

1.3

Psychoterapia

1.3.1

Podstawy psychoterapii

Jerzy Aleksandrowicz, Jan Czesław Czabała

1. OKREŚLENIE

Psychoterapia jest w psychiatrii podstawową metodą oddziaływania leczniczego. Nie ma jednej definicji tych oddziaływań; w zależności od przyjętego podejścia teoretycznego psychoterapia bywa opisywana jako metoda interpersonalnej perswazji, edukacji psychospołecznej, technologii behawioralnej, przewodnictwa w zakresie poznawania i zmiany samego siebie aż po definicje określające ją jako specjalistyczną metodę leczenia. Stąd różnorodność określeń, niektórych tak ogólnych, jak: „każde spotkanie psychiatry z chorym to psychoterapia” czy „psychoterapia to zastosowanie wiedzy psychologicznej do leczenia różnych chorób”. Rogers sprowadza psychoterapię do takiego sposobu relacji z drugą osobą, który „sprzyja zdrowym zmianom i ułatwia rozwój”, Frank – do uruchamiania niespecyficznych czynników leczniczych. Norcross określa psychoterapię jako „świadome i zamierzone zastosowanie metod klinicznych i zabiegów interpersonalnych, pochodzących ze sprawdzonych twierdzeń nauk psychologicznych, w celu towarzyszenia ludziom w modyfikacji ich zachowań, właściwości poznawczych, emocji i/lub innych osobistych charakterystyk na takie, które wydają się uczestnikom tego procesu pożądane”, a Urban i Ford, podsumowując poglądy różnych autorów na istotę psychoterapii, piszą, że jest ona „przemysłanym i w tej mierze planowanym, sposobem interwencji w behawioralne okoliczności

danej osoby w celu korekty lub modyfikacji prezentowanej przez nią postawy wobec określonego typu trudności”. Zdaniem P.B. Schneidera, psychoterapia to „metoda leczenia zaburzeń psychicznych i somatycznych spowodowanych nierozwiązanymi konfliktami intrapsychicznymi, uświadamianymi lub nieuświadamianymi, wymagająca od pacjenta współpracy i zaangażowania, chęci i umiejętności nawiązania szczególnej relacji interpersonalnej nazywanej relacją psychotherapeutyczną, umożliwiającą zaistnienie procesu psychotherapeutycznego, w którym język jest zasadniczym sposobem komunikacji”.

Powyższe twierdzenia dobrze obrazują różnorodność znaczeń, w jakich używa się określenia „psychoterapia”. Jak się wydaje, jest to wynikiem okoliczności rozwoju tej dziedziny wiedzy i umiejętności w XX wieku – przede wszystkim jej osadzenia na pograniczu medycyny, psychologii i socjologii. Praktyka leczenia zaburzeń zdrowia (nie tylko psychicznego) rozwijała się równolegle do pomagania ludziom w różnych okolicznościach życiowych (pomoc psychologiczna, pomoc psychospołeczna, poradnictwo).

W tym rozdziale zajmować się będziemy psychoterapią w rozumieniu **oddziaływań psychospołecznych mających na celu usunięcie zaburzeń zdrowia przez zmianę sposobów przeżywania, poznawania i zachowania**. Jest to szczególne, leczące doświadczenie, w którego wyniku pacjent zdobywa nową wiedzę i uczy się nowych wzorców reagowania emocjonalnego i zachowania.

Oddziaływania psychospołeczne, wpływające poprzez zmianę procesów psychicznych chorego na stan czynnościowy narządów, przeżywanie i zachowanie, dokonują się w ramach relacji interpersonalnej między dwoma osobami lub w grupie, w której psychoterapeuta jednocześnie leczy kilka osób. Podstawą jest komunikacja werbalna między nimi, ale oddziaływanie może mieć także charakter niewerbalny. Adresatem tych oddziaływań są pacjenci, u których rozpoznanie i przyczyny powstania objawów uzasadniają, zgodnie ze współczesną wiedzą o etiopatogenezie, zastosowanie psychoterapii.

Psychoterapia jest metodą stosowaną przede wszystkim w leczeniu zaburzeń zdrowia psychicznego. W terapii zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, zespołów behawioralnych, związanych z zaburzeniami fizjologicznymi, zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych, zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym jest metodą podstawową, leczeniem z wyboru. W terapii wymienionych wyżej zaburzeń wskazane jest stosowanie indywidualizowanego podejścia, wynikającego z diagnozy rodzaju i przyczyn dysfunkcji, opartego na psychopatologii. W leczeniu zaburzeń występujących u dzieci i młodzieży, a także w terapii osób dorosłych, u których objawy związane są z zaburzeniami relacji rodzinnych lub małżeńskich, często podstawową formą powinna być terapia rodziny oparta na podejściu systemowym. W leczeniu uzależnień, ostrych i przewlekłych psychoz oraz zaburzeń afektywnych psychoterapia jest ważną częścią kompleksowej terapii, obok niezbędnego leczenia farmakologicznego. Psychoterapia jest użyteczna w leczeniu chorób somatycznych, których powstawanie i przebieg są związane z zakłóceniami procesów psychicznych (psychogeneza); stwarza też dodatkowe możliwości terapeutyczne w różnych dziedzinach medycyny, np. w onkologii i dermatologii, jest także częścią postępowania rehabilitacyjnego, zwłaszcza w zaburzeniach psychicznych.

1.1. OGÓLNE CECHY PSYCHOTERAPII

Psychoterapia to uruchamiany przez terapeutę proces zmian, dokonujących się przede wszystkim

w obszarze aktualnych przeżyć pacjenta, ale także w zakresie czynników warunkujących to przeżywanie: cech osobowości, obrazu siebie, oceny wydarzeń z przeszłości, postaw i przeświadczeń, stylu reakcji itp. W następstwie tych zmian przeżywania zachodzą także zmiany funkcjonowania jednostki w otoczeniu oraz w sposobach i skuteczności radzenia sobie w świecie.

