

Zbigniew Wajda, Marta Makara-Studzińska

PRZYWIĄZANIE W PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ. CZĘŚĆ 2. PRZEGLĄD BADAŃ EMPIRYCZNYCH

ATTACHMENT IN GROUP PSYCHOTHERAPY. PART 2. EMPIRICAL RESEARCH

Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Psychologii Zdrowia, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

**group psychotherapy
attachment theory**

Streszczenie

Artykuł przedstawia przegląd badań empirycznych, w których zmienną był styl przywiązania w kontekście psychoterapii grupowej. Uwzględniono zagadnienia odnoszące się do trzech kwestii: 1) w jaki sposób osoby o określonym stylu przywiązania funkcjonują w grupach?; 2) jak efektywna jest psychoterapia grupowa osób o określonej charakterystyce tworzenia więzi? oraz 3) czy możliwa jest zmiana stylu więzi w efekcie psychoterapii? Badania w tym obszarze są coraz liczniejsze i dają wskazówki zarówno co do stawiania dalszych hipotez i planów badawczych, jak również do konkretnej praktyki diagnostycznej i terapeutycznej. Pokazały między innymi, że styl przywiązania był predyktorem ukończenia terapii u pacjentów z zaburzeniami odżywiania, unikający styl więzi korelował z mniejszym ujawnianiem siebie w grupie oraz większym prawdopodobieństwem drop-outu w grupach zadaniowych, wzrost spójności grupowej sprzyjał pozytywnym rezultatom terapii u pacjentów z napadowym objadaniem się prezentującym duży poziom niepokoju w relacjach przywiązania, a klimat grupowy okazał się moderatorem między stylami więzi a efektami psychoterapii grupowej u pacjentów z różnymi diagnozami psychiatrycznymi. Tekst stanowi drugą część całości, pierwsza dotyczyła teoretycznych implikacji koncepcji przywiązania do psychoterapii grupowej.

Summary

The article presents a review of empirical research on attachment styles in the context of group psychotherapy. This review includes issues related to three main points: 1) how do participants with a particular attachment style function in groups?; 2) how effective is group psychotherapy for participants with a specific attachment style or dimension? and 3) is it possible to change the style of bonding as a result of psychotherapy? Research in this area is growing and provides us both further research hypotheses and guidance for specific diagnostic and therapeutic practice. For example, according to research, attachment style turns out to be a predictor of completing therapy by patients with eating disorders, avoiding attachment style is associated with less self-disclosure during the group psychotherapy and a greater probability of drop-out in tasks groups, increased group cohesion is associated with the effectiveness of group psychotherapy in participants suffering from eating disorder with high levels of anxiety in attachment relations, and the group climate turned out to be a moderator between attachment styles and the effects of group psychotherapy in patients with different diagnoses. This text is the second part of the article, the first part concerned the theoretical implications of the attachment theory to group psychotherapy.

Wstęp

Obserwacja i rozumienie procesów grupowych jest ważną częścią psychoterapii, gdyż pomaga w odpowiednim leczeniu, dostosowaniu bieżących technik terapeutycznych i osiągnięciu zamierzonych rezultatów. Do badań nad psychoterapią grupową stosunkowo od niedawna włączana jest perspektywa teorii przywiązania, czego aspekty teoretyczne zostały omówione w pierwszej części niniejszego artykułu. W niniejszej części dokonano przeglądu badań empirycznych, obejmujących dwa obszary: sposób funkcjonowania w grupie uczestników o określonym stylu więzi oraz efektywność psychoterapii grupowej w kontekście stylów przywiązania. Prowadzenie badań empirycznych w tym zakresie jest stosunkowo trudne z metodologicznego punktu widzenia i wymaga od badacza uwzględnienia bardzo szerokiego wachlarza zmiennych.

Styl przywiązania a funkcjonowanie w grupie

Z punktu widzenia osoby zainteresowanej psychoterapią grupową jednym z ważniejszych pytań jest, w jaki sposób styl przywiązania członka grupy może odzwierciedlać się w jego funkcjonowaniu grupowym. Tą kwestią zajęli się m.in. Rom i Mikulincer [1], przeprowadzając serię czterech badań, w których odwołali się do koncepcji przywiązania jako ramy teoretycznej w rozumieniu indywidualnych różnic poznawczych, afektywnych i behawioralnych, związanych z nastawieniem wobec grupy zadaniowej i funkcjonowaniem w niej. Przyglądali się, czy i w jaki sposób styl przywiązania w bliskich związkach w dorosłości może odzwierciedlać się w ocenie grupy, emocjach, wspomnieniach, efektywności wykonywania zadań grupowych oraz spójności grupowej. W trzech pierwszych badaniach do oceny stylu przywiązania użyli specjalnie skonstruowanego przez Mikulincera, Florianiana i Tolmacza [2] kwestionariusza, a w czwartym szeroko znanego *Experience in Close Relationship*¹ (ECR) [3]. Na podstawie powyższych badań, autorzy sformułowali następujące wnioski:

