

SERIA WYDAWNICZA
WYKŁADY W AEH

PSYCHOTERAPIA

ZASADNICZE KONCEPCJE I TECHNIKI PRACY

RAFAŁ STYŁA

SKRYPTY DLA STUDENTÓW AEH





SERIA WYDAWNICZA WYKŁADY W AEH SKRYPTY DLA STUDENTÓW AEH

PSYCHOTERAPIA ZASADNICZE KONCEPCJE I TECHNIKI PRACY

Rafał Styła

Zmodernizowany program kształcenia przedmiotu dla studentów psychologii

Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie

Opracowane na potrzeby realizacji projektu "Vizja przyszłości" o numerze POWR.03.05.00-00-Z036/18

ISBN 978-83-66552-28-9



**WYDAWNICTWO
AEH**

Wydawnictwo Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej

ul. Okopowa 59

01-043 Warszawa

Warszawa, Listopad 2020

Copyright © 2020 by Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

SPIS TREŚCI

Wstęp	1
Rozdział 1. Psychoterapia i psychoterapeuta: podstawowe informacje	2
1.1. Czym jest psychoterapia?	2
1.2. Kim jest psychoterapeuta?	3
1.3. Zasady etyczne obowiązujące psychoterapeutów	4
1.4. Badania nad skutecznością psychoterapii	6
Rozdział 2. Nurty psychoterapii	9
2.1. Nurt psychoanalityczny/psychodynamiczny	9
2.2. Nurt behawioralno-poznawczy	12
2.3. Nurt humanistyczno-egzystencjalny	15
2.4. Nurt systemowy	16
Rozdział 3. Proces psychoterapii: Od pierwszego kontaktu, przez intensywną pracę, do jej zakończenia ...	19
3.1. Faza początkowa: konsultacje psychoterapeutyczne	19
3.2. Faza środkowa: praca psychoterapeutyczna	23
3.3. Faza kończenia psychoterapii	26
Rozdział 4. Niespecyficzne techniki pracy psychoterapeuty	28
4.1. Podstawowe instrumenty konwersacyjne	28
4.2. Praca z oporem	32
Rozdział 5. Specyficzne techniki pracy	35
5.1. Specyficzne techniki pracy w nurcie psychoanalitycznym	35
5.2. Specyficzne techniki pracy nurcie poznawczo-behawioralnym	36
5.3. Specyficzne techniki pracy nurcie humanistyczno-egzystencjalnym	38
5.4. Specyficzne techniki pracy w nurcie systemowym	41
6. Bibliografia	43

WSTĘP

Niniejszy skrypt został przygotowany dla osób studiujących na kierunku Psychologia w Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie, którzy będą uczestniczyć w zajęciach „Psychoterapia”. Przedmiot ten został zmodernizowany dzięki finansowaniu z Europejskiego Funduszu Społecznego Unii Europejskiej – projektowi „Vizja przyszłości”. Skrypt przedstawia zasadnicze informacje na temat psychoterapii. Dostarcza wiedzy na temat teoretycznych podstaw psychoterapii. Psychoterapia – jak mało, która dziedzina życia społecznego – ma bardzo rozbudowane zaplecze teoretyczne. Każda z podstawowych szkół psychoterapii przedstawia złożoną, rozległą koncepcję osobowości człowieka, opisuje uwarunkowania zdrowego rozwoju i przyczyny powstawania zaburzeń psychicznych. Modele te stanowią punkt wyjścia do opisywania mechanizmów odpowiedzialnych za proces samorozwoju i leczenia w psychoterapii, w tym koncepcji działania technik psychoterapii. W skrypcie znajdują się również informacje praktyczne na temat zawodu psychoterapeuty, organizacji pomocy psychoterapeutycznej w Polsce, przebiegu psychoterapii i stosowanych technik. Uważne zapoznanie się z niniejszym skryptem umożliwi studentowi zdobycie podstawowej wiedzy na temat psychoterapii. Z kolei udział w zajęciach warsztatowych „Psychoterapia”, dla których niniejszy tekst został napisany, da szansę na pogłębienie rozumienia przedstawionych treści w niniejszym skrypcie i umożliwi zdobycie podstawowych umiejętności zastosowania wybranych technik psychoterapii – niespecyficznych i tych charakterystycznych dla psychoterapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej, humanistyczno-egzystencjalnej i systemowej.

Psychoterapia jest fascynującą dziedziną zastosowania wiedzy psychologicznej. Mam nadzieję, że uczestnicy przedmiotu „Psychoterapia” dostrzegą w niej coś, co sprawi, że zaczną razem ze mną podzielać ten pogląd.

Życzę przyjemnej i owocnej lektury!

Rafał Styła

ROZDZIAŁ 1.

PSYCHOTERAPIA I PSYCHOTERAPEUTA: PODSTAWOWE INFORMACJE

1.1. CZYM JEST PSYCHOTERAPIA?

Psychoterapia jako metoda leczenia zaburzeń psychicznych ma już ponad wiek. Za prekursora psychoterapii należy uznać Zygmunta Freuda – twórcy psychoanalizy zapoczątkowanej pod koniec XIX wieku. Od początku XX wieku psychoterapia rozwijała się równolegle w dwóch nurtach: psychoanalitycznym i behawioralnym. Podczas gdy pierwszy z nich podkreślał rolę czynników intrapsychicznych w kształtowaniu się trudności emocjonalnych i objawów zaburzeń psychicznych, drugi podkreślał znaczenie nieprawidłowych nawyków powstających w procesie uczenia się. Współcześnie uznaje się, że istnieją cztery zasadnicze nurty psychoterapii – psychoanalityczny, poznawczo-behawioralny, humanistyczno-egzystencjalny i systemowy (więcej patrz Rozdział 2). Rozumienie mechanizmu zmiany i sposobu pracy psychoterapeutycznej od początku powstania dyscypliny budzą kontrowersje (Czabała, 2006) i do dziś psychoterapia jest różnie definiowana i podkreśla się odmienne mechanizmy jej działania. W zależności od podejścia teoretycznego jest ona opisywana jako forma przewodnictwa, edukacji lub interpersonalnej perswazji, a terapeuta towarzyszy pacjentowi podczas zmiany, pomaga w modyfikacji jego postaw lub wywiera wpływ na pacjenta (Aleksandrowicz, 2000, Czabała, 2006). Szeroką definicję psychoterapii proponuje Polska Rada Psychoterapii zrzeszająca wiele krajowych towarzystw psychoterapeutycznych. W ujęciu tego grona psychoterapia rozumiana jest jako „celowe i planowane oddziaływanie psychologiczne, zmierzające do złagodzenia lub usunięcia objawów zaburzenia lub (i) do poprawy funkcjonowania psychicznego i społecznego, wspierającym dążenia jednostki lub rodziny do zdrowia i rozwoju” (s. 9, Mizerska i wsp., 2018). Definicja ta wskazuje, że sednem psychoterapii jest wykorzystanie w sposób świadomy i zamierzony metod wywodzących się z wiedzy psychologicznej. Niektórzy badacze dodają, że powinny to być zasady psychologiczne o uznanym statusie w psychologii naukowej (Prochaska, Norcross, 2006). Oddziaływania psychologiczne stosowane przez psychoterapeutę służą nie tylko leczeniu zaburzeń psychicznych, ale mogą być również zastosowane w celach samorozwojowych wobec osób bez objawów psychopatologicznych.

W języku angielskim rozpowszechniony jest podział na psychoterapię (ang. *psychotherapy*) i poradnictwo (ang. *counselling*). Pojęcie poradnictwa psychologicznego nie rozpowszechniło się w Polsce. Termin ten wskazuje na krótkoterminową pomoc psychologiczną skierowaną zazwyczaj do osób doświadczających przejściowych trudności psychicznych. Oddziaływaniem psychologicznym posiadającym pewne podobieństwa do psychoterapii w zakresie metod i celów jest również coaching, który stanowi propozycję pomocy psychologicznej w zakresie rozwoju zawodowego. Kontrowersje budzi tzw. life coaching, ze względu na to, że pokrywa się z metodami i celami psychoterapii krótkoterminowej.

1.2. KIM JEST PSYCHOTERAPEUTA?

Psychoterapeuta to osoba, która jest odpowiednio przygotowana do prowadzenia psychoterapii. Psychoterapię może prowadzić uczestnik szkolenia psychoterapeutycznego lub certyfikowany psychoterapeuta. W Polsce można się szkolić w każdym z podstawowych nurtów psychoterapeutycznych i uzyskać certyfikat psychoterapeuty danej szkoły psychoterapeutycznej wydawany przez towarzystwo reprezentujące wybrane szkolenie. Szkolenia są przeznaczone dla osób z wyższym wykształceniem – istnieje natomiast w środowisku spór, czy należy ograniczać dostęp do wykonywania tego zawodu dla osób z wykształceniem niepsychologicznym lub niemedycznym. Mimo braku ustawy o zawodzie psychoterapeuty, istnieje powszechnie uznawane ustalenie, że każde szkolenie – niezależnie od uczoney modalności psychoterapeutycznej – powinno trwać minimum 4 lata i zawierać minimum 1200 godzin kształcenia obejmujących udział w zajęciach teoretycznych i praktycznych. Szkolenie w psychoterapii zawiera klasyczne metody edukacyjne takie jak wykłady, seminaria teoretyczne, warsztaty wybranych umiejętności, staże zawodowe odbywane pod okiem bardziej doświadczonych kolegów. Szkolenie takie zawiera również mniej powszechnie stosowane metody uczenia zawodu: **seminaria etyczne**, superwizję i terapię własną. Złożone sytuacje etyczne są omawiane na seminariach. Dyskusja nad zasadami etycznymi w kontekście przykładów klinicznych stanowi sposób budowania właściwej postawy psychoterapeuty. **Superwizja** to spotkanie, w trakcie którego superwizant omawia z superwizorem (doświadczonym psychoterapeutą i nauczycielem) proces prowadzonej przez niego psychoterapii. Superwizja zazwyczaj odbywa się w formie indywidualnej, czasem w formie grupowej z częstotliwością nie mniejszą niż raz na miesiąc. **Psychoterapia własna** z kolei jest to czas doświadczenia siebie, jako uczestnika psychoterapii. Do uzyskania certyfikatu wymagany jest również opisanie w formie studium przypadku jednego lub więcej procesu psychoterapii poprowadzonego przez kandydata na psychoterapeutę. W Polsce istnieje oddzielna ścieżka szkolenia dla terapeutów uzależnień i terapeutów zajmujących się terapią dzieci i młodzieży.

Istnieją natomiast **trzy najważniejsze certyfikaty „ogólne”** wydawane przed odpowiednie sekcje Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii (ang. *European Association for Psychotherapy*). Komisje certyfikacyjne wymagają, aby kandydat na psychoterapeutę odbył pełne szkolenie w jednostce akredytowanej przez dane towarzystwo i przedstawił do obrony pracę dyplomową składającą się ze studium przypadku.