Głównym celem psychoterapii jest usuwanie przyczyn warunkujących powstawanie zaburzeń zdrowia, zrozumienie istoty patogenicznych doświadczeń życiowych i uwolnienie się od ich negatywnego wpływu, poznanie przyczyn nieskuteczności zachowań oraz uzyskanie kontroli nad własnym życiem. Umożliwia to pacjentowi kierowanie swoim życiem w sposób zapewniający zaspokojenie własnych pragnień stosownie do ocenianych realistycznie możliwości z uwzględnianiem wymogów otoczenia.

Proces zmian jest oczywiście w jakiejś mierze zależny od stylu działania terapeuty, jego wiedzy i umiejętności, poglądów, cech osobowości, od tego, jakie podejście teoretyczne jest mu najbliższe itp. (zmienne terapeuty). Znaczenie osobowości terapeuty i założeń teoretycznych okazuje się jednak nie tak znaczne, jak przypuszczano; skuteczność oddziaływania zależy przede wszystkim od jego wykształcenia i umiejętności pełnienia przez niego tej roli zawodowej. Doświadczenie kliniczne przyczynia się do tego, że psychoterapia staje się sterowana przede wszystkim wymogami stwarzanymi przez rodzaj zaburzeń i cech pacjenta, przez jego motywację i inne „zmienne pacjenta”, a nie przez poglądy i systemy wartości terapeuty.

Cele i sposób prowadzenia psychoterapii powinny być określone przede wszystkim przez specyfikę zaburzeń, motywację pacjenta do leczenia, jego umiejętności introspekcji, wiedzę i uwarunkowania socjokulturowe oraz mechanizmy psychodynamiki rządzące obecnym przeżywaniem pacjenta. Inne są cele psychoterapii w razie np. ostrej reakcji na stres, inne w psychoterapii schizofrenii, jeszcze inne w leczeniu zaburzeń osobowości – odmienne bowiem są istota i mechanizmy tych chorób. Terapia przebiega inaczej w przypadku zaburzeń zachowania u dziecka – często włącza się wówczas oddziaływanie na system rodzinny, a inaczej w przypadku uzależnień od leków czy alkoholu. Inny też jest planowany czas terapii.

W ostrej reakcji na stres zazwyczaj wystarcza leczenie krótkoterminowe, natomiast np. w terapii zaburzeń osobowości granicznej (*borderline*) trudno oczekiwać istotnych efektów po kilkudziesięciu spotkaniach.

Na przebieg i wyniki leczenia wpływają przede wszystkim rodzaj i treść tego, co dzieje się między pacjentem a terapeutą (zmiennie procesu). Zmiany zachodzące w procesie psychoterapii zależą od wielu okoliczności, np. od trafności rozpoznania tego, co jest istotą zaburzenia lub problemem pacjenta i jakiego rodzaju interwencji dany pacjent potrzebuje, także od zróżnicowanych reakcji pacjenta na interwencje terapeutyczne zastosowane w różnych etapach psychoterapii. Proces psychoterapii powinien więc być specyficznym różnicowanym w znaczeniu dopasowania sposobu prowadzenia leczenia do tego, co wynika z rozpoznania choroby oraz indywidualnych cech czy problemów pacjenta.

Pomimo tych koniecznych różnic w przebiegu terapii, wynikających z różnorodności zaburzeń, sposobów oddziaływania i warunków, można określić pewne reguły postępowania, wspólne różnym formom psychoterapii i obowiązujące niezależnie od rodzaju choroby. Należy do nich świadome i celowe korzystanie z nieswoistych czynników leczniczych. Wynikają one z samego nawiązania relacji terapeutycznej i z nadziei pacjenta na uzyskanie poprawy stanu zdrowia. Wspólne jest także: posługiwanie się głównie komunikacją werbalną, pobudzanie pacjenta do ujawniania swoich przeżyć i okazywanie przez terapeuta zainteresowania tymi przeżyciami (mniej istotne w innych niż psychoterapia formach leczenia). Zachowania psychoterapeuty (werbalne i niewerbalne) mają na celu sprowokowanie reakcji mogących modyfikować zakłócenia procesów psychicznych, powinny być także bodźcami mającymi uruchamiać powstawanie własnych myśli i uczuć pacjenta (w odróżnieniu od edukowania, instruowania czy doradzania, w których przekazywane są wiedza, poglądy, postawy itp. nauczyciela).

Do tych wspólnych reguł należy także szczególnie postawa terapeuty – przyjaznego, spokojnie słuchającego, neutralnego wobec ocen i postaw etycznych, a co najważniejsze – ograniczającego swoje działanie do pobudzania i ukierunkowywania aktywności pacjenta, skupiającego uwagę na tym,

co się dzieje w czasie spotkania, i reagującego tak, by doprowadzić do zmiany korygującej istniejące zaburzenie. Podstawową umiejętnością terapeuty, niezależnie od poglądów teoretycznych, jest świadome używanie interwencji psychoterapeutycznych jako narzędzia wywołującego określone i pożądane reakcje.

Na to, co jest wspólne, nakładają się różnice wynikające z różnorodności oczekiwań pacjenta, rodzaju występujących u niego zaburzeń i specyfiki kontraktu terapeutycznego, celów pacjenta i psychoterapeuty oraz wiedzy i umiejętności tego ostatniego, pozwalających zrozumieć istotę zaburzeń i określić optymalny sposób powodowania zmian.

