a fost condusă o analiză asupra afirmațiilor de diferențiere și de consens între perechile de factori prin compararea scorurilor *z* (neprezentate aici). Din această analiză se poate vedea că Factorul 2 se distinge prin intermediul afirmațiilor 1, 2, 6 și 9, în timp ce Factorul 3 este distins de afirmațiile 3, 8 și 9. Afirmațiile 5 și 12 ajută la distingerea factorilor 4 și 5, iar restul afirmațiilor diferențiază Factorul 1 de ceilalți factori.

Tabelul nr. 2

Fiecare afirmație și locul său pe grila sortărilor Q ipotetice (perspectivele fiecărui factor)

Afirmații/Itemi	F1	F2	F3	F4	F5
1. Îmi place să petrec timp cu psihologul meu.	2	0	1	1	2
2. Mi se pare greu să lucrez cu psihologul la rezolvarea problemelor din viața mea.	-1	0	-1	-1	-2
3. Mi se pare că psihologul meu este de partea mea și încearcă să mă ajute.	1	0	-2	0	1
4. Lucrez împreună cu psihologul meu la rezolvarea problemelor mele.	1	0	0	1	0
5. Atunci când sunt împreună cu psihologul, îmi doresc ca ședința să se termine cât mai repede.	-1	-1	-1	-2	1
6. De abia aștept să mă întâlnesc cu psihologul meu.	0	2	-1	1	1
7. Mi se pare că psihologul stă prea mult timp să se ocupe de problemele mele.	0	-1	0	0	-1
8. Prefer să fac alte lucruri decât să mă văd cu psihologul.	-2	-2	1	0	-1
9. Folosesc timpul petrecut cu psihologul pentru a face schimbări în viața mea.	0	1	2	-1	0
10. Îmi place psihologul meu.	1	1	1	-1	0
11. Aș prefera mai degrabă să nu mai lucrez la problemele mele împreună cu psihologul.	-1	-1	0	0	-1
12. Cred că eu și psihologul meu lucrăm bine împreună atunci când rezolvăm problemele mele.	0	1	0	2	0

Perspectivile au fost denumite astfel încât să nu se facă o confuzie între acestea și tipurile de atașament, în felul următor: perspectiva 1 – compliantă, datorită faptului că itemii cu relevanță în lucrul efectiv cu terapeutul au primit scoruri mari; perspectiva 2 – călduroasă, deoarece sugerează afecțiune și deschidere din partea copilului; perspectiva 3 – ambivalentă, din cauza ezitării și a nehotărârii; perspectiva 4 – preocupată, care descrie un profil atent la părerea celorlalți; și care nu dorește să deranjeze sau să supere terapeutul cu răspunsurile lui și, la final, perspectiva 5 – care descrie un tipar confuz, neîncrezător.

În cazul studiului de față, în afara factorilor derivați prin metodologia Q și sortările care îi definesc, alte variabile importante sunt tipul de atașament și magnitudinea diferenței dintre evaluarea copilului și cea a terapeutului, în ceea ce privește relația terapeutică dintre ei. Din păcate, ASCQ, la fel ca majoritatea instrumentelor autodeclarative de atașament, nu permite categorizarea copiilor în funcție de diferitele tipuri de atașament, ci permite doar o evaluare dimensională a domeniilor atașamentului sigur, a celui anxios și a celui evitant. Din scorurile la atașamentul anxios și evitant, am derivat un scor compozit pentru atașament insecurizant, însă nu există vreo modalitate de comparație, încât să se poată stabili dacă un copil poate fi încadrat cu certitudine într-un tipar de atașament securizant sau insecurizant. Din acest motiv, analizele ce înglobează variabile legate de atașament vor fi, în esență, corelaționale.

Magnitudinea diferenței dintre evaluarea copilului și cea a terapeutului în ceea ce privește relația terapeutică dintre ei a fost calculată prin distanța euclidiană (diferența în modul) dintre scorurile copiilor și cele ale terapeutului la varianta psihometrică a TASC-r. Varianta psihometrică a chestionarului presupune că itemii contribuie în mod egal la înțelegerea constructului și măsurarea lui. Prin intermediul sortărilor specifice metodologiei Q, dorim să investigăm cum perspective cvasiunice asupra acestor itemi pot spune o poveste mai nuanțată, care poate să explice de ce ar varia evaluarea terapeutului de cea a copilului la acest chestionar.