Nie istnieje jedna lista osób prowadzących psychoterapię, brakuje nawet informacji ilu jest psychoterapeutów w Polsce. W sposób szacunkowy można przypuszczać, że psychoterapię w Polsce prowadzi około dziesięciu tysięcy osób. W 2012 roku zespół psychologów Uniwersytetu Warszawskiego pod kierunkiem prof. Lidii Grzesiuk przeprowadził ogólnopolskie badanie, którego celem było rozpoznanie aktualnego obrazu praktyki psychoterapii w Polsce (Suszek i wsp., 2017). Ankietę wypełniło 1196 osób deklarujących prowadzenie psychoterapii. Odpowiedziały one na pytania o wykształcenie, przebyte szkolenia, doświadczenie i sposób pracy terapeutycznej. Wyniki badań wskazały, że psychoterapię w Polsce prowadzą przede wszyst-

kim osoby z wyższym wykształceniem psychologicznym (75%). Istnieje również duża grupa pedagogów wykonujących zawód psychoterapeuty (13%). Z kolei zaskakującym wynikiem był niewielki odsetek osób o wykształceniu medycznym (5%) prowadzących psychoterapię. W Polsce zdecydowanie dominuje nurt psychoanalityczno-psychodynamiczny - 49% terapeutów deklaruje się, że jest to ich podstawowa afiliacja teoretyczna. Pozostałe nurty są mniej powszechne – humanistyczno-egzystencjalne (12%), poznawczo-behawioralne (11%), systemowe (9%) i pozostałe (w tym integracyjne, 20%). Wyniki badania wskazały, że w zdecydowanej większości psychoterapeutami w Polsce są kobiety (80%), a średni wiek terapeuty wynosi 40 lat. Prawie wszyscy psychoterapeuci prowadzą psychoterapię indywidualną (99%), a mniej więcej 1/3 prowadzi również psychoterapię grupową lub małżeńską/par. Ciekawym wynikiem jest to, że jedynie 11% osób badanych zadeklarowało, że zajmuje się wyłącznie prowadzeniem psychoterapii. Wielu z terapeutów zajmuje się również prowadzeniem warsztatów i treningów, poradnictwem psychologicznym, diagnozą psychologiczną, działalnością dydaktyczno-naukową itp.

1.3. ZASADY ETYCZNE OBOWIĄZUJĄCE PSYCHOTERAPEUTÓW

Psychoterapia to zawód zaufania publicznego, który wymaga szczególnego zwrócenia uwagi na etyczną stronę postępowania psychoterapeuty. Każde z towarzystw psychoterapeutycznych posiada kodeks etyczny i powołuje odpowiednie komisje stojące na straży jego przestrzegania. Organizacje zrzeszające psychoterapeutów posiadają również opracowany sposób zgłaszania nadużyć oraz procedurę postępowania w przypadku skarg (lub wątpliwości) ze strony osób korzystających z psychoterapii. Przykładem takiego dokumentu jest Kodeks etyczny Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego¹. Praca terapeutyczna, której celem jest łagodzenie cierpienia i zmniejszenie trudności emocjonalnych, prowadzi do sytuacji, w której psychoterapeuta ma przewagę emocjonalną i poznawczą nad pacjentem. W związku z tym każdy psychoterapeuta jest zobowiązany do odpowiedniego namysłu nad charakterem i skutkami powstałej przewagi, tak aby uchronić pacjenta przed – nawet niezamierzonym – nadużyciem władzy.

Szczegółowy opis standardów zachowań można znaleźć na stronach Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, towarzystw „parasolowych” zrzeszających psychoterapeutów pracujących w różnych nurtach psychoterapeutycznych i szkolących się w różnych ośrodkach szkoleniowych w Polsce. Wytyczne obejmują opis zasad dotyczących obszarów kompetencji zawodowych, świadomości własnej odpowiedzialności i wpływu na proces psychoterapii i osobę z niej korzystającą, standardów moralnych i prawnych, tajemnicy zawodowej oraz charakteru relacji z pacjentem. Standardy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego określają dodatkowo etyczne zachowania względem relacji z innymi profesjonalistami, sytuacji korzystania z technik diagnostycznych, wystąpień publicznych i badań naukowych.

Naczelną zasadą etyczną psychoterapeutów jest troska o dobro pacjenta. Stanowi ona punkt odniesienia wobec wszystkich działań psychoterapeuty – tych związanych z rzadkimi dylematami etycznymi jak i standardowymi sytuacjami. A zatem każda decyzja psychoterapeuty – np. decyzja o zaproponowaniu psychoterapii, o jej formie, warunkach, przerwaniu, stosowanych procedurach diagnostycznych, technikach psychoterapeutycznych lub ewentualnym uwzględnieniu potrzeb osób trzecich – powinna opierać się na ocenie tego, co leży w najlepszym interesie jego pacjenta.

Postawa psychoterapeuty skoncentrowana na dobru pacjenta związana jest z szeregiem zasad uszczegółowiających. Po pierwsze, **terapeuta powinien traktować pacjenta w sposób podmiotowy, bezstronnie i uczciwie, szanując autonomię drugiej osoby, jej przekonania, system wartości i podejmowane decyzje.** W gabinecie psychoterapeutycznym nie powinno być miejsca na dyskryminację ze względu na płeć, pochodzenie etniczne, orientację seksualną, religię, status ekonomiczny czy wyznawane wartości. Jeśli natomiast system przekonań pacjenta może wiązać się z doświadczanymi przez niego trudnościami emocjonalnymi, psychoterapeuta jest zobowiązany do rzetelnej informacji i uzgodnienia zakresu pożądanych zmian. Wyobraźmy sobie pacjentkę zgłaszającą się do terapii w trakcie procesu in vitro, parę proszącą o konsultację tuż przez ewentualną decyzją o usunięciu ciąży lub osobę odrzucającą własną homoseksualną orientację z zamiarem wejścia w związek małżeński. W każdej z wymienionych sytuacji psychoterapeuta, chcąc postąpić etycznie, powinien powstrzymać się od moralnej oceny pacjenta w obszarach różnic i zatrzymać chęć wpływu na jego zachowanie, a w przypadku znaczącej rozbieżności pomiędzy systemem wartości pacjenta i psychoterapeuty, która uniemożliwia owocną współpracę, należy rozważyć skierowanie pacjenta do innego psychoterapeuty.

Kolejną ważną zasadą etyczną jest **obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej.** Oznacza on konieczność nieujawniania danych pacjenta, informacji dotyczących jego stanu zdrowia lub sytuacji życiowej. Istnieją jedynie nieliczne wyjątki od tej reguły. Konieczność ujawnienia danych pacjenta może wynikać ze sposobu organizacji pracy (np. psychoterapia prowadzona w ramach dużej poradni wymaga rejestracji pacjenta w systemie ośrodka; w sytuacji rozliczenia płatności za wizytę z NFZ dane pacjenta muszą zostać ujawnione płatnikowi) lub być poprzedzona świadomą decyzją psychoterapeuty związaną z oceną ewentualnego zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta. Podjęcie stosownych działań jak kontakt z rodziną, lekarzem, opieką społeczną lub policją jest wtedy uzasadnione. Ponieważ są to najczęściej sytuacje niejednoznaczne, a ocena wiarygodności informacji uzyskanych od pacjenta oraz ryzyka wystąpienia niebezpiecznego zachowania rzadko jest wolna od zakłóceń powodowanych silnymi emocjami, warto rozważyć wcześniejszą konsultację z innym specjalistą. Wszystkie takie sytuacje powinny być uprzednio omówione z pacjentem. Oczywiście zasada poufności nie ogranicza korzystania z uzyskanych informacji w celu jak najlepszej pomocy pacjentowi. Terapeuci rozmawiają o swoich pacjentach w sytuacjach szkoleniowych, superwizyjnych lub intrawizyjnych². Powinni wtedy zachować dbałość o pominięcie szczegółów ułatwiających rozpoznanie danej osoby.

Troska o dobro pacjenta oznacza również **konieczność zachowania formalnego charakteru relacji**. Spotkania powinny być ograniczone wyłącznie do kontekstu psychoterapeutycznego. Zasady finansowe i organizacja sesji powinny zostać omówione z pacjentem i przez niego świadomie zaakceptowane. Ustalenia te powinny być stosunkowo sztywne, a ewentualne zmiany przedyskutowywane i zaakceptowane przez klienta. Na przykład, w przypadku psychoterapii odpłatnej, przyjętym jest, że cena psychoterapii się nie zmienia. Wyjątkiem od tej reguły jest sytuacja wieloletniego procesu terapii – wówczas cena może zostać dostosowana do zmian rynkowych.

Ważnym obowiązkiem terapeuty jest również **dbałość o własne kompetencje**. Terapeuta rozwija i uzupełnia swoją wiedzę, dba o dobry stan fizyczny i psychiczny. Istotną jest również świadomość własnych ograniczeń. Kierując się zasadami etycznymi terapeuta może odmówić pracy z danym pacjentem, kiedy – biorąc pod uwagę własne ograniczenia emocjonalne, doświadczenia kliniczne i umiejętności – uzna, że nie ma wystarczających kwalifikacji, aby pacjentowi pomóc w sposób kompetentny.

Psychoterapia – patrząc z perspektywy profesjonalisty – to doświadczenie kontaktu z osobą z trudnościami emocjonalnymi, z jej światem wewnętrznych przeżyć i właściwym dla niego sposobem tworzenia relacji. Takie spotkanie może wywoływać u psychoterapeuty silne emocje i zakłócać czasowo jego zdolność do myślenia, a tym samym odpowiedniego wykonywania swojego zawodu. Z tego powodu psychoterapia wymaga wyraźnych ram, które tworzą bezpieczne dla obu stron środowisko umożliwiające rozwijanie się relacji psychoterapeutycznej i pracę nad delikatnymi, emocjonalnie obciążającymi problemami natury psychicznej. Zasady etyczne – obok reguł teoretycznych i technicznych danej szkoły psychoterapii – stanowią ważny element ram wykonywania zawodu psychoterapeuty.

1.4. BADANIA NAD SKUTECZNOŚCIĄ PSYCHOTERAPII

Psychoterapia jest dziedziną szeroko badaną za pomocą metod o charakterze ilościowym i jakościowym. Do zasadniczych pytań badawczych należą: „czy psychoterapia działa?”, „czy istnieją istotne różnice w zakresie skuteczności odmiennych szkół psychoterapii?”, „jakie są negatywne efekty psychoterapii?”, „jakie właściwości klienta są powiązane z dobrymi wynikami terapii?”, „jaki jest wpływ właściwości terapeuty na efektywność terapii?”, „jakie cechy relacji prowadzą do sukcesu terapii?”, „jakie techniki psychoterapii są skuteczne?”, (Cooper, 2010). Ze względu na ograniczenia niniejszego opracowania poniżej udzielona zostanie odpowiedź na trzy pierwsze pytania (a studenta zainteresowanego pogłębieniem wiedzy z zakresu badań nad psychoterapią odsyłam do podręcznika Micka Coopera (2010)).