1.2. PSYCHOTERAPIA A INNE ODDZIAŁYWANIA PSYCHOSPOŁECZNE

Psychoterapia, której celem jest leczenie, będąc oddziaływaniem psychospołecznym, różni się od innych form takiego oddziaływania przede wszystkim tym, że może zaistnieć tylko w warunkach relacji leczenia, w której osoba uznająca się za chorą zajmuje społeczną pozycję pacjenta. Narzuca to, zarówno tej osobie, jak i terapii, szczególne wymogi związane z funkcjonowaniem w tych rolach, narzuca też szczególne ograniczenia, wynikające z zasad postępowania leczniczego. Jest więc czymś zasadniczo odmiennym od innych rodzajów oddziaływań psychospołecznych, takich jak: socjoterapia, pomoc psychospołeczna, psychorehabilitacja, edukacja, propaganda i reklama. Niektóre z tych oddziaływań, np. promocja zachowań prozdrowotnych czy oddziaływania psychologiczne, mają ewidentne i niezmiernie wartościowe zastosowania w medycynie, nie są jednak psychoterapią, mimo że często tak właśnie są nazywane.

Psychoterapia różni się od **socjoterapii**, czyli różnych form wpływania na środowisko społeczne w celu doprowadzenia do zmiany funkcjonowania jednostki. Do tej grupy oddziaływań psychospołecznych należą np. działania oparte na samopomocy pacjentów i ich rodzin, kluby ruchów AA, także organizowanie oddziałów szpitalnych według zasad społeczności terapeutycznej czy

tworzenie zespołów leczenia środowiskowego, tworzenie warunków sprzyjających utrzymywaniu pracy, także miejsc pracy chronionej, możliwości samodzielnego zamieszkiwania itp.

Psychoterapia jest czymś innym niż **pomoc psychospołeczna i wsparcie psychiczne** (nazywane często „pomocą psychologiczną”), dokonujące się w ramach relacji pomagania: osoba, która uznaje, że sama nie jest w stanie poradzić sobie z jakąś sytuacją czy zadaniem, zwraca się do innej osoby, która uznaje i ogłasza, że jest kompetentną w udzielaniu pomocy. Pomoc jest w tym przypadku zbliżona do poradnictwa psychologicznego (*counseling*). Pomaganie i poradnictwo różnią się od psychoterapii przede wszystkim celem tych oddziaływań. Celem pomocy psychospołecznej jest przede wszystkim umożliwienie osobie zdrowej, ale przeżywającej okresowe trudności emocjonalne (np. związane z trudnościami radzenia sobie z bieżącą sytuacją kryzysu rozwojowego, wchodzeniem w okres dorosłości czy starzenia się itp.), przekroczenie ograniczeń, uniemożliwiających jej samodzielne rozwiązywanie własnych problemów życiowych.

Pomoc psychospołeczna może być udzielana także osobie chorej, ale jej bezpośrednim celem nie jest usuwanie objawów danej choroby, lecz nabywanie umiejętności radzenia sobie z emocjonalnymi lub behawioralnymi skutkami choroby po to, aby mogła ona osiągać jak najwyższy poziom jakości swojego życia. Jest wówczas ważnym elementem rehabilitacji (psychorehabilitacji).

Formą pomocy psychospołecznej są także rozmaite terapie grupowe – np. zespołów kierowniczych, par i rodzin – których celem jest zmiana funkcjonowania grupy zawodowej czy rodzinnej itp. Mają one zazwyczaj także aspekt edukacyjny. Z założenia koncentrują się na usprawnieniu (lub na zakłóceniach) funkcjonowania systemu, interakcji i relacji między członkami tych grup. Problemy zdrowia czy choroby poszczególnych osób mogą być zupełnie pomijane, ważne jest przede wszystkim to, czy przynależność do takiej grupy dostarcza satysfakcji jej członkom, czy taka grupa – np. rodzina – może spełniać swoje zadania itp.

Zbliżone do tych procedur rozmaite **działania edukacyjne** (czasami również, niesłusznie, nazywane „psychoterapią”) dostarczają wiedzy i do-

świadczeń funkcjonowania w różnych sytuacjach społecznych. Często posługują się udzielaniem wyjaśnień, instruowaniem, radzeniem, jak należy postępować, perswazją itp. Na przykład różne odmiany oddziaływań grupowych, określane jako „treningi interpersonalne”, „grupy spotkaniowe”, „treningi asertywności” itp., mają dostarczać okazji do lepszego poznania siebie samego i swojego sposobu funkcjonowania w interakcjach społecznych, a przede wszystkim dostarczać wsparcia psychospołecznego, oparcia uzyskiwanego od innych osób mających podobne trudności i – co nie najmniej ważne – okazji do intensywnych, poruszających przeżyć.

Niejasność i wielość definicji psychoterapii, o których była mowa na początku tego rozdziału, wiąże się między innymi ze stosunkowo niedawnym dostrzeżeniem różnic między różnymi odmianami oddziaływań psychospołecznych i konsekwencji nieuwzględniania tych różnic w konstruowaniu teorii wyjaśniających, ocen efektywności psychoterapii itp.

2. PODSTAWY TEORETYCZNE PSYCHOTERAPII

Założenia i twierdzenia teoretyczne wyjaśniające zależności między objawami i właściwościami osoby, mechanizmy kształtowania się tych właściwości i mechanizmy zmian zachodzących w procesie psychoterapii są prezentowane w formie różnych podejść (modalności, szkół) psychoterapii. Większość z nich należy do czterech grup: psychodynamiczne, behawioralno-poznawcze, humanistyczne i systemowe.

W ostatnim dziesięcioleciu coraz większą popularność zyskuje terapia interpersonalna, która – podobnie jak psychoterapia poznawcza – powstała w nurcie poszukiwania optymalnych sposobów leczenia zaburzeń afektywnych. Skoncentrowana na analizie aktualnych dysfunkcji przeżywania i w komunikacji chorego z jego środowiskiem społecznym, na zakłóceniach relacji interpersonalnych, podobnie jak CBT jest zorientowana przede wszystkim na leczenie zaburzeń zdrowia. Sprawia to, że te dwa podejścia częściej niż inne uznawane są za użyteczne w praktyce psychiatrycznej.