U osób z dużym poziomem niepokoju w relacji przywiązania:

1. Występuje negatywny obraz siebie jako członków grupy, co jest bezpośrednio związane z reprezentacją siebie jako niewrażliwych, niewartościowych i mało pomocnych.
2. Interakcje grupowe oceniane są jako zagrażające, co wynika z tendencji do widzenia relacji z innymi jako zagrażających.
3. Negatywne reakcje emocjonalne wobec grupy są odzwierciedleniem wewnętrznego świata (wewnętrznych modeli).
4. Celem jest nawiązanie bezpiecznej więzi w interakcjach grupowych, co obniża instrumentalne funkcjonowanie (udzielanie się) przy wykonywaniu zadań grupowych. Wskazuje to na ciągłe poszukiwanie źródeł zewnętrznego wsparcia przez osoby z dużym poziomem niepokoju, a w konsekwencji osłabia bezpośrednią gotowość do aktywności związanych z wykonaniem określonego działania.

Z kolei osoby z wysokim poziomem unikania w relacji przywiązania:

¹ Opisane narzędzia bazowały na tych samych dwóch wymiarach więzi: niepokoju i unikania w relacjach przywiązania, a badania pokazały ich wysoką korelację dla wymiaru niepokoju — 82, a dla wymiaru unikania — 83.

1. Mają negatywny obraz pozostałych członków grupy.
2. Pomniejszają ewentualne korzyści płynące z grupowych interakcji.
3. Słabo angażują się w zacieśnianie więzi grupowych (budowanie bliskości) i konsensusu w grupie. Ich celem jest utrzymanie dystansu oraz samodzielności w grupie.
4. W grupach zadaniowych tłumią negatywne myśli dotyczące grupy oraz negatywne emocje związane z grupą i w związku z tym utrzymują wysoki poziom koncentracji na aktualnym zadaniu.

W trakcie badań zaobserwowano, że spójność grupowa wpływa pozytywnie na funkcjonowanie uczestników wykazujących niepokój w relacjach przywiązania, a negatywnie na osoby unikające.

Należy jednak zwrócić uwagę, że badania Roma i Mikulincera [1] zostały przeprowadzone na osobach niebędących członkami grup psychoterapeutycznych, a zadaniowych, co rodzi pytanie o możliwość transpozycji wyników na grunt psychoterapeutyczny. Odpowiedź mogą przynieść badania przeprowadzone przez Tascę i wsp. [4] w grupie terapeutycznej dla pacjentów z napadowym objadaniem się. Badacze wykazali, że pacjenci z lękowym stylem przywiązania mierzonym za pomocą *Attachment Styles Questionnaire* (ASQ) [5], a więc tacy, którzy są zaabsorbowani lękiem przed byciem opuszczonym, pracują lepiej w grupach opartych na spójności i skoncentrowanych na emocjach, niż w grupach silnie strukturyzowanych, kładących nacisk na ćwiczenia poznawcze. Pacjenci o stylu unikającym z kolei częściej wypadali z terapii grupowej, czując presję innych (w tym terapeutów) do pozostania w większej zażyłości z grupą. Spójność okazała się też predyktorem pozytywnych efektów terapeutycznych dla osób o lękowym stylu przywiązania, natomiast nie zanotowano takiej predykcji u badanych o stylu unikającym. Osoby lękowe częściej przeżywały klimat grupowy jako konfliktowy, ale pomimo tego odnosiły korzyści z terapii, w której podstawowym elementem są relacje interpersonalne i społeczne uczenie się.

Również Tascę za swoimi współpracownikami [6] porównywał zmiany w klimacie grupowym na początkowym etapie terapii w grupowej terapii poznawczo-behawioralnej (GCBT) oraz grupowej psychoterapii psychodynamiczno-interpersonalnej (GPIP) dla kobiet z rozpoznaniem napadowego objadania się. Autorzy postawili hipotezę, że pozytywny klimat grupowy może być mediatorem zmiany między stylem przywiązania badanym ASQ [5] i efektami terapii. Wyniki pokazały brak ogólnych istotnych różnic w rozwoju klimatu grupowego GCBT vs. GPIP. W GPIP zmiana faz była odzwierciedlana poprzez przeplatanie się załamania i odbudowy zaangażowania w grupę, natomiast w GCBT wzrost trzech składników: zaangażowania, unikania i konfliktu był linearny. Co ważne, jak przypuszczali autorzy, zaangażowanie w grupę okazało się mediatorem wyników terapii u osób o lękowym stylu więzi.