Astfel, în ceea ce urmează, vom prezenta grafic relația dintre scorurile aferente sortărilor marcate pentru a defini cei cinci factori și restul variabilelor de interes pentru studiu.

Toți cei cinci factori prezintă niveluri satisfăcătoare ale atașamentului securizant, deoarece majoritatea copiilor din eșantion au înregistrat scoruri relativ înalte pentru copii instituționalizați. Cu toate acestea, Factorul 5 se remarcă prin nivelul net superior la acest capitol, fiind urmat de Factorul 1. La atașament anxios, cele mai ridicate nivele sunt asociate Factorului 3, respectiv 4. Diferențele dintre aceștia și Factorii 1 și 2 sunt mari, după cum prezintă tabelul cu valori ale mărimilor efectului, însă nu dorim să ne hazardăm, conducând comparații repetate (chiar și cu ajustare pentru numărul de comparații), deoarece cu un eșantion atât de scăzut, diferențele semnificative pot fi înșelătoare, chiar dacă ar apărea.

Tabelul nr. 3

Medii, abateri standard și valori d cu interval de încredere pentru Atașament Anxios

	M	SD	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Factor 1	14.17	4.26				
Factor 2	13.60	1.14	- [-, -]			
Factor 3	21.67	2.52	1.95 [0.20, 3.62]	4.67 [1.69, 7.59]		
Factor 4	18.00	3.46	0.95 [-0.55, 2.39]	1.99 [0.14, 3.75]	1.21 [-0.64, 2.95]	
Factor 5	13.33	1.53	0.23 [-1.17, 1.61]	0.21 [-1.24, 1.64]	4.00 [0.86, 7.07]	1.74 [-0.30, 3.66]

Notă: Valorile lui d sunt estimate pe baza Borenstein *et al.* (2009) și nu ar fi prezente în cazul în care ar exista varianță inegală. În paranteze pătrate sunt CI de 95%.

La atașament evitant, cele mai ridicate niveluri sunt asociate Factorului 5, urmat de 4. Diferențele între Factorul 5 și Factorii 1 și 2 sunt foarte mari, însă, din nou, nu vom pune accent pe diferențe semnificative statistic, datorită eșantionului mult prea mic pentru a le legitima.

Astfel, nesurprinzător, nivelurile crescute de atașament insecurizant se grupează în doar trei factori: Factorul 4, Factorul 3 și Factorul 5.

Tabelul nr. 4

Medii, abateri standard și valori d cu interval de încredere pentru Atașament Evitant

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Factor 1	14.33	2.07				
Factor 2	14.60	1.14	0.16 [-1.04, 1.34]			
Factor 3	13.67	3.51	0.26 [-1.14, 1.64]	0.42 [-1.05, 1.85]		
Factor 4	17.67	3.79	1.25 [-0.32, 2.74]	1.29 [-0.35, 2.85]	1.10 [-0.72, 2.80]	
Factor 5	20.00	4.00	2.05 [0.27, 3.75]	2.17 [0.25, 3.99]	1.68 [-0.34, 3.57]	0.60 [-1.08, 2.22]

Notă: Valorile lui d sunt estimate pe baza Borenstein *et al.* (2009) și nu ar fi prezente în cazul în care ar exista varianță inegală. În paranteze pătrate sunt CI de 95%.

În continuare, vom analiza modul în care se asociază factorii derivați cu magnitudinea diferenței dintre evaluarea copilului și cea a terapeutului, în ceea ce privește relația terapeutică dintre ei. Trebuie precizat din start că potrivirea dintre evaluările copiilor cu cele ale terapeutului este foarte mare. Kappa al lui Cohen pentru fidelitatea interevaluator (utilizând ponderi pătratice) a fost de .899 ($z=4.04$, $p<.001$). Speculăm că această potrivire mare ar putea fi legată de faptul că în șase ședințe cu acești copii, care raportează totuși niveluri bune de atașament securizant, se ajunge la un acordaj în ceea ce privește obiectivele lor de la relația cu terapeutul. Desigur, variabilitatea relativ scăzută din magnitudinea diferențelor dintre evaluări poate obscura unele relații importante ce ar fi putut fi surprinse prin acest studiu.