2.1. PSYCHOTERAPIA PSYCHODYNAMICZNA

Cele psychoterapii. Podstawowym celem psychoterapii psychodynamicznej jest zmiana właściwości wewnątrzpsychicznych jednostki. Według tej koncepcji teoretycznej, poprawa samopoczucia, ustąpienie objawów i zmiana funkcjonowania jednostki mogą nastąpić tylko wówczas, gdy osiągnięte zostaną w psychoterapii następujące zmiany:

- uwolnienie tłumionych uczuć, czyli odreagowanie i uświadomienie sobie wypartych urazowych przeżyć;
- uzyskanie wglądu, czyli dostrzeżenie swoich rzeczywistych potrzeb, pragnień i fantazji i tego, że te do tej pory nieuświadomiane impulsy i pragnienia nie są tak zagrażające i nie muszą budzić tak dużego lęku, jaki pacjent dotychczas przeżywał;
- nabycie zdolności do odróżniania fantazji od rzeczywistości; pojawienie się bardziej dojrzałych mechanizmów obronnych, pozwalających na zaspokajanie tłumionych dotychczas impulsów w sposób bardziej dojrzały albo na bardziej świadome ich kontrolowanie.

Współcześnie psychoterapia psychodynamiczna jest rozumiana nie tylko jako proces zmiany w obszarze nieświadomych impulsów i rozwiązywania nieuświadomianych konfliktów emocjonalnych (choć często takie rodzaje zmian są nadal uznawane za główne cele leczenia), lecz także jako dążenie do zmiany dysfunkcyjnych przekonań i towarzyszących im uczuć. Niektóre odmiany tego podejścia zakładają nawet poprzestanie na zmianie warunków życia pacjenta, bez dążenia do identyfikacji i usunięcia nieświadomych motywów.

Procedury terapeutyczne. Wśród nich najważniejsze są:

- Swobodne skojarzenia i interpretacja snów z interwencjami terapeuty modyfikującymi przebieg skojarzeń. Swobodne skojarzenie to podstawowa metoda ujawniania potrzeb i pragnień instynktowych.
- Interwencje interpretujące. Interpretowanie to nazywanie w języku teorii psychoanalitycznej zjawisk dostrzeganych przez terapeutę. Mają one pomagać pacjentowi w uświadomieniu so-

bie tego, co było nieuświadomiane, przyczyn obecnego zachowania, w poznaniu rodzaju nieświadomych procesów powodujących świadome przeżycia pacjenta, w dostrzeżeniu roli wydarzeń i doświadczeń z przeszłości warunkujących jego zachowania itp. Formułując interpretacje, terapeuta dostarcza pacjentowi informacji zwrotnych dotyczących tego, jak można zrozumieć jego obecne zachowania z punktu widzenia uwarunkowań stwarzanych przez wcześniejsze doświadczenia (zwłaszcza z pierwszych miesięcy i lat życia).

- Konfrontacja fantazji pacjenta z rzeczywistością. Dochodzi do niej zarówno w toku analizy przeniesienia, jak i poprzez konfrontację odmienności doświadczeń pacjenta w jego relacjach z osobami ważnymi z dzieciństwa od doświadczeń, jakie ma czy może mieć w obecnych (dorosłych) relacjach z innymi. Praca nad kształtowaniem dojrzałej osobowości pacjenta odbywa się poprzez analizę jego dorosłych relacji z innymi ludźmi i przez uświadomianie, że swoje relacje z innymi układa stosownie do wyobrażeń o ludziach przenoszonych ze swoich doświadczeń dziecięcych, a nie w zależności od tego, jacy rzeczywiście są ci inni ludzie.

2.2. PSYCHOTERAPIA BEHAVIORALNO-POZNAWCZA (CBT)

Cele psychoterapii. Podejście behawioralno-poznawcze jest oparte na założeniu, że zaburzenia psychiczne są wyuczonymi schematami zachowania, a ich leczenie to zmiana tych zachowań, dokonująca się poprzez procesy uczenia się (oduczania reakcji niedostosowanych i uczenia prawidłowych). W terapii behawioralnej najczęściej celem terapii jest wygaszanie lęku związanego z rzeczywistymi sytuacjami wywołującymi reakcje lękowe lub innych reakcji emocjonalnych, związanych z rzeczywistymi czy wyobrażanymi sytuacjami. Psychoterapia poznawcza także odwołuje się do przekonania, że zachowanie człowieka jest wynikiem procesów uczenia się. Za najważniejszy efekt procesów uczenia się uznawane są jednak nie zewnętrzne zachowania, lecz struktury poznawcze, które z kolei wpływają na zewnętrzne zachowania i na reakcje emocjonalne.

Celem tych terapii jest: wytworzenie akceptowalnych i przystosowawczych reakcji na bodźce, które

prowadziły do powstania objawów choroby (cele terapii behawioralnej); zidentyfikowanie irracjonalnych przekonań czy innych schematów poznawczych, które są przyczyną aktualnych objawów, i zastąpienie ich racjonalnymi; rozwijanie umiejętności, które mają ułatwić pacjentowi przystosowywanie się do różnych sytuacji życiowych; integrowanie wszystkich elementów ludzkiego funkcjonowania: poznawania, przeżywania, działania i wpływów środowiska; przekształcanie znaczeń, jakie osoba przypisuje swoim doświadczeniom życiowym, i nabywanie umiejętności rozwiązywania problemów.

Procedury terapeutyczne. Większość technik behawioralnych odwołuje się do zasad warunkowania instrumentalnego, modelowania lub ćwiczenia umiejętności. Należą do nich: trening relaksacyjny, systematyczna desensytyzacja, techniki ekspozycyjne, techniki awersyjnego przewarunkowywania, techniki modelowania, trening asertywności, trening „zaszczepiania” stresem itp.