Skuteczność psychoterapii jest warunkiem koniecznym jej istnienia³. Stąd wiele wysiłku zostało włożone w to, aby sprawdzić, czy jest to metoda przewyższająca skutecznością efekt samoistnej poprawy lub działania niespecyficznych czynników leczących (np. efektu placebo). Zagadnienie to podejmowane było w setkach badań. Historycznie rzecz ujmując, istnieją badania wskazujące, że psychoterapia nie jest bardziej skuteczna niż samoistna poprawa i efekt placebo, na przykład praca Eysencka (1952) i metaanaliza Prioleau, Murdock

i Brody (1983). Jednakże sposób analizy danych przez Eysencka (1952) oraz wnioski z nich płynące były krytykowane za znaczne metodologiczne błędy (np. brak ekwiwalentności porównywanych grup) prowadzące do stronnictwej oceny efektów psychoterapii (Kiesler, 1966). Dodatkowo, niedawno wykryte fałszerstwa naukowe ze strony Hansa Eysencka (Marks, 2019) tym bardziej podkopują wiarygodność jego wniosków. Z kolei metaanaliza Prioleau i wsp. (1983) spotkała się z krytyką dotyczącą rzetelności i trafności przeprowadzonych analiz (Lambert, Shapiro, Bergin, 1986). Współcześnie spór o to, czy psychoterapia w ogóle działa, wygasa. W przeważającej większości metaanalizy badań nad skutecznością psychoterapii, co uwidacznia się w metaanalizie metaanaliz, wskazują, że **psychoterapia jest metodą prowadzącą do pozytywnych efektów, przewyższających te, które uzyskują osoby z grup kontrolnych bez placebo oraz z placebo** (Lipsey, Wilson, 1993). Wraz ze wzrostem liczby badań pojawiają się nowe podsumowania metaanalizy wykazujące skuteczność psychoterapii w różnych jej odsłonach i wobec konkretnych grup pacjentów (np. Barkowski i wsp., 2020; Cuijpers i wsp., 2020). Niektórzy autorzy wręcz uważają, że badania udowadniają ponad wszelką wątpliwość, że psychoterapia jest skuteczna i w związku z tym nie ma żadnych powodów, aby kontynuować tego typu badania. Z perspektywy tej grupy badaczy kluczowym jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób psychoterapia działa (Czabała, 2006).

Aby określić odsetek osób, które z psychoterapii korzystają, warto powołać się na klasyczną, często cytowaną metaanalizę Smitha, Glassa i Millera (1980; za: Lambert i in., 1986), w której wykorzystano wyniki 475 badań uwzględniających pacjentów z wieloma diagnozami psychiatrycznymi uczestniczących w psychoterapii prowadzonej według zasad różnych szkół. Analizy te wskazują, że przeciętnie 66% pacjentów korzysta z psychoterapii, podczas gdy spontanicznej poprawy doświadcza 34% osób z grupy kontrolnej (Rosenthal 1983; za: Lambert i in., 1986). Wartości te można uznać za pewne przybliżenie średniej efektywności psychoterapii (Lambert i in., 1986).

W badaniach nad skutecznością psychoterapii podejmowany jest również temat różnic w zakresie efektywności odmiennych metod terapii (Rakowska, 2005). Zagadnienie to nadal wzbudza kontrowersje. Z jednej strony, część metaanaliz głosi, że różnice między efektywnością psychoterapeutów reprezentujących odmienne szkoły są nieznaczne (np. Smith, Glass, 1977), co w literaturze określane jest mianem **werdyktu ptaka dodo**. Z drugiej strony, istnieją także metaanalizy wskazujące na istnienie istotnych różnic – zwłaszcza na korzyść terapii behawioralno-poznawczej (np. Shapiro, Shapiro, 1982). Wydaje się jednak, iż więcej badań wskazuje na porównywalny poziom efektywności podstawowych szkół psychoterapii (Rakowska, 2005), chociaż nadal brakuje konsensusu w tym zakresie (Cooper, 2010).

W porównaniu do licznych badań nad skutecznością psychoterapii analiza jej negatywnych efektów budzi relatywnie małe zainteresowanie (Barlow, 2010). Jest to zaskakujące, ponieważ precyzyjne określenie czynników warunkujących niepowodzenie psychoterapii wydaje się podstawowym sposobem na ograniczenie jej negatywnych konsekwencji. Przeprowadzona w ostatnich latach ocena skuteczności leczenia w

brytyjskiej służbie zdrowia wskazuje, że ponad 5% pacjentów kończy psychoterapię z większym nasileniem trudności niż, gdy ją zaczynali (Rozental i wsp., 2018).

Przyczyny nieudanej psychoterapii należy upatrywać zarówno w zmiennych związanych z (1) właściwościami terapeuty, (2) ze stosowanymi przez niego technikami jak i (3) cechami samego klienta. Wśród cech i zachowań psychoterapeuty negatywnie wpływających na efekty psychoterapii należy wymienić łamanie zasad etycznych (np. w postaci nawiązania relacji seksualnej), brak odpowiednich kompetencji, wykształcenia i przygotowania zawodowego oraz czynniki związane z charakterem reakcji emocjonalnej psychoterapeuty na pacjenta. Szczególnie negatywny wpływ mają dwa rodzaje reakcji: (1) lęk psychoterapeuty prowadzący do unikania rozmowy na tematy trudne oraz (2) wrogość i postawa krytycyzmu ujawniająca się w obwinianiu i ocenianiu rozmówcy (Kachele, Schachter, 2014; Rakowska 2005). Niekorzystne rezultaty psychoterapii wiążą się również z niewłaściwą diagnozą trudności pacjenta, nieumiejętnym stosowaniem technik terapeutycznych, niedostosowaniem ich do rodzaju zaburzeń pacjenta, jego właściwości lub etapu procesu zmiany. Ważnym czynnikiem mającym wpływ na nieskuteczność pracy terapeutycznej jest także rodzaj zaburzenia osoby poddającej się psychoterapii (im większe nasilenie trudności pacjenta, tym większa szansa na niepowodzenie terapii), brak motywacji, nierealistyczne oczekiwania wobec psychoterapii, spostrzeganie przyczyn trudności w innych ludziach (Rakowska, 2005).

ROZDZIAŁ 2. NURTY PSYCHOTERAPII

Psychoterapia jest dziedziną szeroką. Istnieją różne kryteria, według których można dokonać podziału psychoterapii. Zasadnicza forma klasyfikacji psychoterapii odnosi się do orientacji teoretycznej, co pozwala na różnicowanie ze względu na sposób myślenia i pracy psychoterapeuty. Wówczas mówimy o nurtach psychoterapii (lub szkołach). Współcześnie wyodrębnia się cztery zasadnicze szkoły psychoterapii: **psychoanalityczna/ psychodynamiczna, behawioralno-poznawcza, humanistyczno-egzystencjalna i systemowa**. Dodatkowo, wyodrębnia się nurt integracyjny i grupę „inne”, których nie da się łatwo zaklasyfikować do pięciu poprzednich ujęć (np. psychoterapia Ericksonowska). Poniżej zostaną przedstawione charakterystyczne cechy czterech najważniejszych nurtów psychoterapeutycznych, z uwzględnieniem podstawowych założeń dotyczących przyczyn trudności psychicznych i stosowanych metod pomocy.

2.1. NURT PSYCHOANALITYCZNY/PSYCHODYNAMICZNY

Zygmunt Freud definiował psychoanalizę jako **procedurę badania zjawisk umysłowych, zbiór teorii psychologicznych opartych na takim badaniu oraz wynikającą z nich metodę leczenia zaburzeń psychicznych** (Sokolik, 2005). Stanowi ona najstarszy nurt psychoterapeutyczny, a jej początek jest wiązany z wydaniem w 1895 roku książki Freuda i Josefa Breuera zatytułowanej „Studia nad histerią”. Od tego czasu teoria i technika pracy podlegała uzupełnieniom i weryfikacji. Obecnie wyróżnia się cztery najważniejsze szkoły psychoanalityczne: (1) klasyczną (wiedeńską, freudowską), (2) francuską (lingwistyczną, lacanowską), (3) angielską (relacji z obiektem) i (4) amerykańską (powstałą w oparciu o psychologię ego). Ostry niegdyś podział obecnie zaciera się i współcześnie psychoanalitycy coraz częściej stosują zasady różnych szkół, dostosowując technikę do właściwości pacjenta.

Psychoterapeuci psychoanalityczni relatywnie dużą wagę przywiązują do konceptualizacji właściwości życia psychicznego. Istnieją liczne i starannie dopracowane koncepcje teoretyczne stanowiące podstawę myślenia o człowieku, jego psychice, koncepcje zdrowia i psychopatologii. Pomimo wyraźnych różnic i żywej dyskusji między przedstawicielami poszczególnych podejść, można wyróżnić zbiór twierdzeń, leżących u podstaw pracy psychoanalityka. Najważniejsze stanowi założenie o istnieniu **nieświadomego życia psychicznego jednostki**. To ono determinuje objawy i zachowania pacjenta. Podkreśla się również **wpływ doświadczeń z dzieciństwa** na właściwości struktury psychicznej osoby dorosłej. W psychoanalizie głównym narzędziem rozumienia pacjenta jest **przeniesienie, przeciwprzeniesienie i analiza źródeł oporu pacjenta**.

Psychoanaliza zmieniała się na przestrzeni lat, przybierając formę psychoterapii psychoanalitycznej lub psychodynamicznej, które obecnie są dostępne dla pacjentów równolegle do klasycznego podejścia. Klasyczna psychoanaliza prowadzona jest na kozetce, 4-5 razy w tygodniu, podczas gdy terapeuci psychoanalityczni proponują pracę 2-3 razy w tygodniu – na kozetce, ale również „twarzą w twarz”. Psychoterapeuci

psychodynamiczni z kolei zazwyczaj proponują pracę raz w tygodniu i nie korzystają z kozetki. W podejściach psychodynamicznych rozwija się również psychoterapia krótkoterminowa (Seligman, 2006). Zmiany dotyczą nie tylko częstotliwości pracy. Obejmują również przesunięcie akcentu z zainteresowania instynktami i konfliktami wewnętrznymi na rozwój struktury psychicznej, poczucie własnego „ja” i zmianę charakteru relacji z wewnętrznymi obiektami. Glen Gabbard, znany amerykański psychiatra i autor licznych tekstów na temat psychoterapii, definiuje psychoterapię psychodynamiczną jako terapię, która „koncentruje się interpretacjach przeniesienia i oporu dokonywanych w starannie wybranych momentach oraz na wrażliwym zrozumieniu wkładu terapeuty w interakcję z pacjentem” (Gabbard, 2011, s. 3). Psychoterapeuci psychodynamiczni preferują rozumienie trudności osoby w kategoriach deficytów, nie tylko konfliktów, akcentują również znaczenie i analizę charakteru relacji terapeutycznej w przeciwieństwie do psychoanalityków, podkreślających wagę interpretacji i uzyskiwanego dzięki nim wglądu (Gabbard, 2011; Prochaska, Norcross, 2006).