Tascę i wsp. [7], porównując krótkoterminową terapię GPIP oraz GCBT dla kobiet z napadowym objadaniem się, odkryli również, że u osób z wysokim poziomem niepokoju w relacjach (badanym ASQ [5]), potrzeba więzi interpersonalnych w badanej grupie rosła z sesji na sesję, co wskazuje na duże potrzeby w tym zakresie. Ponadto badania wykazały, że osoby z tendencjami do unikania w relacjach przywiązania znacznie częściej wypadały z leczenia grupowego, częściej też ich przymierze terapeutyczne malało z sesji na sesję.

Z kolei Gallagher i wsp. [8] w dwóch badaniach analizowali związki między stylem przywiązania (badanym za pomocą ASQ), spójnością grupową, uczeniem się interpersonalnym oraz wynikami psychoterapii, badając kobiety (N = 102) z rozpoznaniem napadowego objadania się, uczestniczące w psychodynamiczno-interpersonalnej psychoterapii grupowej, przez 16 tygodni (grupy liczyły od 8 do 10 osób, sesje trwały 90 minut 1x w tygodniu).

Pierwsze z tych badań dotyczyło współzależności między rozwojem spójności grupowej, poziomem lękowego stylu przywiązania, częstością napadów objadania, nasileniem symptomów depresyjnych i poczuciem własnej wartości u osób badanych już po zakończeniu leczenia. Badanie było prowadzone na zasadzie pretest–posttest, a spójność grupową mierzono w każdym tygodniu terapii. W badaniach zastosowano narzędzia samoopisowe. Oczekiwano, że osoby ujawniające więcej niepokoju w relacji przywiązania będą prezentowały większe zaangażowanie w relacje grupowe i że szybciej będzie rosło u nich poczucie spójności z grupą (ponieważ bardzo potrzebują obiektu więzi i dążą do szybkiego zbliżenia się z innymi). Jednakże ta hipoteza nie potwierdziła się — uzyskano wyniki świadczące o tym, że zarówno osoby o niskim, jak i osoby o wysokim poziomie niepokoju w relacjach przywiązania uzyskują podobne wyniki w tym zakresie. Autorzy domniemają, że być może terapeuci nastawieni od samego początku na wzmacnianie spójności grupy podczas stosunkowo krótkiej terapii swoimi interwencjami mogli „znieszkodzić” zachowania związane z uaktywnieniem się stylu przywiązania.

Badania pokazały ponadto, że osoby o wysokim poziomie niepokoju w relacji przywiązania, które ujawniały większą redukcję symptomów zaburzeń odżywiania, ujawniały również szybszy wzrost spójności z grupą. Natomiast u osób z niskim poziomem niepokoju w relacji przywiązania nie zanotowano korelacji między obniżeniem poziomu zaburzeń odżywiania a wzrostem spójności grupowej.

Drugie z badań tych samych autorów [8] dotyczyło korelacji między uczeniem się interpersonalnym w grupie, nasileniem niepokoju w relacji przywiązania oraz wynikami leczenia. Rezultaty wykazały, że pacjentki w trakcie psychoterapii grupowej uzyskały bardziej realistyczny i zarazem bardziej pozytywny obraz własnego funkcjonowania (ocena na podstawie zbieżności kwestionariuszy, jak oceniały się same i jak były oceniane przez inne pacjentki). Autorzy tego badania twierdzą, że jest to efektem uczenia się interpersonalnego w grupie. Ponadto zanotowano współzależność między wyższym poczuciem spójności grupowej u pacjentek a ich wyższą samooceną po ukończeniu terapii, co można rozumieć jako efekt uzyskiwania pozytywnych informacji zwrotnych od innych w spójnym i bezpiecznym środowisku grupowym.

Ciekawe badania dotyczące postaw i przekonań wobec psychoterapii grupowej przeprowadzili Marmarosh i wsp. [9]. Celem ich było: 1) zbadanie związku między stylem przywiązania w bliskich związkach w dorosłości oraz postawami wobec psychoterapii grupowej, a także 2) zbadanie postaw wobec grupy u osób z zaburzeniami i bez zaburzeń, uczestniczących lub nie w psychoterapii grupowej. Badacze postawili hipotezę, że lękowy lub unikający styl przywiązania wszystkich osób badanych, niezależnie od tego, czy stwierdzono u ich zaburzenia czy nie, będzie korelował odwrotnie z postawami wobec psychoterapii grupowej. Tak więc hipoteza ta zakładała, że im niższy poziom niepokoju i unikania będą prezentowały osoby badane, tym postawa wobec psychoterapii grupowej będzie bardziej pozytywna (będą one uważały terapię grupową jako bardziej skuteczną

i prezentowały mniej nieprawdziwych przekonań na temat tego sposobu leczenia) w porównaniu z osobami o większym poziomie niepokoju i unikania.