Procedury terapeutyczne w terapii poznawczej odwołują się do zasad uczenia się i przekształcania dotychczasowych schematów poznawczych i łączone są często z technikami behawioralnymi. Najważniejsze z nich to: poszerzanie świadomości, modyfikacja myśli automatycznych i techniki restrukturyzowania poznawczego, stosowane przede wszystkim w postaci treningu instruowania samego siebie; techniki nastawione na uczenie umiejętności ułatwiających radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i techniki nastawione na uczenie rozwiązywania problemów, czyli uczenie pacjenta umiejętności niezbędnych do rozwiązywania problemów życiowych, takich jak samoobserwacja, planowania własnych działań przez jasne sformułowanie celów i sposobów ich osiągnięcia oraz przewidywanie konsekwencji zachowania, umiejętności wyszukiwania alternatywnych rozwiązań, umiejętności oceny skuteczności tych rozwiązań i wreszcie umiejętności trwania w działaniu lub zmiany sposobu rozwiązania problemu zawsze wówczas, gdy poprzednie rozwiązanie zostaje ocenione jako nieskuteczne.

2.3. PSYCHOTERAPIA HUMANISTYCZNA

Psychoterapia humanistyczna ma wiele odmian. Łączy je sprzeciw wobec sposobów rozumienia

przyczyn zachowania jednostki prezentowanych przez psychoanalizę i behawioryzm, uznawanych za deterministyczne, nastawione na modyfikowanie ograniczeń. Natomiast większość podejść humanistycznych opiera się na przekonaniu, iż zachowanie człowieka jest motywowane potrzebą rozwoju i dążeniem do zaspokajania własnych potrzeb, a wszelkie zaburzenia są związane z negatywnymi doświadczeniami przeżywanymi w procesie zaspokajania potrzeb. Takim twierdzeniom nie towarzyszą najczęściej bardziej rozbudowane teorie psychologiczne czy uogólnienia wynikające z badań empirycznych, częściej są to zbiory bardziej lub mniej apriorycznych twierdzeń. Za najważniejsze uważane są aktualne przeżycia pacjenta hamujące jego rozwój lub utrudniające mu osiągnięcie jego celów życiowych. Najbardziej popularnymi przykładami tego podejścia są koncepcje Carla Rogersa, koncepcje egzystencjalne i terapia Gestalt.

Cele psychoterapii. Celem psychoterapii „skoncentrowanej na kliencie” (Rogers) jest zmiana osobowości, która ma polegać na uwolnieniu posiadanej przez klienta tendencji do samoaktualizacji przez zlikwidowanie rozbieżności w zakresie własnego ja, na zwiększeniu jego świadomości i na odzyskaniu możliwości kierowania się w wyborze celów i sposobów działania własnymi doświadczeniami dotyczącymi organizmu, zmiana w zakresie doświadczeń emocjonalnych i nadawanych tym doświadczeniom znaczeń. Mają one zostać uświadomione, ale także wyrażone i uwolnione (odreagowane). W różnych odmianach psychoterapii egzystencjalnej celem terapii jest zmiana w zakresie systemów zaprzeczeń tworzonych dla ochrony przed lękiem egzystencjalnym. Dąży się do konfrontowania klientów z ich egzystencjalnymi problemami i włączenia tych problemów we własny plan życiowy. Zmiana dotyczy bardziej wizji przyszłości niż przeszłości, w związku z założeniem, że życie jednostki zależy od jej wyborów nadających sens jej istnieniu i że zawsze tym wyborom będzie towarzyszyła niepewność, a nawet lęk, uwarunkowany skończonością ludzkiego istnienia i niepewnością związaną z oceną sensowności własnych działań. Celem psychoterapii jest klaryfikacja, refleksja i zrozumienie życia, pozwalające znaleźć ludziom ich osobiste sposoby konfrontowania się z życiowymi wyzwaniami.

Terapia Gestalt, zwłaszcza w wersji sformułowanej przez Alfreda Perlsa, stawia sobie za cel uwolnienie wszelkich emocji doświadczanych przez człowieka (gniewu, radości, smutku) jako sposobu na uzyskanie głębokiego poczucia pełni i człowieczeństwa. To rezygnacja z racjonalnego planowania przyszłości na rzecz terażniejszości, doświadczanej głównie zmysłowo i emocjonalnie. Psychoterapia ma doprowadzić do nabywania samodzielności i odpowiedzialności tylko za siebie, odpowiedzialności za to, co dzieje się teraz, bo przyszłości przewidzieć się nie da. Pozwala to usunąć lęki i różnego rodzaju obrony.

Procedury terapeutyczne. Najistotniejszym narzędziem osiągania zmian w procesie psychoterapii humanistycznej jest relacja terapeutyczna. Relacja ta jest opisywana w różny sposób, ale we wszystkich tych opisach istotnym elementem jest stwarzanie przez terapeutę określonych warunków, mających uruchomić proces zachodzących w pacjencie zmian.

Rogers uważał, że czynnikiem niezbędnym i wystarczającym do osiągania pożądaných efektów jest odpowiedni stosunek terapeuty do pacjenta, a zwłaszcza empatia, czyli doświadczanie rozumienia świata wewnętrznego klienta i przekazywanie mu informacji o tym rozumieniu, bezwarunkowa akceptacja, umożliwiająca klientowi powrót do bezwarunkowej pozytywnej akceptacji samego siebie, oraz autentyczność, czyli takie zachowanie terapeuty, które jest zgodne z tym, jaki jest (bez „fasady” i udawania). Podstawową techniką oddziaływania jest odzwierciedlanie (*reflection*), czyli pokazywanie uczuć przeżywanych przez klienta, nagradzanie, koncentracja uwagi na doświadczeniach zagrażających i otwartość terapeuty. Stosowane są także techniki, które mogą być użyteczne w rozwiązywaniu poszczególnych problemów pacjenta, takie jak: technika dialogu w sytuacji „podwójnego krzesła”, dialog w sytuacji „pustego krzesła” itp.