Zaburzenia psychiczne zgodnie z myśleniem psychoanalitycznym są rozumiane jako konsekwencja właściwości wewnętrznego świata pacjenta, obecnych lęków i stosowanych obron. W przypadku zaburzeń nerwicowych, które początkowo stanowiły główny przedmiot zainteresowania psychoanalizy, objawy stanowią wyraz **wewnętrznego konfliktu między trzema elementami wewnętrznej struktury jednostki: id, ego i superego**. **Id** stanowi aspekt psychiki dążący do zaspokojenia seksualnych lub agresywnych popędów, **superego** zawiera zakazy i nakazy, określa system wartości jednostki i tym samym bywa utożsamiany z sumieniem. **Ego** stanowi natomiast częściowo świadomy element osobowości - zawiera osobiste poglądy, przekonania, pośredniczy między id a superego, wybiera możliwe do realizacji cele. Poszukując możliwości realizacji potrzeb każdej z instancji psychicznej, ego może sięgać po mechanizmy obronne, które zniekształcają rzeczywistość wewnętrzną. Kiedy kompromis między pragnieniami a zakazami okazuje się niemożliwy, dochodzi do powstawania objawów nerwicowych, które stanowią pewnego rodzaju rozwiązanie istniejącego konfliktu. Zazwyczaj objawy nerwicowe stanowią jedynie pozorne „rozwiązanie” konfliktu wewnętrznego – najczęściej przynoszą one cierpienie jednostce i jej otoczeniu. Sprawiają jednak, że nie dochodzi do uświadomienia sobie źródła konfliktu i wewnętrznej konfrontacji. **Przykładem powstania objawów nerwicowych** może być sytuacja studenta, syna lekarzy, który pod presją oczekiwań rodziców postanawia podejść do egzaminu na medycynę. Silny ból w klatce piersiowej i trudności z oddychaniem powodują jednak, że w dniu egzaminu zgłasza się na izbę przyjęć najbliższego szpitala. Nie dostaje się zatem na niechciane studia a równolegle unika niezadowolonych rodziców, oczywistego w przypadku jawnej odmowy.

Następcy Freuda zwrócili uwagę na obecność innych przyczyn trudności psychicznych. Zmiana paradygmatu wynikała z rosnącego zainteresowania pracą z osobami głębiej zaburzonymi (przejawiającymi zaburzenia osobowości i doświadczającymi objawów psychozy). Mechanizm rozumienia zaburzeń w oparciu o konflikt między wyodrębnionymi częściami osobowości nie wystarczał. Co więcej, zauważono, że

zorganizowana i spójna wewnętrzna struktura psychiczna, w ramach której dochodziło do skutkującego objawami nerwicowymi konfliktu, stanowi osiągnięcie rozwojowe. Rozwój rozumiano jako przechodzenie od stanu całkowitej zależności od opiekuna, zakładającego **brak zróżnicowania siebie i drugiej osoby, do przeżycia siebie jako odrębnej jednostki**, posiadającej specyficzne i różne od innych myśli, emocje, doznania. Taki rozwój przebiega w relacji z uważnym opiekunem pomieszczającym i nadającym znaczenie doświadczeniom dziecka. Niepowodzenie tego procesu, uwarunkowane zarówno właściwościami dziecka jak i charakterem opieki, skutkuje **deficytami wewnętrznej struktury**. U takich osób dominują **pierwotne mechanizmy obronne**, utrudniające integrację wewnętrznego doświadczenia i zakłócające możliwość adekwatnego postrzegania rzeczywistości. W przypadku najpoważniejszych zaburzeń psychicznych – psychoz, psychoanalitycy dostrzegają zatarcie granic, nie tylko w wewnętrznym świecie jednostki (kiedy np. nie wiem, czy jakaś cecha lub emocja jest moja, czy mojej mamy), ale również między ja a światem zewnętrznym.

Zdrowie psychiczne zdaniem psychoterapeutów tego nurtu zakłada zdolność do doświadczania rzeczywistości, bez konieczności jej zniekształcania. Sednem procesu leczenia jest uświadomienie sobie przez pacjenta treści, które dotychczas pozostawały nieświadome, emocji, pragnień, lęków, konfliktów wewnętrznych. Kluczową metodą odkrywania właściwości wewnętrznego świata stanowi badanie swobodnych skojarzeń pacjenta pojawiających się w trakcie sesji. Oznacza ono analizę wypowiedzianych przez pacjenta bez cenzury myśli, fantazji, wyobrażeń, marzeń sennych. Jako „komunikat z nieświadomości” psychoanalitycy rozumieją również wymykające się spod świadomej kontroli zachowania – pomyłki językowe, spóźnienia, nieobecności, objawy psychopatologiczne lub nieoczekiwane doznania somatyczne.

Praca nad odkrywaniem nieświadomości odbywa się również przez **analizę relacji psychoterapeutycznej**. Znaczący jej aspekt stanowi przyglądanie się charakterowi **przeniesienia**, czyli sposobowi w jaki pacjent przeżywa psychoterapeutę (z założenia przenosząc uczucia kierowane do innych znaczących osób z przeszłości np. rodziców). Pozwala to na zrozumienie unikalnego sposobu, w jaki każdy z nas doświadcza kontaktu z drugim człowiekiem, oddzielenie teraźniejszości od przeszłości, elementów świata wewnętrznego (naszych wyobrażeń, oczekiwań) od realnych zdarzeń i zachowań innych. Setting, czyli zbiór zasad dotyczących kontaktu między terapeutą a pacjentem, zakładający dużą częstotliwość spotkań sprawia, że osoba terapeuty staje się bardzo ważna w życiu pacjenta, a przeżywane emocje – intensywne. Ponieważ większość doświadczeń istotnych z perspektywy psychoanalitycznej wydarzyła się we wczesnym dzieciństwie i tym samym nie są one świadomie pamiętane, rozwijające się w sytuacji terapeutycznej przeniesienie jest istotnym źródłem informacji o charakterze wczesnych relacji pacjenta.

Źródłem zrozumienia dla nieświadomego życia psychicznego pacjenta jest również **przeciwprzeniesienie**, które odnosi się do wszelkich reakcji emocjonalnych terapeuty na pacjenta, w szczególności do aktywowanych nieświadomych konfliktów ujawniających się u klinicysty. Psychoterapeuta – dzięki autoanalizie – jest w stanie przyglądać się własnym reakcjom i ich powiązaniom ze światem wewnętrznym pacjenta.

Dzięki zrozumieniu własnych reakcji przeciwprzeniesieniowych psychoterapeuta może uzyskać wgląd w problematykę pacjenta, a uzyskaną wiedzę wykorzystać, na przykład, do sformułowania interpretacji.

2.2. NURT BEHAVIORALNO-POZNAWCZY

Psychoterapia behawioralno-poznawcza (ang. cognitive-behavioral therapy, CBT) stanowi połączenie dwóch szkół psychoterapii – terapii behawioralnej i poznawczej. Terapia behawioralna rozwijana intensywnie od połowy lat pięćdziesiątych XX wieku została zintegrowana z terapią poznawczą powstałą w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku. CBT jest propozycją krótkoterminowej psychoterapii, o dużym stopniu ustrukturyzowania jej przebiegu. Zwolennicy tego ujęcia duży nacisk kładą na ilościowe badania naukowe potwierdzające skuteczność tej formy oddziaływań. W środowisku terapeutów behawioralno-poznawczych ukuto termin **psychoterapii opartej na dowodach naukowych** (ang. *evidence based treatment*). Dana technika pracy może być określona jako oparta na dowodach naukowych, jeśli jej zastosowanie wobec wybranej grupy pacjentów (np. osób z diagnozą depresji) zostało ocenione jako skuteczne w badaniach eksperymentalnych. Twórcy i teoretycy nurtu poznawczo-behawioralnego wykorzystują wiedzę na temat procesów uczenia się i wpływu myślenia na zachowanie i emocje.

Współczesna **terapia behawioralna** nie stanowi jednolitego systemu myślenia i działania; istnieją znaczne różnice w środowisku analityków zachowania pod względem teoretycznym i w zakresie stosowanych technik (Prochaska, Norcross, 2005). Obejmuje szerokie spectrum technik, zbiór założeń teoretycznych (spójny fundament stanowią teorie uczenia się) oraz **wspólną orientację metodologiczną**. Postawa metodologiczna terapeuty behawioralnego zakłada, że proces terapii stanowi przedsięwzięcie empiryczne, wymagające sprawdzenia efektów za pomocą procedur badawczych. Każda technika terapii powinna wywodzić się z teorii popartej wynikami badań naukowych. Skuteczność jej stosowania jest zatem sprawdzona w kontrolowanych warunkach badawczych w odniesieniu do konkretnych trudności (np. lęku fobicznego). Metoda pracy zostaje następnie precyzyjnie opisana (zazwyczaj w formie podręcznika) i jest możliwa do replikacji. Efektem terapii behawioralnej jest zmiana konkretnego problemowego zachowania, a zmiana ta powinna być trwała i ewentualnie prowadzić do generalizacji na inne sytuacje życiowe. Na przykład, w przypadku studentki pracującej nad własnym lękiem przed wystąpieniami publicznymi celem udziału w terapii behawioralnej byłoby swobodne wygłoszenie referatu na zajęciach akademickich. Powinna ona także czuć się swobodniej, gdy zabiera głos w dyskusji na seminarium. Efekt ten powinien utrzymywać się na długo po zakończeniu terapii.

Terapeuci behawioralni rozumieją objawy psychopatologiczne (np. anoreksję) jako efekt procesu uczenia się. Behawioryści są przekonani, że warunki środowiskowe mają większe znaczenie dla rozwoju zaburzenia psychicznego niż wewnętrzne cechy podmiotu – w związku z tym terapia behawioralna nie rozwijała całościowej koncepcji osobowości. Zauważono, że **większość nieprawidłowych zachowań** (np. unikanie jedzenia) jest nabywana i **podtrzymywana zgodnie z tymi samymi zasadami uczenia się, co zachowania**

prawidłowe (np. utrzymywanie właściwej diety). Tym samym terapia behawioralna oznaczała radykalne odejście od medycznego modelu psychopatologii. Niedostosowane zachowanie jest samo w sobie postrzegane jako problem, wymagający zmiany, **nie stanowi objawu ukrytego zaburzenia** (jak np. w modelu psychoanalitycznym). Diagnoza skupia się zatem na określeniu determinantów danego zachowania (np. czynników wzmacniających nieprawidłowe zachowanie).

Terapeuta behawioralny koncentruje się na zmianie danego problemowego zachowania. Modyfikacja jest możliwa dzięki celowemu zastosowaniu technik terapeutycznych opartych na jednym z trzech mechanizmów uczenia się: **warunkowaniu klasycznym** (powiązanie bodźca pierwotnie obojętnego z reakcją bezwarunkową), **warunkowaniu sprawczym** (tendencja do powtarzania zachowań nagradzanych i unikania zachowań związanych z karą) i **modelowaniu** (uczenie się przez obserwację i naśladowanie) (por. Rozdział 6).