Badaniu poddano 23 mężczyzn i 40 kobiet z grupy klinicznej oraz 28 osób bez zaburzeń, a do określenia więzi użyto narzędzia *Experiences in Close Relationship Scales* (ECR) [3], natomiast do badania postaw wobec psychoterapii grupowej — *Group Therapy Survey-Revised* (GTS-R) [10]. Badania te tylko częściowo potwierdziły postawione hipotezy. Odkryto korelację między unikaniem w relacji przywiązania a przekonaniem o podatności na zranienie w grupie, natomiast brak było korelacji dotyczących unikania, a wiarą w mity na temat terapii grupowej oraz przekonania o jej skuteczności. Lękowy styl przywiązania nie korelował z przekonaniem na temat efektywności terapii oraz mitami na temat tego typu leczenia, ale co ciekawe, kiedy analizę statystyczną przeprowadzono tylko dla grupy klinicznej, okazało się, że taka korelacja istnieje, jednak odwrotna do zakładanej w hipotezie badawczej, czyli: im większy niepokój w relacji, tym mniej fałszywych przekonań na temat terapii grupowej. Autorzy tekstu wskazują, że trudno jest jednoznacznie interpretować taki wynik, w szczególności przy różnych ograniczeniach metodologicznych opisywanych badań. Potrzebne są dalsze badania, w szczególności dotyczące porównania postaw wobec psychoterapii grupowej z późniejszą skutecznością takiej terapii u uczestników.

Jako konkluzję do tej części tekstu można przytoczyć wnioski sformułowane po badaniach Tasca i i wsp. [7] oraz Tasca i Balfoura [11]. Dla osób o lękowym stylu przywiązania korzystna jest terapia oparta o relacje międzyludzkie, identyfikację potrzeb i wzorów interpersonalnych, a mniej korzystna ustrukturyzowana terapia skoncentrowana na doskonaleniu umiejętności. Osoby takie potrzebują głównie doświadczenia spójności z grupą. Żeby pomóc pacjentowi efektywnie regulować emocje oraz reflektować zachowanie z tym związane terapeuta pracujący z osobą wykazującą niepokój w relacjach interpersonalnych powinien skupić się na przymierzaniu terapeutycznym i obniżaniu napięcia emocjonalnego. Pracując z kolei z osobami unikającymi bliskich relacji przywiązania należy zwrócić szczególną uwagę na proces przygotowania do terapii, przestrzegania norm grupowych oraz zadań w terapii, czyli np.: zastanawiania się nad sobą (autoobserwacji i autorefleksji) oraz ujawnianiem swoich uczuć i spostrzeżeń. Nie chodzi o to, żeby osoby te jak najszybciej otwierały się i zawiązywały głębokie relacje, gdyż to może być zbyt zagrażające i lęko-genne dla nich. Chodzi bardziej o pomoc w regulowaniu emocji poprzez umiejętność ich identyfikowania, reflektowania, jak i zwiększania rozumienia siebie i innych.

Styl przywiązania a efektywność psychoterapii grupowej

Jeśli chodzi o badania dotyczące efektywności psychoterapii grupowej w kontekście stylu przywiązania, to należy wziąć pod uwagę, iż mogą się one odnosić do zazwyczaj badanych parametrów, takich jak nasilenie objawów, samoocena, funkcjonowanie interpersonalne itp., ale mogą również brać pod uwagę jako efekt terapii zmianę w zakresie samego systemu przywiązania. Niektóre z badań obejmują znane podejścia psychoterapeutyczne, np. poznawczo-behawioralne czy psychodynamiczne, natomiast inne odnoszą się do specjalnie przygotowanych procedur terapeutycznych nastawionych na zmianę więzi. Te różne aspekty będą znajdowały odzwierciedlenie w przytoczonych poniżej badaniach.

Tasca i wsp. [4] przeprowadzili randomizowane badania, w których uczestniczyło 135 osób z diagnozą napadowego objadania się, w tym 123 kobiety i 12 mężczyzn. Osoby badane zostały przydzielone do grupy kontrolnej i dwóch typów grup terapeutycznych: grupowej terapii behawioralno-poznawczej (GCBT) oraz psychodynamiczno-interpersonalnej psychoterapii grupowej (GPIP). W obu przypadkach odbyło się 16 sesji terapeutycznych. U uczestników badano styl przywiązania (przy użyciu ASQ), liczbę dziennych napadów objadania, BMI, symptomy depresyjne, problemy w relacjach interpersonalnych, samoocenę oraz przekonania na temat zaburzeń odżywiania. Pomiaru zmiennych dokonano przed rozpoczęciem terapii, na jej końcu oraz 6 i 12 miesięcy po zakończeniu leczenia.