Psychoterapeuci egzystencjalni preferują metodę fenomenologiczną – koncentrowanie uwagi na doświadczeniach i ich znaczeniu, niektórzy stosują także konfrontacje czy interpretacje. Konfrontacje dotyczą wówczas relacji i tego, co przeżywa terapeuta.

2.4. TERAPIA SYSTEMOWA

W tym podejściu podstawowe jest twierdzenie, że zachowanie człowieka może być zrozumiane tylko w kontekście jego relacji ze środowiskiem społecznym, w jakim on obecnie żyje, jedynie w kontekście systemu, którego jest częścią. Koncepcje systemowe zastosowane do wyjaśniania zaburzeń psychicznych wyraziły się przede wszystkim w teoriach dotyczących funkcjonowania rodziny i w terapii rodzin. Zajmują się przede wszystkim takimi zjawiskami, jak zaburzenia struktury rodziny, zaburzenia komunikacji w rodzinie (podwójne wiązanie, zjawisko „pseudowzajemności” i zakłócenia porozumiewania się, wynikające z odmiennych sposobów porządkowania napływających informacji), zaburzenia związane z zasadami regulującymi funkcjonowanie rodziny jako systemu itp.

Cele psychoterapii. Przedmiotem zmiany w terapii rodzin jest zmiana funkcjonowania rodziny. Najważniejsze spośród oczekiwanych zmian to:

- zmiana struktury rodziny, polegająca przede wszystkim na zaznaczaniu wyraźnych granic między podsystemami, likwidowaniu patologicznych triad, zwiększaniu klarowności w zakresie odgrywania ról w rodzinie, zwłaszcza unikaniu odgrywania określonych ról przez osoby do tego nieuprawnione;
- zmiany zasad regulujących funkcjonowanie systemu i komunikację między członkami rodziny;
- zmiany relacji emocjonalnych między członkami rodziny.

W wyniku terapii rodzin oczekuje się zmiany właściwości intrapsychicznych jednostki, chociaż warunkiem ich zaistnienia są zmiany w funkcjonowaniu rodziny. Można to osiągnąć przez proces detriangulacji lub przez proces separacji, czyli zmianę w zakresie zbyt silnych i bliskich związków emocjonalnych między członkami rodziny (między małżonkami i między rodzicami a dziećmi).

Procedury terapeutyczne. Zasadniczym elementem terapii rodziny jest dyrektywna aktywność terapeuty, to on odgrywa główną rolę we wprowadzaniu zmian. Terapeuta jest więc ekspertem oceniającym dotychczasową patologię rodziny i tworzącym hipotezy mające na celu zidentyfikowanie

czynników podtrzymujących tę patologię systemu. Opierając się na takich hipotezach, planuje się i wprowadza określone zmiany, używając technik terapeutycznych. Są to:

- przeformułowania problemu, z jakim zgłasza się rodzina; przeformułowania najczęściej dotyczą podkreślenia pozytywnych aspektów objawów czy patologii, ich pozytywnej roli w utrzymaniu systemu rodzinnego;
- pytania cyrkularne – mające na celu pokazanie rodzinie relacji, jakie w niej zachodzą, i różnic w opisach tych relacji dawanych przez poszczególnych członków rodziny; podobny cel mają tzw. pytania reflektujące, których głównym celem jest uzyskanie zmian w systemie przekonań rodzinnych dotyczących jej problemów oraz identyfikowanie zachowań, zdarzeń i wzorców niekorzystnych dla rodziny;
- odtwarzanie interakcji rodzinnych, czyli uświadomienie rodzinie tego, co jest w jej interakcjach najbardziej dysfunkcyjne, i wprowadzenie nowych, alternatywnych sposobów interakcji;
- techniki mające na celu zmianę struktury rodziny, czyli celowe zachowania terapeuty zmierzające do osiągnięcia natychmiastowych zmian, np. zakaz wypowiadania się dzieci na temat spraw małżeńskich ich rodziców; tworzenie przez terapeutę koalicji z najłagodniejszym członkiem rodziny albo ignorowanie zachowań niektórych członków rodziny; techniki paradoksalne, które polegają na zaleceniu rodzinie określonych zachowań lub ich zaprzestania; najczęściej zaleca się zachowania, które rodzina zgłasza jako problemowe, np. tzw. przepisanie objawu, polegające na zaleceniu powtarzania w określonych porach dnia czy tygodnia takich zachowań, które były dotychczas oceniane przez rodzinę jako niepokojące albo trudne i zagrażające.

Opisane powyżej główne podejścia teoretyczne różnią się znacznie między sobą, a niektóre z ich twierdzeń są sprzeczne. Żadne z nich nie spełnia kryteriów nauki i nie może być w pełni podstawą psychoterapii opartej na naukowych podstawach. Odpowiedzi na pytanie o zasadność tych podejść poszukuje się więc drogą oceny efektywności oddziaływań, odwołujących się do tych teorii.

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w 1994 r. opublikowało wyniki analiz, których celem było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie,

jak skuteczne są poszczególne podejścia psychoterapeutyczne. Nie uzyskano jednoznacznych rezultatów, podobnie jak w późniejszych badaniach. Empiryczne potwierdzenie uzyskały tylko niektóre metody psychoterapii w leczeniu wybranych zaburzeń psychicznych, np. techniki behawioralne w leczeniu zaburzeń lękowych, terapia poznawcza w leczeniu niektórych zaburzeń depresyjnych czy psychoterapia psychodynamiczna w leczeniu niektórych zaburzeń osobowości. Niektóre analizy wyników badań nad psychoterapią – jak się zdaje – prowadzą do uogólnienia, że każda ze stosowanych metod psychoterapii wykazuje podobną skuteczność. Stąd próby tworzenia integracyjnych teorii psychoterapii, takich jak próby budowania metateorii (Prochaska, DiClemente), próby dostosowania metody psychoterapii do specyfiki objawów czy problemów każdego pacjenta („jaka psychoterapia dla kogo” – Roth i Fonagy) itp. Żadnej z istniejących modalności psychoterapii nie można jednoznacznie uznać za spełniającą kryteria *evidence based medicine*, ale niektóre z nich uważane są za bardziej niż inne użyteczne (i zasługujące na refundację przez instytucje ubezpieczeniowe), a niektóre uznawane za bezzasadne i mające charakter magiczno-znachorski.