Rozszerzenie terapii behawioralnej o komponentę poznawczą określa się mianem „drugiej fali”. Głównym obszarem zainteresowania terapeutów poznawczych jest sposób w jaki myślimy o sobie i otaczającym nas świecie. Nasze emocje i zachowanie zależą od tego jak interpretujemy daną sytuację. Podobnie jak behawioryści, psychoterapeuci poznawczy podkreślają rolę uczenia się. Jego efektem są jednakże zmiany przede wszystkim w zakresie struktur poznawczych. Wśród najbardziej znanych metod pracy z tego nurtu należy wymienić **terapię racjonalno-emotywną (REBT)** Alberta Ellisa oraz **terapię poznawczą (CT)** Aarona Becka. Obecnie, dla podkreślenia ewolucji podejścia CBT, używa się określenia „trzeciej fali”. Zawiera one zróżnicowane propozycje podkreślające rolę relacji terapeutycznej, emocjonalności, wyznawanych wartości i uważności. Do tych nowych rozwinięć terapii poznawczo-behawioralnej zalicza się m.in. **terapię opartą na akceptacji i zaangażowaniu (ACT)**, **terapię poznawczą opartą na uważności (MBCT)**, **terapię dialektyczną-behawioralną (DBT)** oraz **terapię schematów**.

Zaburzenia emocjonalne i psychiczne terapeuci poznawczy wiążą z irracjonalnym, często nadmiernie sztywnym, sposobem myślenia. Utrwalony wzorzec myślenia nazywany jest **schematem poznawczym**. Zawiera on wiedzę podmiotu na temat rzeczywistości, siebie i innych ludzi. Najczęściej ułatwia nam życie, organizując myślenie. Bywa jednak też tak, że wyraźnie utrudnia możliwość adekwatnego funkcjonowania. Zbyt sztywne schematy poznawcze stają się podstawą do subiektywnego przekształcania znaczenia wydarzeń, ograniczając kontakt z rzeczywistością, a popełniane **błędy poznawcze** (np. **selektywne abstrahowanie** – wnioskowanie oparte na pojedynczej przesłance lub **nadmierna generalizacja**) ostatecznie są źródłem cierpienia emocjonalnego i dysfunkcyjnych zachowań. Istnieją precyzyjne konceptualizacje treści schematów poznawczych w przypadku poszczególnych trudności i zaburzeń psychicznych. Najbardziej znanym przykładem jest poznawczy model depresji Becka opisujący świat psychiczny depresyjnego pacjenta (1967) jako zdominowany przez negatywne myślenie o (1) świecie, (2) sobie i (3) przyszłości (tzw. triada Becka).

Terapia zaburzeń psychicznych w ujęciu poznawczym zakłada konieczność zmiany myślenia o sobie i świecie zewnętrznym. Zgodnie z podstawowymi założeniami przyjętymi przez przedstawicieli tego nurtu, wraz ze zmianą myślenia, zmienia się sposób przeżywania i zachowania podmiotu. W toku psychoterapii pacjent rozpoznaje a później rezygnuje z tych schematów poznawczych, które wpływają negatywnie na jego życie. Uczy się również bardziej adaptacyjnych sposobów myślenia. Poszukiwanie nieadaptacyjnych schematów poznawczych rozpoczyna się poprzez rozpoznawanie **myśli automatycznych** pojawiających się w konkretnych sytuacjach, a zarazem budzących silne emocje. W toku terapii analizowane są ewentualne zniekształcenia i omawiane alternatywne sposoby interpretacji rzeczywistości. W ten sposób irracjonalne myślenie stopniowo jest zastępowane schematami adaptacyjnymi. Opracowano wiele procedur **identyfikowania dezadaptacyjnych przekonań i nieadekwatnych schematów poznawczych**. Terapeuci tego nurtu mogą korzystać z podręczników zawierających szczegółowo opracowane algorytmy postępowania, formularze i protokoły pracy z pacjentem (np. Padesky, Greenberger, 2004). Istnieją również podręczniki dla pacjentów pozwalające na samodzielną pracę pacjenta poza gabinetem (np. Padesky, Greenberger, 2017).

Psychoterapeuta poznawczo-behawioralny pracuje w sposób **dyrektywny**; ustala przebieg sesji proponując konkretne tematy lub ćwiczenia, edukuje pacjenta w zakresie mechanizmów powstawania zaburzeń i sposobów wprowadzania zmian, prosi o wykonanie zadań poza sesjami. Praca koncentruje się na usuwaniu nieadekwatnych i rozwijaniu pożądanых reakcji na bodźce, zmianie nawykowego sposobu zachowania, przekształcanie znaczeń przypisywanym doświadczeniom życiowym i, w konsekwencji, reorganizacja niewłaściwych wzorców myślenia oraz uczenie się potrzebnych do adekwatnego funkcjonowania umiejętności (Czabała, 2006).

Opisując terapię poznawczo-behawioralną warto wspomnieć o zyskującej rosnące zainteresowanie **terapii schematów Jeffreya Younga**. Formalnie jest ona klasyfikowana jako przykład tzw. trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej, praktycznie tworzy ona terapię integracyjną łączącą sposób myślenia i techniki wywodzące się z terapii CBT, psychoterapii psychodynamicznej (teorii relacji z obiektem), psychoterapii Gestalt oraz teorii przywiązania (Arntz, Jacob, 2019).

Elementarnym pojęciem terapii schematów jest wczesny **dezadaptacyjny schemat** (ang. *early maladaptive schema*, EMS), definiowany jako spójny sposób rozumienia siebie, ludzi i świata, wypracowany w oparciu o wczesne doświadczenia. Określa on percepcję i interpretację aktualnych wydarzeń i stąd nierzadko ogranicza zachowanie jednostki do określonych wzorców funkcjonowania. Celem pracy terapeuty jest zidentyfikowanie tych schematów, zwiększenie nad nimi kontroli i osłabienie wpływu powiązanych z nimi emocji, doznań cielesnych, myśli i zachowań (Young, Klosko, Weishaar, 2019).

Terapia schematów różni się od klasycznej pracy poznawczo-behawioralnej w kilku kluczowych aspektach: (1) jest terapią średnio- lub długoterminową, (2) terapeuta odnosi się do dzieciństwa pacjenta, (3) kładzie się większy nacisk na empatyczną i autentyczną relację terapeutyczną, (4) poza technikami poznawczymi i behawioralnymi korzysta się z narzędzi uruchamiających emocje i korygujących dotychczasowe

doświadczenia emocjonalne (np. z techniki pracy z krzesłami zaczerpniętej z terapii Gestalt). Terapia pozostaje nadal silnie ustrukturalizowana, a pracę terapeuty cechuje aktywne i dyrektywne podejście. Jest ono jednocześnie humanistyczne i oparte na współczuciu. Specyficzna jakość relacji terapeutycznej służy korygowaniu destrukcyjnych schematów, co określane jest jako „ograniczone powtórne rodzicielstwo”. W ten sposób pacjent ma możliwość częściowego zaspokojenia zdeprywowanych w dzieciństwie potrzeb. Co więcej, właściwości kontaktu z psychoterapeutą są analizowane w kontekście obecności opartych na schematach wzorców wchodzenia w relacje, z konsekwencjami których pacjent jest „empatycznie konfrontowany” (Young, Klosko, Weishaar, 2019).

2.3. NURT HUMANISTYCZNO-EGZYSTENCJALNY

Psychoterapie humanistyczno-egzystencjalne rozwinęły się jako polemika wobec sposobu rozumienia jednostki oferowanego przez nurty psychoanalityczny i behawioralny. W opozycji do deterministycznej wizji człowieka kierowanego nieświadomymi popędami lub czynnikami zewnętrznymi, koncepcje humanistyczno-egzystencjalne podkreślają **znaczenie wolnej woli i odpowiedzialności za własne wybory**. Przedstawiciele tego nurtu uważają, że zachowanie człowieka jest motywowane potrzebą rozwoju i dążeniem do samorealizacji a **rolą psychoterapeuty jest stworzenie warunków**, w których rozwój będzie przebiegał bez zakłóceń. Wśród głównych podejść wymienia się: terapię skoncentrowaną na kliencie Carla Rogersa (ang. *client-centered counselling*) oraz opracowaną przez Fritza Perlsa terapię Gestalt. Współczesne modyfikacje tego podejścia obejmują m.in. terapię skoncentrowaną na emocjach Leslie Greenberga (ang. *emotion-focused therapy, EFT*). Do przedstawicieli nurtu egzystencjalnego należy, z kolei, zaliczyć Victora Frankla (twórcy logoterapii) oraz Rollo May'a i Irvina Yaloma.

Przyjęta przez przedstawicieli nurtu humanistyczno-egzystencjalnego koncepcja człowieka zakłada, że jest on z **natury dobry i zdolny do samorealizacji**. W toku niczym niezakłóconego rozwoju dziecko dowiadyuje się kim jest, doświadcza, nazywa i realizuje własne potrzeby i wewnętrzny potencjał. Przeszkodą stają się narzucone z zewnątrz **warunki wartości**, obejmujące oczekiwania i zasady, do których mały człowiek musi się dostosować, żeby „zasłużyć” na miłość najbliższych. Zaburzenia emocjonalne i psychiczne wynikają zatem z negatywnych doświadczeń relacyjnych (społecznych), określających warunki akceptacji podmiotu. Są one z czasem uwewnętrzniane, sprawiając, że człowiek akceptuje tylko część własnych emocji i doświadczeń – te, które wcześniej były aprobowane przez otoczenie. Pozostałe części własnego Ja przestają być dostrzegane przez jednostkę lub są aktywnie zwalczane. Skrajny przykład takiego procesu stanowi doświadczenie osób z diagnozą schizofrenii. W ujęciu humanistyczno-egzystencjalnym schizofrenia jest rozumiana jako konsekwencja zdominowania osobowości podmiotu przez **falszywe Ja**, stanowiące odpowiedź na oczekiwania społeczne. Nieakceptowane **prawdziwe Ja**, chowane głęboko we wnętrzu człowieka, traci kontakt z rzeczywistością, staje się dostępne jedynie w momentach wybuchu psychozy (Laing, 1995).

Terapia w nurcie humanistyczno-egzystencjalnym zakłada **uruchomienie posiadanej przez klienta tendencji do samorealizacji**. Praca oparta jest na założeniu posiadania przez ludzi niezbędnych do rozwoju zasobów. Przedstawiciele tego nurtu skupiają się na mocnych stronach i możliwościach tkwiących w człowieku; zmiana dokonuje się poprzez wykorzystanie wewnętrznego potencjału danej osoby. Uruchomienie tego potencjału następuje, gdy klientowi zapewni się specyficzne warunki – odpowiednią relację psychoterapeutyczną, która stanowi kluczowy czynnik leczący. Carl Rogers wyodrębnił trzy aspekty postawy psychoterapeuty, które stanowią **niezbędne i wystarczające warunki zmiany**: (1) **empatię** (zdolność do współodczuwania), (2) **bezwarunkową akceptację** dla wszystkich doświadczeń i przeżyć klienta oraz (3) **kongruencję** oznaczającą spójność między przeżyciami psychoterapeuty a tym, co komunikuje klientowi. Oparty na wymienionych warunkach szczególny rodzaj więzi między klientem i terapeutą prowadzi do odkrycia przez klienta własnego ja, prawdziwej osobowości, wolnej od kłamstw i społecznych ograniczeń.