Wyniki pokazały, że te dwa typy terapii grupowej są jednakowo efektywne dla osób z napadowym objadaniem się w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej. Zanotowano natomiast różnice w efektywności, jeśli chodzi o kwestie przywiązania: wyższy poziom niepokoju w relacjach przywiązania korelował z lepszymi efektami GPIP, zaś niższy poziom niepokoju w relacjach był związany z lepszymi efektami GCBT. Ponadto zaobserwowano częstsze wypadnięcia z GCBT uczestników z tendencjami do unikania w relacjach przywiązania. Nie badano, czy zachodzą zmiany w systemie przywiązania.

Zmiany w zakresie przywiązania obserwowali natomiast Lawson i wsp. [12], którzy badali 33 mężczyzn dokonujących aktów przemocy na partnerkach. Mężczyźni ci uczestniczyli w 17-tygodniowej psychoterapii grupowej w nurcie integrującym podejście behawioralno-poznawcze i psychodynamiczne. Oprócz przywiązania badanego za pomocą *Adult Attachment Scale* (AAS) [13], dokonano pomiaru narzędziami kwestionariuszowymi takich aspektów, jak lęk i depresja, funkcjonowanie interpersonalne, satysfakcja życiowa, ogólne funkcjonowanie psychologiczne oraz zachowania przemocowe, a pomiaru dokonano przed i po terapii grupowej. Spośród 33 badanych mężczyzn u 13 styl przywiązania zmienił się z pozabezpiecznego (*insecure*) na bezpieczny, a u 2 ze stylu bezpiecznego zmienił się na pozabezpieczny. Styl przywiązania nie zmienił się: u 12, u których stwierdzono bezpieczny styl przed terapią, i u 6 mężczyzn ze stylem pozabezpiecznym. W związku z tymi zmianami w stylu przywiązania, zanotowano różne efekty psychoterapii dla tych podgrup. I tak: a) w podgrupie osób, u których styl zmienił się z pozabezpiecznego na bezpieczny zanotowano wzrost komfortu w sytuacjach bliskości emocjonalnej z innymi i zależności od nich; badani prezentowali również mniejsze nasilenie lęku i depresji w porównaniu z osobami z pozostałych podgrup; b) osoby, u których styl bezpieczny lub pozabezpieczny nie zmienił się w trakcie terapii, prezentowały wyższy poziom unikania bliskości z innymi.

Należy dodać, że na poziomie całej grupy uzyskano wynik świadczący o zmniejszeniu nasilenia zachowań przemocowych. Autorzy nie opisali technik i treści terapeutycznych wdrażanych w trakcie terapii, ale z kontekstu wynika, że była to terapia nastawiona na zmniejszenie zachowań przemocowych, a nie na zmianę w zakresie przywiązania — stąd można domniemywać, że inne niespecyficzne czynniki wpłynęły na zmianę stylu przywiązania. Badania te nie obejmowały również grupy kontrolnej ani badań po dłuższym okresie od zakończenia leczenia (typu *follow-up*).

Kilmann i wsp. [14] stworzyli specjalny program terapii grupowej dla osób dorosłych, nakierowany na system przywiązania (*attachment-focused group intervention* = AF), a następnie po własnych badaniach rozszerzyli go o moduł podnoszący umiejętności

interpersonalne (*relationship skills-focused group intervention* = RS)². Następnie badacz ten z innymi współpracownikami [15] postanowił sprawdzić działanie terapeutyczne obu modułów AF i RS rozłącznie. Do badań włączono 48 dorosłych osób, u których w badaniu kwestionariuszem *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ) [16] stwierdzono jeden z pozabezpiecznych stylów przywiązania (lękowo-unikający, odrzucający lub zaabsorbowany). Ponadto uczestnicy ci nie byli w związkach małżeńskich i nie mieli dzieci. Uczestników przydzielono do grup terapeutycznych: skoncentrowanej na przywiązaniu (AF), skoncentrowanej na umiejętnościach interpersonalnych (RS) oraz do grupy kontrolnej. Zanotowano następujące wyniki: a) uczestnicy obu terapii AF i RS w badaniu końcowym prezentowali mniej dysfunkcyjnych przekonań na temat związków; b) po terapii uczestnicy terapii AF prezentowali wyższy poziom samooceny i niższy poziom agresywnych reakcji; c) po terapii uczestnicy terapii RS mieli mniej problemów interpersonalnych; d) w badaniu po 15–18 miesiącach uczestnicy z grup AF i RS prezentowali wyższy poziom samooceny, większe zaufanie do innych, większą wiedzę na temat relacji interpersonalnych oraz większą uważność na samych siebie; e) nie zanotowano negatywnych efektów terapii. Badacze konkludują, że część terapii związana z przywiązaniem (AF) może być szczególnie użyteczna dla osób z zaabsorbowanym i lękowym stylem przywiązania, gdyż w wewnętrznych modelach operacyjnych mają one negatywny obraz siebie, a badania wykazały, że ten moduł terapii zwiększa poczucie własnej wartości. Ponadto autorzy wskazują, że opisywana tu terapia była bardzo intensywna, ale jednocześnie ultrakrótkoterminowa (cały cykl terapeutyczny odbył się w 1 weekend), co nie sprzyja powolnemu i solidnemu tworzeniu się zaufania w relacjach grupowych.