3. PRAKTYKA PSYCHOTERAPII

Psychoterapia może być elementem leczenia prowadzonego w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych (poradni, gabinetu prywatnego) przez lekarza, psychologa lub innego pracownika upoważnionego do świadczenia usług medycznych. Wymaga jednak dodatkowego wykształcenia, uzupełniającego wiedzę uzyskiwaną w toku zdobywania dyplomu uprawniającego do pracy w służbie zdrowia – poznania teorii i zdobycia umiejętności psychoterapeutycznych.

Proces psychoterapii rozpoczyna się w gruncie rzeczy jeszcze przed pierwszym spotkaniem – w chwili podjęcia przez chorego decyzji o rozpoczęciu leczenia. Pacjent, poszukując takiej pomocy, ma już jakieś oczekiwania, będące konsekwencją istnienia rozmaitych wyobrażeń o psychoterapii i o sposobie działania psychoterapeutów. Wyobrażenia te w znacznej mierze determinują

zachowania pacjenta w czasie pierwszego spotkania i (ewentualne) korzyści, jakie z tego spotkania wynosi.

Zaspokojenie oczekiwań, niezależnie od ich zasadności i racjonalności, może przynieść znaczną poprawę i wzmocnić motywację do psychoterapii. Dzieje się tak przede wszystkim w wyniku uruchomienia niespecyficzných czynników terapeutycznych. Niekiedy następuje to już w okresie oczekiwania na rozpoczęcie psychoterapii (według niektórych badań nawet u 1/3 spośród osób oczekujących na rozpoczęcie leczenia w tym okresie poprawia się samopoczucie). Zmniejszenie nasilenia symptomów i ogólna poprawa samopoczucia (efekt placebo) są jednak zazwyczaj jedynie pozorne i chwilowe.

Na ogół pacjenci oczekują uwolnienia od dolegliwości, ale często kierują się innymi motywami, z których (przynajmniej początkowo) nie zdają sobie sprawy, np. podejmują leczenie po to, by udowodnić otoczeniu, że „naprawdę są chorzy”, by uzyskać wtórne korzyści z terapii, np. przebywać w tolerancyjnym środowisku, okazującym zainteresowanie chorym i jego zaburzeniami, by potwierdzić zasadność orzeczenia inwalidztwa itp. W takich sytuacjach różnica między motywacją do uczestniczenia w leczeniu a dążeniem do odzyskania zdrowia jest najbardziej widoczna. Niekiedy podejmują leczenie jedynie ze względu na oczekiwania swoich partnerów lub nacisk otoczenia, oczekującego, że dojdzie do zmiany jakiegoś uciążliwego aspektu funkcjonowania pacjenta. W takich przypadkach konieczne jest przekształcenie nieracjonalnych celów i oczekiwań lub wymuszonych decyzji we własną motywację pacjenta do usunięcia dysfunkcji. Dokonuje się tego w fazie dookreślenia kontraktu terapeutycznego.

Motywacja do podejmowania leczenia staje się już po kilku spotkaniach mniej ważna od motywacji do pozostania w terapii. Dochodzi wówczas do głosu, obok poczucia korzyści wynikających z uczestniczenia w terapii, także związek z terapeutą lub grupą. Powstanie takiego związku budzi niekiedy obawy o spowodowanie nadmiernego uzależnienia pacjenta. W pierwszym okresie leczenia takie uzależnienie wydaje się jednak nie tylko nieuniknione, lecz także korzystne – odmiennie niż w okresie zaawansowanej terapii i przeciwnie niż w okresie jej zakończenia. Niewystarczająco

silna motywacja do leczenia jest jedną z główných przyczyn przerywania terapii (*drop-out*).

3.1. DIAGNOZA PSYCHOTERAPEUTYCZNA

Jednym z elementów diagnozy psychoterapeutycznej jest określenie rodzaju zaburzenia w kategoriach przyjmowanych w psychopatologii (np. ICD-10). Informacje wynikające z takiej diagnozy mają jednak ograniczoną wartość, nie dostarczają zbyt wielu informacji o istocie i przyczynach dysfunkcji ani o rodzaju potrzebnych oddziaływań. Znacznie więcej wynika z dostrzeżenia indywidualnej specyfiki zakłóceń przeżywania.

Przedmiotem diagnozy psychoterapeutycznej powinny być więc przede wszystkim obecne w aktualnym przeżywaniu pacjenta dysfunkcyjne sposoby spostrzegania i oceny rzeczywistości, fantazje i wyobrażenia, które powodują objawy zaburzenia i związane z nimi dolegliwości. Niemniej ważne w zrozumieniu specyfiki zaburzeń są obiektywne okoliczności, determinujące jego przeżywanie (a raczej zakłócenia tego przeżywania). Zarówno nacisk grup społecznych, w których żyje pacjent, dominujące w nich systemy wartości i przekonania, jak i okoliczności życiowe (zwłaszcza o charakterze stresowym) mogą powodować kierowanie się błędnymi schematami poznawczymi i konflikty intrapsychiczne. Diagnoza zaburzeń subiektywnego świata przeżyć u chorego jest niemal niemożliwa bez oceny takich realnych okoliczności.