Terapeuta humanistyczno-egzystencjalny pracuje w sposób **niedyrektywny**. Stosowane techniki mają charakter drugorzędny - najważniejsza jest zdolność do bycia z klientem w sposób stwarzający warunki do jego samoistnego rozwoju (choćby stosowane techniki ułatwiają kontakt z emocjami). Określenie „klient” nie jest przypadkowe - stanowi polemikę z medycznym modelem kontaktu zakładającym różnicę pozycji lekarza i pacjenta. Postawa psychoterapeuty humanistyczno-egzystencjalnego podkreśla autonomię i odpowiedzialność podmiotu; to klient, który staje się ekspertem w obszarze swojego świata wewnętrznego, wyznacza kierunek i przebieg pracy terapeutycznej.

2.4. NURT SYSTEMOWY

Terapia systemowa obejmuje grupę szkół terapeutycznych inspirowanych stworzoną przez Bertalanffy'ego w latach 30. XX w. ogólną teorią systemów. Sytuacja powojennej Europy (dostrzeżono rolę środowiska rodzinnego obserwując zaburzenia dzieci oddzielanych przez wojnę od swoich bliskich) i USA (sytuacja imigrantów) sprawiły, że kontekst społeczny trudności psychicznych stanowił ich wyraźny widzialny aspekt. Negacja jednostkowej patologii stała się obecna w kulturze. Przedstawiciele antypsychiatrii traktowali pojęcie „choroby psychicznej” jako narzędzie represji wobec nonkonformistycznych członków społeczności.

Podstawowym założeniem przedstawicieli szkół psychoterapii zaliczanych do tego nurtu jest to, że **zachowanie człowieka może być zrozumiane jedynie w kontekście systemu, którego jest częścią, czyli środowiska w jakim żyje**. System definiowany jest jako zbiór elementów lub jednostek pozostających ze sobą w relacji. Połączenie elementów stwarza całość będącą czymś więcej niż sumą jej części. System rodzinny stanowi nie tylko grupę osób, lecz także sieć współzależności między nimi oraz jest nośnikiem reguł (często nienazwanych) rządzących życiem jej członków. Granice zewnętrzne systemów oraz między

podsystemami rodzinnymi wyznaczają reguły relacji (np. reguły monogamii lub zakazu związków kazirodznych).

W ramach psychoterapii systemowej dokonuje się różnych podziałów (Ludewig, 1995; Grzesiuk, Jakubowska, 2005; Chrzastowski, 2014). Najczęściej wyróżnia się trzy główne szkoły (1) komunikacyjną (Satir, Bateson, Haley, Jackson, Watzlawik, Weakland), (2) strukturalną (Minuchin) i (3) strategiczną (Haley, Madanes, Watzlawik, Weakland) (Tryjarska, 2006). Zaproponowany podział ma jednak obecnie charakter umowny, historyczny - sposób pracy współczesnych terapeutów systemowych rzadko daje się jednoznacznie przypisać wyłącznie do jednego z podejść (Chrzastowski, 2014). Zainteresowanie praktyków zyskują również szkoły postsystemowe, inspirowane konstrukttywizmem społecznym⁴.

Myślenie systemowe oznacza odejście od koncepcji liniowych zależności, wskazujących na intrapsychiczne przyczyny problemów psychicznych. **Trudności psychiczne jednostki są rozumiane wyłącznie w kontekście rodziny jako całości.** To rodzina, nie konkretna osoba, przejawia zaburzenia funkcjonowania; jej członek jest wyrazicielem („delegatem”) patologii systemu, w ramach którego objaw pełni określoną funkcję - służy ratowaniu zagrożonego status quo. Istnieją skomplikowane mechanizmy kontroli, które narzucają poszczególnym elementom systemu (członkom rodziny) możliwe sposoby funkcjonowania w rodzinie. Pojęcia **ekwipotencjalności** (system osiąga różne stany końcowe przy tych samych warunkach początkowych) i **ekwifinalności** (ten sam stan końcowy można być osiągnięty przy różnych warunkach początkowych i różnymi drogami) **homeostazy** oraz **sprzężenia zwrotnego** opisują sposób, w jaki rodziny utrzymują stałość (Tryjarska, 2006). Jeśli zmiany zachodzące w systemie zaczynają wykraczać poza bezpieczne granice, dochodzi do aktywizacji procesów, których celem jest przywrócenie równowagi. Na przykład, w sytuacji narastającego konfliktu między małżonkami u dziecka może pojawić się problem lęków nocnych, budząc niepokój, troskę i zainteresowanie rodziców. Nowy element funkcjonowania systemu, jakim stają się trudności psychiczne dziecka, zmienia dynamikę relacji między jego rodzicami, powstrzymując narastającą wrogość między rodzicami i zmniejszając ryzyko rozpadu systemu.

Wśród czynników odpowiedzialnych za powstawanie i utrzymywanie się objawów terapeuci systemowi wymieniają **zaburzenia struktury rodziny, zaburzenia komunikacji oraz nieprawidłowości związane z zasadami regulującymi funkcjonowanie rodziny.** Patologiczne aspekty struktury systemu obejmują zakłócenia w zakresie ról pełnionych przez poszczególnych członków rodziny i granic między podsystemami (Czabała, 2006). Jedno z najczęściej omawianych zakłóceń komunikacyjnych stanowi tzw. **podwójne wiązanie** (Bateson, 1979). Ten wzorzec zakłócającego komunikatu obejmuje dwa sprzeczne przekazy. Na poziomie werbalnym jest to zazwyczaj informacja o pozytywnych emocjach, chęci zbliżenia, podczas gdy niewerbalny przekaz informuje o potrzebie zachowania dystansu lub wręcz wrogości. Klasycznym przykładem podwójnego wiązania jest reakcja rodzica, który sztywnieje, gdy dziecko go obejmuje. Gdy dziecko w sposób naturalny przestaje przytulać się do opiekuna, rodzic to zachowanie komentuje z kolei pytaniem „Już mnie nie kochasz?”. Ten rodzaj paradoksu komunikacyjnego praktycznie eliminuje możliwość

podjęcia decyzji o własnym zachowaniu, jednocześnie stwarzając pozory, że odbiorca komunikatu taką możliwość posiada (Jakubowska, Grzesiu, 2005).

Innym przykładem niejednoznaczności komunikacyjnej, która może stanowić przyczynę powstawania zaburzeń psychicznych, jest zjawisko **pseudowzajemności** (Wynne i wsp., 1958). Opisuje ono rzeczywistość psychiczną rodziny, w której jej członkowie dostosowują się do siebie nawzajem, kosztem możliwości wyrażenia własnych myśli i emocji. Rozwój poczucia własnej tożsamości jest w takiej sytuacji silnie ograniczony. Jest on bowiem, z perspektywy rodziny z tendencją do pseudowzajemności, postrzegany jako zagrożenie. Taki charakter rodzinnych interakcji był opisywany w kontekście rodzin osób z diagnozą schizofrenii (Moroń, 2014; Chrzastowski, 2014).

Termin terapia rodzin jest czasem utożsamiany z terapią systemową. Należy jednakże podkreślić, że terapia rodzin może być prowadzona według zasad innych szkół psychoterapii – w tym w ujęciu psychoanalitycznym i poznawczo-behawioralnym. Terapie zaliczane do nurtu systemowego różnią się zarówno pod względem rozumienia nieprawidłowości w zakresie relacji rodzinnych jak i sposobu pracy. Niezmiennie jednak **leczenie obejmuje cały system rodzinny**. Zgodnie ze sposobem rozumienia psychopatologii jednostki, przedmiotem pracy w psychoterapii jest zmiana w zakresie funkcjonowania rodziny jako całości. Terapia jest najczęściej krótkoterminowa, nastawiona na rozwiązanie aktualnie występującego problemu; dotyczy obserwowanych, obecnych w danym momencie zachowań i ich skutków. Terapeuta w **aktywny i dyrektywny** sposób pomaga zidentyfikować obecne trudności. Zadaniem terapeuty systemowego jest nazywanie wzorców interakcyjnych (korzystając z **pozytywnej konotacji** przeformułowuje ocenę danego zjawiska) i **zachęca do działania**. W formie nakazów, rad, proponuje konkretne zachowania. Interwencje mogą mieć charakter **paradoksalny** – a zatem treść zalecenia jest odwrotna do oczekiwanej reakcji rodziny (np. zalecenie, aby małżonkowie kłócili się każdego wieczoru). Ogólnie rzecz ujmując, celem wskazówek terapeuty jest zmiana wybranego aspektu systemu. Na przykład terapeuta może zalecić zakaz komentowania zachowań rodziców przez dzieci. Ta sugestia pozwala na wyraźniejsze określenie granic wewnątrz rodziny. Innym zaleceniem może być ignorowanie zachowania danego członka rodziny, które wcześniej było intensywnie komentowane, co w efekcie powinno wywołać zmianę w zakresie emocji i zachowań pozostałych członków rodziny. Taki „eksperyment” może być dalej omawiany na kolejnych sesjach terapii.

ROZDZIAŁ 3. PROCES PSYCHOTERAPII: OD PIERWSZEGO KONTAKTU, PRZEZ INTENSYWNA PRACĘ, DO JEJ ZAKOŃCZENIA

O psychoterapii myślimy jako o procesie zmiany przebiegającym w sposób etapowy. Istnieją różne klasyfikacje procesu psychoterapii. Na przykład, Leder i Kuliszewicz (1989) wyróżniają (1) etap nawiązywania kontaktu i odreagowania, (2) etap osiągania wglądu i (3) etap zmiany zachowania. Prochaska i Norcross (2006) wyodrębniają z kolei (1) stadium przedrefleksyjne, (2) stadium refleksji, (3) stadium przygotowania, (4) stadium działania i (5) stadium utrzymania zmiany. Czabała (2006) zauważa, że wielu autorów w zasadzie zgodnie uznaje, że zmiana w psychoterapii dokonuje się w określonej kolejności zaczynając od (1) aktywnego włączania pacjenta w proces myślenia o sobie, angażowania się w relację terapeutyczną, prowadzący do przejścia odpowiedzialności za zmianę, poprzez (2) poszukiwanie rozumienia, a następnie - alternatywnych sposobów myślenia lub zachowania, do (3) wypróbowywania i oceny nowo zastosowanych sposobów radzenia sobie, a później, utrwalania i poszerzania wprowadzonych zmian. Proces psychoterapii można również rozumieć jako następujące po sobie etapy ułożone na linii czasu. Wówczas wyodrębniamy (1) fazę początkową, (2) fazę środkową i (3) fazę końcową.