Kirchmann i wsp. [17] prowadzili badania w Niemczech obejmujące 289 pacjentów z różnymi rozpoznaniem klinicznymi: zaburzeniami nerwicowymi, osobowości, nastroju i odżywiania. Badani uczestniczyli w psychodynamicznej psychoterapii grupowej w różnych ośrodkach niemieckich. Grupy liczyły od 7 do 11 osób, pracowały w systemie otwartym (tzw. *slow-open*), a średni czas leczenia wynosił 10 tygodni. Wzór/styl przywiązania był mierzony zarówno za pomocą wywiadu (*Adult Attachment Prototype Rating* — AAPR), jak i kwestionariusza samoopisowego (*Bielefeld Questionnaire of Client Expectations* — BQCE). Ponadto zastosowano narzędzia badawcze do opisu czynników terapeutycznych, procesu i klimatu grupowego oraz do pomiaru efektywności terapii. Wyniki badania ujawniły: a) korelację, jednakże słabą, pomiędzy stylem przywiązania a czynnikami terapeutycznymi (np. pomiędzy bezpiecznym stylem przywiązania a klimatem grupowym mierzonym AAPR = 0,18; a BQCE = 0,19); b) najsilniejszą korelację między stylem przywiązania a korzystaniem z uczenia się społecznego w grupie u osób o bezpiecznym stylu więzi, następnie o ambiwalentnym, a najsłabszą w grupie osób o unikającym stylu przywiązania mierzonym za pomocą AAPR; c) odwrotną korelację między ogólnym poziomem symptomów a czynnikami terapeutycznymi: klimatem grupowym ($r = -0,22$) oraz uczeniem się społecznym ($r = -0,14$); d) klimat grupowy jako predyktor efektywności terapii i wyjaśniający 3,6% wariancji zmiennej związanej z symptomami oraz 4% wariancji zmiennej związanej z funkcjonowaniem interpersonalnym; e) bezpieczny styl

² Program ten został szczegółowo opisany w pierwszej części tekstu „Przywiązanie w psychoterapii grupowej. Część 1. Aspekty teoretyczne.” *Psychoter.* 2018, 186(2): 7–17.

przywiązania mierzony osobno przez AAPR oraz BQCE wyjaśniał 5% wariacji zmiennej „klimat grupowy”, jednak razem wyniki tych dwóch miar wyjaśniały 11% zmiennej „klimat grupowy”; f) „klimat grupowy” okazał się ważniejszym czynnikiem terapeutycznym dla osób o ambiwalentnym niż bezpiecznym stylu przywiązania pod względem zmiany objawowej.

W innych badaniach Kirchamnn i wsp. [18] obserwowano zmiany w zakresie przywiązania u 265 pacjentów oddziałów psychiatrycznych leczonych psychoterapią grupową. Porównywano wyniki wstępne z wynikami na końcu terapii (badanie pre-post) i po roku (badanie typu follow-up), a także przebadano grupę kontrolną (260 osób nieleczących się). Do badania przywiązania użyto trzech narzędzi: a) *Bielefeld Partnership Expectations Questionnaire* (BFPE) [19]; b) *Grau's Attachment Questionnaire* (GAQ) [20] oraz c) *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ) [21]. Wykazały one, że tuż po zakończeniu terapii zmiana z pozabezpiecznego stylu więzi na bezpieczny nastąpiła u 20% więcej badanych w porównaniu z grupą kontrolną, a pomiar dokonany rok po terapii wykazał, że taka zmiana była udziałem 25% osób więcej niż w grupie kontrolnej. Jednakże wielkość efektu (*effect size*) dla tej zmiany była raczej niska lub czasami średnia. Należy jednak wziąć pod uwagę różne ograniczenia metodologiczne tych badań, z czego najważniejsze to: różne typy terapii, w których nie monitorowano rodzaju interwencji, bardzo różną diagnozę pacjentów czy niejednorodną grupę kontrolną.

Maxwell i wsp. [22] znaleźli dowody, że pozytywne zmiany w przywiązaniu do grupy mają przełożenie na lepsze funkcjonowanie i zmniejszenie nasilenia objawów depresji rok po zakończeniu terapii (dokładnie zmniejszenie niepokoju w relacjach jest związane ze spadkiem objawów depresyjnych, a zmniejszenie unikania z lepszym funkcjonowaniem społecznym). Te badania potwierdzają wcześniejsze odkrycia Kilmanna i wsp. [14], którzy donosili, że grupowa terapia oparta na koncepcji przywiązania wpływa na lepsze funkcjonowanie interpersonalne i wyższy poziom ufności do ludzi. Według tych badań nawet uczestnicy o bardzo wysokich wynikach na skali niepokoju i unikania odnosili korzyści z terapii grupowej.