Tabelul nr. 5

Medii, abateri standard și valori d cu interval de încredere pentru Distanța euclidiană dintre evaluarea Copilului și cea a Terapeutului

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Factor 1	3.17	1.47				
Factor 2	2.40	1.14	0.57 [-0.66, 1.77]			
Factor 3	0.67	1.15	1.80 [0.09, 3.42]	1.51 [-0.19, 3.13]		
Factor 4	2.33	2.08	0.50 [-0.93, 1.89]	0.04 [-1.39, 1.47]	0.99 [-0.79, 2.67]	
Factor 5	3.67	2.31	0.29 [-1.12, 1.67]	0.78 [-0.74, 2.24]	1.64 [-0.36, 3.52]	0.61 [-1.08, 2.22]

Notă: Valorile lui d sunt estimate pe baza Borenstein *et al.* (2009) și nu ar fi prezente în cazul în care ar exista varianță inegală. În paranteze pătrate sunt CI de 95%.

Tabelul nr. 6

Medii, abateri standard și corelații între magnitudinea Diferenței dintre evaluările
Terapeutului și cele ale Copilului și atașamentul copilului

Variabila	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6
1.A. Securizant	19.15	3.82						
2.A. Anxios	15.60	4.06	-.16 [-.56, .30]					
3.A. Evitant	15.65	3.31	.30 [-.16, .66]	-.15 [-.56, .31]				
4.A. Insecurizant	15.62	2.42	.07 [-.38, .50]	.74** [.43, .89]	.56* [.15, .80]			
5.RT Terapeut	48.80	6.24	.01 [-.43, .45]	-.21 [-.60, .26]	-.07 [-.50, .38]	-.22 [-.60, .24]		
6.RT Copil	49.05	6.98	.03 [-.42, .47]	-.11 [-.52, .35]	-.11 [-.52, .35]	-.16 [-.56, .30]	.90** [.75, .96]	
7. RT Copil – RT Terapeut	2.55	1.70	.07 [-.39, .50]	-.46* [-.75, - .02]	.49* [.07, .77]	-.05 [-.48, .40]	-.04 [-.48, .41]	-.03 [-.47, .42]

Notă: Parantezele pătrate indică CI de 95% pentru corelații. * indică $p < .05$. ** indică $p < .01$.

Tabelul nr. 7

Rezultatele analizei de regresie liniară având ca criteriu Distanța euclidiană
dintre evaluările Copilului și cele ale Terapeutului

Predictor	<i>b</i>	<i>b</i> 95% CI	sr^2	sr^2 95% CI	Fit
(Intercept)	3.17**	[1.78, 4.55]			$R^2 = .308$
Factor 2	-0.77	[-2.82, 1.29]	.03	[-.09, .15]	95% CI[.00,.48]
Factor 3	-2.50*	[-4.90, -0.10]	.23	[-.08, .54]	
Factor 4	-0.83	[-3.23, 1.57]	.03	[-.09, .14]	
Factor 5	0.50	[-1.90, 2.90]	.01	[-.06, .08]	

Notă: sr^2 reprezintă corelația semiparțială. * indică $p < .05$. ** indică $p < .01$.

Bazat doar pe factorii derivați din metodologia Q, am putut explica 31% din varianța discrepantei dintre evaluările copilului și cele ale terapeutului, însă, singurul nivel semnificativ al variabilei categoricale a fost Factorul 3, care prezice o descreștere marcantă în acordul dintre terapeut și copil, în ceea ce privește relația dintre ei. Este important de menționat că niciun model care utilizează ca predictori scorurile copilului și terapeutului la TASC-r și scorurile la scalele de atașament nu atinge acest prag de predicție.