3.1. FAZA POCZĄTKOWA: KONSULTACJE PSYCHOTERAPEUTYCZNE

Początek procesu psychoterapii można lokować już w momencie, kiedy pacjent decyduje się na udział w terapii i zapisuje się na konsultację (telefonicznie lub przez Internet). Już wówczas ma on pierwsze myśli, wyobrażenia i emocje wokół osoby psychoterapeuty i tego, co w jej trakcie będzie się działo. Czasem zaplanowane spotkanie ze specjalistą pojawia się również w treści snu. Z kolei dla terapeuty pierwsza informacja na temat zapisanego nowego pacjenta wzbudza skojarzenia i reakcje emocjonalne stanowiące początek (jeszcze nieformalny) psychoterapii. Formalnie – za fazę początkową – można uznać konsultacje psychoterapeutyczne (obejmujące zazwyczaj 2-4 spotkania) i ewentualnie kilka początkowych sesji psychoterapii. Konsultacja psychoterapeutyczna to moment nawiązania pierwszego kontaktu między pacjentem a psychoterapeutą, diagnozy problemu i (w przypadku gdy zostanie podjęta decyzja o rozpoczęciu psychoterapii) zawarcia kontraktu terapeutycznego. Przyjrzyjmy się bliżej trzem aspektom początkowej fazy psychoterapii – pierwszemu spotkaniu, diagnozie, kontraktowi psychoterapeutycznemu i czynnikom warunkującym powodzenie tego etapu terapii.

Charakter pierwszego spotkania. Celem pierwszego spotkania jest zebranie przez terapeutę podstawowych informacji na temat pacjenta pozwalających mu na określenie możliwości podjęcia pracy z daną osobą. Taka możliwość zależy od kilku czynników. Psychoterapeuta powinien ustalić z jakim problemem

mierzy się pacjent i jaki sposób pomocy będzie najbardziej adekwatny. Rozpoznanie trudności i ewentualne zdiagnozowanie zaburzenia pacjenta nie jest zadaniem łatwym, wymaga wiedzy i doświadczenia, a często dodatkowej konsultacji z innym specjalistą. Rolą psychoterapeuty w momencie podejmowania decyzji o psychoterapii jest wykluczenie innego niż czynnościowe podłoża zaburzeń. W tym celu może on zaproponować konsultację z lekarzem np. psychiatrą lub neurologiem. Z taką sugestią może spotkać się również pacjent zgłaszający problemy psychiczne wymagające interwencji farmakologicznej (np. nasilone objawy psychotyczne, maniakalne, depresyjne). Osobną grupę stanowią pacjenci uzależnieni; standardy postępowania wobec pacjentów z tym problemem, zalecają konsultację ze specjalistą uzależnień.

Wybór skutecznej metody pomocy wymaga rozważenia: (1) czy pacjent potrzebuje psychoterapii; w jakiej formie, intensywności i modalności, (2) czy pacjent jest zdolny do udziału w terapii (w tym celu terapeuta dokonuje oceny właściwości poznawczych, motywacyjnych i charakteru oczekiwań pacjenta) oraz (3) czy terapeuta posiada odpowiednie kompetencje, aby zaoferować skuteczną pomoc.

Niezwykle ważne jest, aby rozpoznać charakter motywacji pacjenta do rozpoczęcia psychoterapii. Pacjent czasami zgłasza się do terapii za namową innych osób (męża, żony, rodzica, lekarza). Zaangażowanie pacjenta jest jednym z kluczowych czynników odpowiedzialnych za skuteczność procesu; psychoterapia nie jest jednostronnym oddziaływaniem, w którym terapeuta „coś robi” z pacjentem, „żeby choroba nie wróciła”. Ocena motywacji i oczekiwań osoby zgłaszającej się rzadko jest jednolicie pozytywna. Trzebińska (2005) zwraca uwagę na złożoną sytuację osoby podejmującej się pracy nad sobą, w której świecie wewnętrznym istnieją zarówno tendencje rozwojowe jak i konserwatywne, za i przeciw procesowi zmiany. Pierwsza wizyta często ujawnia uprzedzenia, stereotypy, a na głębszym poziomie lęki przed bliskim kontaktem z drugą osobą, który wymaga opisu bolesnych doświadczeń i trudnych emocji. A zatem najczęściej pacjenci zdradzają ambiwalencję wobec tej formy leczenia. Z jednej strony mają nadzieję na uzyskanie pomocy, z drugiej strony obawiają się zaangażowania w ten rodzaj pracy. Konsultacja to czas, kiedy pacjenci zastanawiają się czy potrzebują pomocy, czy chcą inwestować w tę formę pracy nad sobą własne zasoby emocjonalne, czasowe i finansowe oraz czy spotkali odpowiedniego specjalistę. Najbardziej adekwatną formą pomocy w zakresie określenia własnej motywacji do ewentualnego podjęcia psychoterapii jest wyraźne nazwanie oczekiwań, pragnień jak i wątpliwości, obaw pacjenta. Terapeuta stara się wzmacniać tendencję rozwojową pacjenta (m.in. poprzez zapewnienie bezpiecznych warunków do pracy, budowanie sojuszu terapeutycznego), jednocześnie szanuje jego prawo ostatecznego wyboru. Badania naukowe i doświadczenie kliniczne wskazuje, że znaczący odsetek (30-50%) osób zgłaszających się na konsultację nie podejmuje się udziału w terapii u danego psychoterapeuty.

Konceptualizacja problemu i diagnoza nozologiczna. Psychologiczna diagnoza kliniczna stanowi odrębną dziedzinę wiedzy, wymagającą osobnego szkolenia. W przypadku psychoterapii zarówno sposób zbierania informacji o pacjencie, ich zakres, jak i sposób łączenia ich w spójną narrację o przycz-

zynach trudności i mechanizmach funkcjonowania psychiki danego pacjenta zależy od przyjętych ram teoretycznych. I tak, psychoterapeuci psychoanalityczni będą starali się nazwać właściwości struktury psychicznej pacjenta; behawioralni, opisując problem, skoncentrują się na określeniu bodźców wywołujących niepożądaną reakcję; systemowi – ocenią charakter komunikacji w rodzinie.

Istnieją środowiska psychoterapeutyczne wskazujące na potrzebę starannej diagnozy klinicznej przed podjęciem każdej pracy terapeutycznej. Taka diagnostyka obejmowałaby kilka spotkań z psychologiem, konieczność przeprowadzenia wywiadu i wykonania testów psychologicznych, co pozwoliłoby na ocenę różnych obszarów funkcjonowania pacjenta (poznawczego, emocjonalno-motywacyjnego, społecznego). W praktyce tak rozumiana diagnoza psychologiczna jest wykonywana relatywnie rzadko.

Osobną kwestię stanowi konieczność dokonania diagnozy nozologicznej w oparciu o klasyfikacje psychiatryczne. Znajomość dostępnych w Polsce standardów kategoryzowania zaburzeń psychicznych jest często wymogiem administracyjnym, umożliwiającym rozliczanie pracy psychoterapeutycznej. Ułatwia ona porozumienie między specjalistami, pozwala na rozumienie artykułów naukowych. Specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego posługują się najczęściej dwiema podstawowymi klasyfikacjami zaburzeń psychicznych: ICD (*International Classification of Diseases*) oraz DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Pierwsza z nich została opracowana przez Międzynarodową Organizację Zdrowia (WHO) a jej obecna, 10 wersja, pozostanie aktualna do 31.012.2021. Po tym terminie zostanie ona zastąpiona wersją kolejną (ICD-11), która będzie obowiązywać w krajach członkowskich WHO (Reed i wsp., 2019). Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania zostały opisane w rozdziale F (kody F00-F99) (WHO, 2007). Twórcą drugiej z wymienionych klasyfikacji zaburzeń psychicznych jest Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA). Aktualnie obowiązuje piąta edycja podręcznika (DSM 5) (APA, 2015). W ramach leczenia finansowanego przez NFZ w Polsce wizyta u psychoterapeuty wymaga skierowania od lekarza, co oznacza nazwanie jego trudności w kategoriach klasyfikacji ICD. W przypadku podjęcia psychoterapii prywatnie konsultacja psychiatryczna nie jest konieczna.

Kontrakt. Kontrakt terapeutyczny stanowi rodzaj umowy określającej warunki przyszłej współpracy między terapeutą a pacjentem zawierany pod koniec spotkań konsultacyjnych. Jest on zawierany po nawiązaniu kontaktu, zebraniu wywiadu i wstępnym sformułowaniu hipotez diagnostycznych. Wówczas psychoterapeuta już wie, co może i co chciałby zaproponować konsultowanej osobie; a jeśli jest gotowy przyjąć pacjenta do psychoterapii, pyta go o świadomą zgodę na udział w tym procesie. Na kilku pierwszych spotkaniach pacjent ma możliwość wstępnie poznać psychoterapeutę, zobaczyć w jaki sposób pracuje, określić jak się czuje w sytuacji psychoterapeutycznej, poznać swoją motywację, oczekiwania i uwarunkowania utrudniające korzystanie z psychoterapii. Wiedza ta ułatwia pacjentowi podjęcie odpowiedzialnej decyzji.

W sytuacji, gdy obie strony zgodnie wyrażają gotowość do zaangażowania się w proces psychoterapii, psychoterapeuta proponuje zawarcie kontraktu terapeutycznego. Zazwyczaj jest on zawierany w formie ustnej, chociaż czasem jest sporządzany na piśmie, omawiany i podpisywany przez obie strony. **Treść uzgodnień zawiera cele terapeutyczne, metody stosowane w toku terapii i formalne warunki współpracy.** Cel psychoterapii może być sformułowany na różnym poziomie ogólności w zależności od zgłaszanego problemu pacjenta i sposobu jego konceptualizacji przez psychoterapeutę. I tak w kontrakcie może być ustalony cel zmniejszenia lęku w trakcie wystąpień publicznych (cel precyzyjnie sformułowany) lub umowa może dotyczyć zmniejszenia nasilenia lęku na co dzień (cel ogólnie sformułowany) u osoby wysoce neurotycznej, której lęk utrudnia funkcjonowanie w pracy i w domu. Kontrakt powinien obejmować również określenie metod pracy, jakimi będzie posługiwał się terapeuta, aby dany cel został osiągnięty oraz oczekiwany sposób zachowania się pacjenta (np. oczekiwanie dzielenia się skojarzeniami wokół problemu, możliwie otwartego mówienia o sobie, wykonywania prac domowych, wielu terapeutów prosi o niejedzenie i niepicie podczas spotkań). Szczególnie istotna jest świadoma akceptacja dla planowanego sposobu terapii, gdy w grę wchodzi techniki znacząco wychodzące poza konwencję terapii rozmową (np. systematyczna desensytyzacja w terapii behawioralnej, praca z ciałem). Dodatkowy element kontraktu stanowi określenie zasad włączania innych osób (jeśli ma miejsce taka sytuacja) w proces terapii (np. obecność zespołu reflektującego w przypadku terapii rodzinnej lub stażystów uczestniczących w terapii grupowej). Należy również wyjaśnić powody ewentualnej rejestracji przebiegu sesji (np. nagranie może być potrzebne psycho-terapeucie w procesie ubiegania się o certyfikat). Warto zaznaczyć, że czynności podejmowane w trakcie zawierania kontraktu, wspólne definiowanie celu terapii, dyskusje nad metodami pracy stanowią ważny element psychoterapii (Trzebińska, 2005).