Na koniec można przytoczyć analizę terapii grupowej przeprowadzoną przez Marmarosh i Tascę [23], w której brali udział pacjenci z napadowym objadaniem się. Terapia zakładała 16 spotkań raz w tygodniu po 90 minut, a uczestnicy byli badani przed i po zakończeniu terapii pod kątem: indywidualnego stylu więzi (użyto ECR [3]), częstości napadów objadania oraz objawów depresyjnych. Dodatkowo w 4. i 16. tygodniu badano więź z grupą (za pomocą *Social Group Attachment Scale* — SGAS [23]). Znotowano poprawę u leczących się we wszystkich parametrach, tzn.: mniejszą częstość napadów objadania się, mniej symptomów depresyjnych, wzrost przywiązania do grupy oraz mniejsze nasilenie niepokoju i unikania w relacjach przywiązaniowych. Co ciekawe, wzrost więzi z grupą w trakcie terapii korelował ze zmniejszeniem niepokoju i unikania w indywidualnej charakterystyce przywiązania pacjentów, co według autorów tej analizy świadczy o tym, że grupa może stanowić model „bezpiecznej bazy”, a następnie może być internalizowana/generalizowana na inne obszary przywiązaniowe.

Podsumowanie

Podsumowując niniejszy artykuł, można przedstawić kilka ważniejszych wniosków z badań nad stylem przywiązania i psychoterapią grupową:

- styl przywiązania okazał się predyktorem ukończenia terapii u pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Pacjenci o unikającym stylu przywiązania częściej rezygnowali z terapii przed jej ukończeniem [6];
- pacjenci o unikającym stylu przywiązania byli mniej skłonni do ujawniania siebie w grupie, efekty terapii były u nich słabsze, wykazywali się również bardziej negatywnym stosunkiem do innych osób w grupie [1];
- u osób z zaburzeniami odżywiania, które brały udział w psychodynamicznej psychoterapii grupowej, a wykazywały się dużym poziomem niepokoju, a niskim poziomem unikania w relacji przywiązania, zanotowano wzrost przymierza z grupą w trakcie terapii. Tego efektu nie zanotowano w grupach o podejściu behawioralno-poznawczym [4];
- badania na dużej liczbie pacjentów z różnymi diagnozami psychiatrycznymi ujawniły, że klimat grupowy jest moderatorem między stylem przywiązania i efektywnością psychoterapii [17];
- wzrost spójności grupowej okazał się mieć duże znaczenie dla osiągnięcia dobrych rezultatów terapii u pacjentów z napadowym objadaniem się, a wśród nich szczególnie dla osób wykazujących wysoki poziom niepokoju w relacjach przywiązania [6];
- psychoterapia grupowa może być w szczególności ważna dla osób, które wykazują wysoki poziom niepokoju w relacjach przywiązania ze względu na to, że pozwala doświadczyć nowych relacji interpersonalnych, co zarazem usprawnia regulację afektu i umiejętności interpersonalne [7, 11];
- grupa może prawdopodobnie stanowić model „bezpiecznej bazy” dla pacjentów. Zwiększająca się więc z grupą terapeutyczną może być następnie przenoszona na inne — indywidualne — charakterystyki przywiązaniowe [22].

Pomimo rosnącej liczby publikacji, dotyczących możliwości wykorzystania koncepcji przywiązania do rozumienia procesów grupowych i psychoterapii grupowej, nadal wiedza w tym zakresie pozostaje dosyć uboga. Wśród jej ograniczeń można wskazać stosunkowo niewielką liczbę badań w ogóle, brak badań zjawisk przywiązaniowych w grupach o innej modalności niż behawioralno-poznawcza czy psychodynamiczna oraz analogicznie o innej specyfice grupy, np. grupy otwarte vs. zamknięte, krótko- vs. długoterminowe, grupy wsparcia i edukacyjne itd., niewielką liczbę badań nad kolektywnym przywiązaniem grupowym czy przywiązaniem do grupy jako całości, a także roli stylu przywiązania terapeuty grupowego. Za powyższym podąża brak metaanaliz. Osobną kwestią pozostaje metodologia badawcza obejmująca trudności z kontrolowaniem wielu zjawisk zachodzących symultanicznie w grupach, brak dotychczas replikacji badań, a nade wszystko odnoszenie się do różnych submodeli w ramach koncepcji przywiązania, a co za tym idzie — wykorzystywanie różnych narzędzi badawczych.