Weryfikowanie relacji pacjenta, np. jego interakcji z rodziną, przyjaciółmi, współpracownikami, bezpośrednią obserwacją jego zachowań, najczęściej jest prawie niemożliwe, chociaż bywa realizowane w praktyce terapii rodzin. Bardzo często użyteczne okazuje się konfrontowanie relacji wielu osób o tych samych okolicznościach (wywiad środowiskowy) oraz – dokonywana przez terapeutę – ocena prawdopodobieństwa tego, co opisuje pacjent (np. nadużyć seksualnych w dzieciństwie). W tym ostatnim przypadku należy jednak zawsze pamiętać o ograniczeniach wiedzy i funkcji poznawczych samego terapeuty.

Wiedza ta może jednak być bardzo użyteczna w ocenie logicznej sekwencji okoliczności, prowadzących do powstania zaburzeń – mechanizmów

powodujących np. kompensacyjnie wyższościowy stosunek do otoczenia (w odróżnieniu od np. „pierwotnego”, narcystycznego przeświadczenia o swojej wyższości); mechanizmów powodujących myśli bluźniercze osoby uznającej wszelkie przejawy swojej seksualności za grzech; depresji samotnego czterdziestolatka pozbawionego relacji emocjonalnych itp.

Diagnoza psychoterapeutyczna obejmuje także określenie okoliczności, które mogły w przeszłości – np. w okresie wczesnego dzieciństwa – wpływać na powstanie i rodzaj zaburzeń, na kształtowanie osobowości. Ten aspekt diagnozy (diachroniczny) ma jednak większe znaczenie w zrozumieniu, jaką drogą doszło do powstania tych zaburzeń, niż w poznaniu ich specyfiki, czyli tego, co decyduje o kierunkach leczenia.

W toku procedur diagnostycznych pojawiają się elementy terapii. Ukierunkowanie uwagi pacjenta na obszary, których ważności i znaczenia sobie nie uświadamiał, może mieć wartość leczniczą. Analogicznie proces diagnostyczny jest stale obecny w czasie terapii. Każda wypowiedź pacjenta i każde jego zachowanie zwiększają wiedzę o nim i o mechanizmach wywołujących zaburzenia, poszerzając i weryfikując diagnozę. Skuteczne sterowanie procesem psychoterapii wymaga więc od terapeuty nie tylko wcześniejszego zbudowania hipotez dotyczących zaburzeń pacjenta, lecz także ciągłego formułowania tych hipotez na nowo, stosownie do nowych informacji wynikających z kolejnych spotkań.

3.2. KONTRAKT TERAPEUTYCZNY

W toku pierwszych kontaktów z pacjentem należy określić i uzgodnić cele spotkań i sposób realizacji tych celów. Kontrakt terapeutyczny powinien być adekwatny do wniosków wynikających z diagnozy. Deklaracje pacjenta dotyczące powodów – uświadamianych sobie przez niego celów podjęcia psychoterapii – na ogół znacznie odbiegają od tego, co jest rzeczywistym uzasadnieniem konieczności leczenia. Niekiedy pacjenci mówią o dążeniu do poznania i zrozumienia siebie, o potrzebie uzyskania pomocy w rozwoju osobistym, przezwyciężenia zahamowań i bloków utrudniających sukces i szczęście, pomocy w jakimś szczególnym okresie życia itp., zaprzeczając potrzebie

usunięcia zaburzeń zdrowia. Zdarzają się jednak pacjenci, którzy wiedzą, z czym nie potrafią się uporać, mają wystarczającą umiejętność wskazania głównych dolegliwości i sformułowania hipotez dotyczących ich przyczyn. Należy wówczas korzystać z tych informacji. Jeśli to tylko jest możliwe, należy przyjmować i zaakceptować te cele, które formułuje pacjent, przedstawiając zarazem propozycję podjęcia takich zadań, które wynikają z przeprowadzonej diagnozy.

W toku zawierania kontraktu konieczne jest poinformowanie o tym, jakie warunki trzeba spełnić, by osiągnąć te cele, o roli i rodzaju własnej aktywności chorego, o sposobach, jakimi będzie mu pomagał terapeuta, a także poinformowanie o tym, że może dochodzić do okresowego nasilania się zaburzeń itp. Pacjent musi zrozumieć, że w gruncie rzeczy będzie sam siebie leczył, a terapeuta będzie mu w tym jedynie pomagał i towarzyszył. Warto też zapowiedzieć, że w miarę postępów leczenia może dochodzić do odkrywania nowych aspektów choroby, a zarazem do modyfikacji celów terapii. Negocjowanie kontraktu wiąże się więc z wypracowywaniem, nieraz bardzo żmudnym, optymalnej motywacji do takiego leczenia.

Ustalanie z pacjentem języka, w którym będą formułowane i rozważane problemy związane z jego zaburzeniami, nie powinno być narzucaniem mu sformułowań, jakimi posługuje się terapeuta. W żadnym razie nie należy indoktrynować pacjenta i instruować, jak ma nazywać swoje doznania. Znacznie lepiej dostosować się do tego języka, którego używa pacjent. Podobnie nie należy mu sugerować, jakie postawy i poglądy są dla niego najlepsze. Najłatwiej popełnić błąd wówczas, gdy działa się w przekonaniu, że przekazuje się choremu jedynie słuszne wartości, jedyną prawdziwą wiedzę, wynikającą z teorii, która najbardziej przekonuje terapeutę.

Należy uzgodnić zasady współdziałania: obszary objęte tajemnicą lekarską (w przypadku psychoterapii grupowej – zachowanie w tajemnicy informacji o innych chorych i powstrzymywanie się od towarzyskich kontaktów z innymi uczestnikami terapii poza czasem spotkań), możliwości korzystania z magnetofonu itp.; konieczność punktualności, częstość spotkań i zasad obowiązujących w przypadku konieczności ich odwołania, ewentualnie wysokości opłat, ustalenia czasu trwania