4. CONCLUZII

Studiul de față a încercat, în premieră, să utilizeze metodologia Q pentru a grupa cu sens perspective subiective asupra relației terapeutice și să explice magnitudinea diferenței dintre evaluările terapeutului și cele ale copilului. S-a observat că o perspectivă „ambivalentă” (Factorul 3), asociată cu un tipar anxios, conduce la scoruri mici, atât din partea copilului, cât și a terapeutului, ei evaluând, probabil, mai acurat o relație terapeutică problematică și acordând cele mai scăzute scoruri de ambele părți, ceea ce a condus la discrepanțe foarte mici între evaluările lor. O altă perspectivă, „preocupată” (Factorul 4), consistent asociată cu un atașament insecurizant (atât anxios, cât și evitant, de această dată), a prezentat, de asemenea, diferențe relativ mici între evaluarea copiilor și cea a terapeutului, probabil dintr-un motiv similar cu precedentul. În acest caz, copiii au acordat scoruri mai mari decât terapeutul, ceea ce a condus la diferențe mai mari decât în cazul precedent. Magnitudini similare ale diferenței dintre evaluări au fost găsite pentru perspectiva „călduroasă” (Factor 2), care nu are nici *pattern* pe întreg securizant, dar nici insecurizant, ci pare echilibrat într-un sens. Aici, atât terapeutul, cât și copilul au dat scoruri foarte crescute la relația terapeutică, dar au existat, totuși, diferențe între evaluările lor. O perspectivă diferită de cea anterioară, „compliantă” (Factor 1), dar care se asociază cu un *pattern* asemănător de echilibru, însă, cu scoruri mai mici la atașamentul evitant și mai mari la cel securizant, a condus la magnitudini mari ale discrepanței dintre evaluarea terapeutului și cea a copilului. Acest lucru pare surprinzător, dar, când au fost consultate diferențele, s-a constatat că acești copii acordau scoruri consistent mai mari decât terapeutul, ceea ce ne conduce să speculăm că atașamentul lor securizant și lipsa tendințelor evitante îi face să supraestimeze relația, în comparație cu terapeutul. Ultima perspectivă, „neîncrezătoare” (Factor 5), este probabil cea mai neașteptată, deoarece este asociată cu un *pattern* definit de scoruri mari, atât la atașamentul securizant, cât și la cel insecurizant, și conduce la cele mai mari discrepanțe între evaluările terapeutului și cele ale copilului. Această perspectivă se asociază cu atașament securizant crescut, dar și cu note marcante de atașament evitant, ceea ce conduce la o supraestimare consistentă a evaluărilor terapeutului, în comparație cu copiii. Speculăm că acest grup de copii mimează o relație terapeutică sănătoasă (pe care, fără îndoială, că și-o pot dori), însă, rămân rezervați în sinea lor, iar terapeutul, indiferent de nivelul său de conștientizare a acestui lucru, suprainvestește relația pe care a putut s-o formeze.

Primit în redacție la: 8.04.2021

BIBLIOGRAFIE

1. AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M.C., WATERS, E. & WALL, S., *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.
2. BORENSTEIN, M., COOPER, H., HEDGES, L. & VALENTINE, J., *Effect sizes for continuous data*, in COOPER, H., HEDGES, L.V., & VALENTINE, J.C., *The handbook of research synthesis and meta-analysis*, **2**, 2009, p. 221–35.
3. BOWLBY, J., *A secure Base*, Routledge Classics Edition, 1988.
4. BOWLBY, J., *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*, New York: Basic Books, 1980.
5. CREED, T.A. & KENDALL, P.C., *Therapist Alliance-Building Behavior Within a Cognitive-Behavioral Treatment for Anxiety in Youth*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **73**, 3, 2005, p. 498–505.
6. DIGIUSEPPE, R., LINSKOTT, J. & JILTON, R., *Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy*, *Applied and Preventive Psychology*, **5**, 2, 1996, p. 85–100.
7. ELLINGSEN, I.T., SHEMMINGS, D. & STØRKSEN, I., *The concept of 'family' among Norwegian adolescents in long-term foster care*, *Child and Adolescent Social Work Journal*, **28**, 4, 2011, p. 301–18.
8. ELLINGSEN, I.T., THORSEN, A.A. & STØRKSEN, I., *Revealing children's experiences and emotions through Q methodology*, *Child Development Research*, **6**, 2014, p. 198.
9. FINZI, R., COHEN, O., SAPIR, Y. & WEIZMAN, A., *Attachment styles in maltreated children: A comparative study*, *Child Psychiatry and Human Development*, **31**, 2, 2000, p. 113–28.
10. FINZI, R., HAR-EVEN, D., SHNIT, D. & WEIZMAN, A., *Psychosocial characterization of physically abused children from low socioeconomic households in comparison to neglected and nonmaltreated children*, *Journal of Child and Family Studies*, **11**, 4, 2002, p. 441–53.
11. FINZI, R., HAR-EVEN, D., WEIZMAN, A., TYANO, S. & SHNIT, D., *The adaptation of the attachment styles questionnaire for latency-aged children*, *Israel Journal of Psychology*, **5**, 2, 1996, p. 167–77.
12. FINZI-DOTTAN, R., MANOR, I. & TYANO, S., *ADHD, temperament, and parental style as predictors of the child's attachment patterns*, *Child Psychiatry and Human Development*, **37**, 2, 2006, p. 103–14.
13. FROST, N.A. & SHAW, R.L., *Evolving Mixed and Multimethod Approaches in Psychology*, in HESSE-BIBER, S.N. & JOHNSON, R.B. (Eds.), *The Oxford handbook of multimethod and mixed methods research inquiry*, Oxford University Press, 2015, p. 375–92.
14. GAMER, M., J. LEMON, I. FELLOWS & P. SINGH, *irr: Various coefficients of interrater reliability and agreement*, 2012, preluat de la: <https://CRAN.R-project.org/package=irr>.
15. HORVATH, A.O. & LUBORSKY, L., *The role of the therapeutic alliance in psychotherapy*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **61**, 4, 1993, p. 561.
16. KOOLE, S.L. & TSCHACHER, W., *Synchrony in psychotherapy: A review and an integrative framework for the therapeutic alliance*, *Frontiers in Psychology*, **7**, 2016, p. 862.
17. LEIBOVICH, L., MCCARTHY, K.S. & ZILCHA-MANO, S., *How do supportive techniques bring about therapeutic change: The role of therapeutic alliance as a potential mediator*, *Psychotherapy*, **57**, 2, 2020, p. 151–9.
18. MARZIALI, E. & ALEXANDER, L., *The power of the therapeutic relationship*, *American Journal of Orthopsychiatry*, **61**, 3, 1991, p. 383–91.
19. NIENHUIS, J.B., OWEN, J., VALENTINE, J.C., WINKELJOHN BLACK, S., HALFORD, T.C., PARAZAK, S.E., ... & HILSENROTH, M., *Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review*, *Psychotherapy Research*, **28**, 4, 2018, p. 593–605.
20. ORMHAUG, S.M., SHIRK, S.R. & WENTZEL-LARSEN, T., *Therapist and client perspectives on the alliance in the treatment of traumatized adolescents*, *European Journal of Psychotraumatology*, **6**, 1, 2015, 27705.