Piśmiennictwo

1. Rom E, Mikulincer M. Attachment theory and group processes: the association between attachment style and group-related representations, goals, memories, and functioning. *J. Person. Soc. Psychol.* 2003; 84(6): 1220–1235.
2. Mikulincer M, Florian V, Tolmacz R. Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *J. Person. Soc. Psychol.* 1990; 58(2): 273–280.
3. Brennan KA, Clark CL, Shaver P. Self-report measurement of adult attachment. W: Simpson JA, Rholes WA, red. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press; 1998, s. 46–76.
4. Tasca GA, Ritchie K, Conrad G, Balfour L, Gayton, J, Daigle V, Bissada H. Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for Binge Eating Disorder: an aptitude by treatment interaction. *Psychother. Res.* 2006; 16(4): 106–121.
5. Feeney JA, Noller P, Hanrahan M. Assessing adult attachment. W: Sperling MB, Berman WH, red. *Attachment in adults*. New York: Guilford Press; 1994, s. 128–151.
6. Tasca GA, Balfour L, Ritchie K, Bissada H. Developmental changes in group climate in two types of group therapy for binge-eating disorder: a growth curve analysis. *Psychother. Res.* 2006, 16(4): 499–514.
7. Tasca GA, Balfour L, Ritchie K, Bissada H. The relationship between attachment scales and group therapy alliance growth differs by treatment type for women with Binge Eating Disorder. *Group Dyn. Theory Res. Pract.* 2007; 11(1): 1–14.
8. Gallagher M, Tasca GA, Ritchie K, Balfour L, Maxwell H, Bissada H. Interpersonal learning is associated with improved self-esteem in group psychotherapy for women with binge eating disorder. *Psychother.* 2014; 51(1): 66–77.
9. Marmarosh ChL, Whipple R, Schettler M, Pinhas S, Wolf J, Sayit S. Adult attachment styles and group psychotherapy attitudes. *Group Dyn. Theory Res. Pract.* 2009, 13(4): 255–264.
10. Carter EF, Mitchell SL, Krauthaim MD. Understanding and addressing clients' resistance to group counseling. *J. Spec. Group Work* 2001; 26(1): 66–80.
11. Tasca GA, Balfour L. Attachment and eating disorders: a review of current research. *Int. J. Eat. Disord.* 2014, 47(7): 710–717.
12. Lawson DM, Barnes AD, Madkins JP, Francios-Lamonete BM. Changes in male partner abuser attachment styles in group psychotherapy. *Psychother. Theor. Res. Pract. Train.* 2006, 43(2): 232–237.
13. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *J. Person. Soc. Psychol.* 1990, 58(4): 644–663.
14. Kilmann PR, Laughlin JE, Carranza LV, Downer JT, Major S, Parnell MM. Effects of an attachment-focused group preventive intervention on insecure women. *Group Dyn. Theory Res. Pract.* 1999, 3(2): 138–147.
15. Kilmann PR, Urbaniak GC, Parnell MM. Effects of attachment-focused versus relationship skills-focused group interventions for college students with insecure attachment patterns. *Attach. Hum. Develop.* 2006, 8(1): 47–62.
16. Griffin DW, Bartholomew K. The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. *Adv. Person. Relationships* 1994, 5: 17–52.
17. Kirchmann H, Mestel R, Schreiber-Willnow K, Mattke D, Seidler KP, Daudert E i in. Associations among attachment characteristics, patients' assessment of therapeutic factors, and treatment outcome following inpatient psychodynamic group psychotherapy. *Psychother. Res.* 2009, 19(2): 234–248.

18. Kirchmann H, Steyer R, Mayer A, Joraschky P, Schreiber-Willnow K, Strauss B. Effects of adult inpatient group psychotherapy on attachment characteristics: An observational study comparing routine care to an untreated comparison group. *Psychother. Res.* 2012, 22(1): 95–114.
19. Höger D, Stöbel-Richter H, Braehler E. Reanalyse des Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen (BFPE) [Reanalysis of the Bielefeld Partnership Expectations Questionnaire (BFPE)]. *Psychother. Psychosom. Medizin. Psychol.* 2008, 58(7): 284–294.
20. Grau, I. Skalen zur Erfassung von Bindungsrepräsentationen in Paarbeziehungen [Scales measuring attachment representation in close relationships]. *Zeit. Different. Diagnost. Psychol.* 1999, 20(2): 142–152.
21. Griffin D, Bartholomew K. Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *J. Personal. Soc. Psychol.* 1994, 67(3): 430–445.
22. Maxwell H, Tasca GA, Ritchie K, Balfour L, Bissada H. Change in attachment insecurity is related to improved outcomes one year post group therapy in women with binge eating disorder. *Psychother.* 2014, 51(1): 57–65.
23. Marmarosh ChL, Tasca G. Adult attachment anxiety: using group therapy to promote change. *J. Clin. Psychol.* 2013, 69(11): 1172–1182.
24. Smith ER, Murphy J, Coats S. Attachment to groups: Theory and measurement. *J. Person. Soc. Psychol.* 1999: 77(1): 94–110.

Adres: zbigniew.wajda@uj.edu.pl