21. R CORE TEAM, *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Austria: Vienna, 2016, preluat de la: <https://www.R-project.org>.
22. REVELLE, W., *psych: Procedures for Personality and Psychological Research*, Illinois: Evanston, 2018, preluat de la: <https://CRAN.R-project.org/package=psych>.
23. SHINEBOURNE, P., & ADAMS, M., *Therapists' under standings and experiences of working with clients with problems of addiction: A pilot study using Q methodology*, Counseling and Psychotherapy Research, **7**, 4, 2007, p. 211–19.
24. SHIRK, S.R. & SAIZ, C.C., *Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relation ship in child psychotherapy*, Development and Psychopathology, **4**, 4, 1992, p.713–28.
25. THOMAS, G. & BIFULCO, A., *Understanding adult attachment in family relation ships: Research, assessment and intervention*, Routledge, 2012.
26. WATTS, S. & STENNER, P., *The subjective experience of partner shiplove: A Q methodological study*, British Journal of Social Psychology, **44**, 1, 2005, p. 85–107.
27. ZABALA, A., *q method: A Package to Explore Human Perspectives Using Q Methodology*, R. Journal, **6**, 2, 2014, p. 163–73.

REZUMAT

Relația terapeutică a fost corelată în mod consistent cu rezultatele pozitive din cadrul terapiei. Există relativ puține studii care examinează procesul psihoterapeutic la copii, însă, cercetarea sugerează că percepția clientului tinde să prezică mai bine efectele comparativ cu percepția terapeutului, atât la adulți, cât și la copii. Însă, prin evaluarea psihometrică a relației terapeutice, se elimină prin abstractizare perspectivele preferențiale ale clienților. Studiul de față propune explorarea acestor perspective subiective cu ajutorul unei metodologii mixte, metodologia Q și utilizarea rezultatelor acesteia pentru a răspunde unor întrebări cantitative despre relația dintre stilurile de atașament și calitatea percepută a relației terapeutice la un grup echilibrat din punct de vedere al genului, de 20 de copii instituționalizați. Studiul relevă tipare de perspective subiective asociate cu diferențe individuale în stilul de atașament ce pot fi folosite pentru a prezice discrepanțele dintre evaluările copiilor și terapeuților cu privire la relația terapeutică.