Do formalnych zasad uzgadnianych w kontrakcie terapeutycznym zaliczyć można terminy i częstotliwość spotkań, czas ich trwania, długość trwania psychoterapii, zasady dotyczące odwoływania sesji, sposób kontaktowania się między sesjami, informacje na temat przerw w terapii, a w odniesieniu do psychoterapii niefinansowanej przez NFZ dodać należy zasady dotyczące płatności (wysokość, forma i terminy płatności, ustalenia dotyczące płatności za nieodbyte sesje). Treść tych formalnych ustaleń wynika ze zgłaszanego problemu pacjenta (np. oferta psychoterapii krótkoterminowej w przypadku problemu dobrze zdefiniowanego i umiarkowanie trudnego do zmiany) i jest uwarunkowana sposobem pracy danego terapeuty (zasadami danej szkoły psychoterapii, formą terapii, prawami panującymi w danej jednostce leczącej). Na przykład, w przypadku terapii grupowej istnieje szereg dodatkowych zasad nieobecnych w przypadku terapii indywidualnej. Do najważniejszych z nich należy zasada poufności dotycząca informacji uzyskanych od innych uczestników grupy.

W początkowej fazie psychoterapii szczególne znaczenie zyskują **umiejętności psychoterapeuty związane z nawiązaniem kontaktu i aktywnym słuchaniem.** Terapeuta na tym etapie pracy powinien uważnie słuchać pacjenta, nie oceniać jego zachowań, zauważać i wykazywać zrozumienie dla obecnych

w trakcie spotkania uczuć. Kluczowa wydaje się zdolność do odzwierciedlenia emocji pacjenta oraz dostosowania się do charakteru proponowanej przez niego komunikacji (sposobu wypowiadania się, tempa i głośności mówienia itp.). Większość psychoterapeutów od pierwszych spotkań będzie zwracać uwagę nie tylko na wypowiadane treści ale również na sposób zachowania osoby podejmującej psychoterapię, i to zarówno podczas sesji jak i poza spotkaniami (ewentualne zmiany terminów, spóźnienia, próby kontaktu itp.). Na tym etapie pracy podstawową formą werbalnej interwencji (poza sygnałami aktywnego słuchania) będzie informowanie pacjenta o tym co widzimy („np. wydaje się pan poruszony”), co słyszymy („opowiada pan o trudnej sytuacji w pracy”), jak rozumiemy jego problem (forma parafrazy; interpretacje są stosowane rzadko) a także nazywanie zauważonych rozbieżności między werbalnym i niewerbalnym aspektem kontaktu.

Psychoterapeuta powinien mieć również wysoką świadomość charakteru własnej komunikacji niewerbalnej – podstawowe błędy w tym obszarze mogą mieć dużo większy wpływ niż na późniejszym etapie pracy. Pacjenci, często nieświadomie, „testują” możliwości psychoterapeuty, bacznie obserwując jego reakcje. Najczęściej ostrożnie poruszają trudne tematy, co wymaga zauważenia i taktownej reakcji – dociekliwe pytania mogą być postrzegane jako nadmiernie inwazyjne. Zdarza się również, że na pierwszych spotkaniach opowiadają szczególnie drastyczne historie, prezentują bardzo trudne emocje, są krytyczni i nieprzyjemni, niejako prowokując odrzucenie, sprawdzają jak zachowa się słuchający ich specjalista.

3.2. FAZA ŚRODKOWA: PRACA PSYCHOTERAPEUTYCZNA

Faza środkowa bywa różnie definiowana. Poniżej przedstawiono proces pracy psychoterapeutycznej, w oparciu o wyodrębnione przez Czabałę (2006) etapy: (1) etap wglądu, namysłu, dążenia do zrozumienia przyczyn własnych problemów oraz (2) etap przygotowania do zmiany zachowania i ćwiczenie nowych zachowań.

Po nawiązaniu kontaktu i zaangażowaniu pacjenta w proces zmiany, psychoterapia wkracza w kolejny etap, w którym **pacjent poznaje siebie, szuka przyczyn własnych problemów, dokonuje wglądu w mechanizmy własnego funkcjonowania i trudności** (Prochaska, Norcross, 2006, Czabała, 2006). Etap nazywany **stadium namysłu, rozumienia swoich problemów lub refleksji** zawiera (1) uświadomienie sobie i zaakceptowanie własnych uczuć, (2) poznanie uwarunkowań dotychczasowych doświadczeń i reakcji otoczenia oraz (3) rozwinięcie świadomości najważniejszych przeszkód utrudniających rozwiązanie problemów pacjenta. Jest to czas wzrostu egocentryzmu pacjenta, skupieniu się na swoich świecie wewnętrznym i relacji z psychoterapeutą, który stopniowo ustępuje, co prowadzi do koncentracji na „świecie zewnętrznym”. Dotychczasowe zmiany zachodzące w osobie będącej w psychoterapii obejmują wyraźną redukcję negatywnych emocji związanych z przeszłymi doświadczeniami (jako efekt działania **odreagowania** oraz **pozytywnego doświadczenia** ujawnienia emocji w relacji terapeutycznej) oraz większą świadomość własnych stanów emocjonalnych. W konsekwencji wzrasta zdolność pacjenta do regulowania emocji. Zyskuje on

większą zdolność rozumienia własnej historii, w tym także własnego udziału w powstawaniu obecnych i przeszłych trudności psychicznych i doświadczeń życiowych. Niesie to ze sobą szczególnie trudne emocje. Rozmawianie z terapeutą skutkuje większą znajomością własnej rzeczywistości wewnętrznej, z całą jej złożonością: rodzajami lęków, charakterem stosowanych mechanizmów obronnych, ambiwalentnych pragnień, postaw i wartości, świadomością znaczenia i funkcji doświadczanych objawów. Wobec rezygnowania ze zniekształceń i błędów poznawczych, sposób widzenia własnych procesów wewnętrznych a także motywów, emocji i zachowań innych osób staje się bardziej spójny z rzeczywistością. Stopniowo pacjent zyskuje również świadomość własnych zasobów, wyraźniej czuje czego chce i co jest dla niego ważne.

Moment uzyskiwania wglądu potrafi być bardzo trudny dla pacjenta. Analiza uwarunkowań własnych zachowań prowadzi do kontaktu z nieakceptowanymi treściami psychicznymi, niechcianymi uczuciami, sprzecznymi motywacjami czy konfliktowymi pragnieniami. Nowa wiedza jest często źródłem trudnych emocji. Większa świadomość własnego udziału w doświadczanych niepowodzeniach lub objawach psychopatologicznych prowadzi do poczucia wpływu na własne życie, zmniejsza poczucie zagubienia i bezradności oraz warunkuje możliwość dokonania zmian. Zdarza się jednak, że stanowi przyczynę rezygnacji z psychoterapii (Kottler, 2007). Poznawanie siebie oznacza bowiem rezygnację z dotychczas stosowanych systemów zniekształceń i mechanizmów obronnych. Odkrywanie nowych znaczeń wzbudza uczucia, które wcześniej prowadziły do zafałszowywania rzeczywistości: lęk, wstyd, złość, poczucie osamotnienia. Można zatem oczekiwać, że w odpowiedzi na niechciane emocje, pacjent będzie ponownie uruchamiał dostępne mu obrony.

Rolą terapeuty w tym czasie jest aktywne korzystanie z technik psychoterapeutycznych. Niezależnie od nurtu teoretycznego celem psychoterapii jest nadanie znaczenia doświadczeniom i zrozumienie świata wewnętrznego osoby z niej korzystającej. Drugim uniwersalnym celem jest praca nad zdolnością do pełnego wyrażania uczuć. Nazwanie emocji w obecności psychoterapeuty może być okazją do **korektywnego doświadczenia emocjonalnego**. Pacjent może się wówczas przekonać, że uczucia nie wywołują fali gniewu, krytyki i potępienia ze strony drugiej osoby. Doświadczenie, że ich wyrażenie nie jest tak niszczące, jak się spodziewał, co więcej, psychoterapeuta jest w stanie nadal towarzyszyć pacjentowi (nie ucieka, nie opuszcza, nie traci swoich możliwości myślenia), pozwala na zmniejszenie lęku i rozluźnienie obron. W konsekwencji prowadzi do modyfikacji struktury psychicznej i sposobu funkcjonowania pacjenta.

Nieuniknioną konsekwencją zmian sposobu myślenia i przeżywania rzeczywistości staje się zmiana w zakresie dotychczasowych sposobów działania. Dalsza praca terapeutyczna stanowi odpowiedź na budzącą się w pacjencie potrzebę **poszukiwania i eksperymentowania z alternatywnymi sposobami własnego działania**. Tym samym pacjent rozpoczyna kolejny etap pracy opisywany jako **przygotowanie do zmian zachowania i ćwiczenie nowych zachowań** (Czabała, 2006). Dotychczasowy proces psychoterapii skutkował zatem **wewnętrzną zmianą podmiotu**. Na bazie odreagowania emocjonalnego i wglądu, pacjent pełniej rozumie siebie i zna przyczyny obecnych trudności w funkcjonowaniu. Kolejny krok zakłada **rozwijanie**

zdolności adekwatnego działania, prowadzące w konsekwencji do rozwiązania bieżących problemów, realizacji potrzeb i planów życiowych. Takie sesje, skoncentrowane na poszukiwaniu alternatywnych sposobów zachowania się w trudnych sytuacjach, dotyczą różnych obszarów życia pacjenta. Treści rozmów najczęściej obejmują możliwości rozwiązania bieżących sytuacji konfliktowych lub tych, które wydarzyły się kiedyś, ale ich skutki nadal się dotkliwie dla pacjenta. Ważny obszar stanowi również badanie konfliktów wynikających z własnych sprzecznych potrzeb. Czabała (2006) podkreśla, że początkowo nie ma potrzeby wyboru konkretnego rozwiązania - ważna jest możliwość dokładnego zobaczenia każdego z nich.

Sprawdzenie, jakie rezultaty mogą dawać zidentyfikowane możliwości działania, odbywa się poprzez **wypróbowywanie nowych zachowań w trakcie sesji**. Kontakt psychoterapeutyczny pozwala również na ocenę ich skuteczności. Ramy koncepcyjne różnych szkół psychoterapeutycznych określają formę pracy. Terapie bazujące na myśleniu humanistycznym w tym momencie procesu mogą sięgać po techniki wyobrażeniowe (np. dialog między wewnętrznymi częściami ja, technika pustego krzesła – por. Rozdział 5.3). Pozwalają one na pełniejsze doświadczenie danej sytuacji, ułatwiając przewidzenie własnych reakcji i opracowanie scenariuszy zdarzeń. Psychoterapeuci pracujący z grupami mogliby zasugerować odegranie konkretnej scenki, np. rozmowy z ważną dla pacjenta osobą. Obecność innych uczestników psychoterapii umożliwia takie zaplanowanie ćwiczenia, żeby jego przebieg był jak najbardziej zbliżony do sytuacji z życia klienta. Pracując w ten sposób pacjent może również zobaczyć (lub doświadczyć, w przypadku uzupełnienia ćwiczenia o zamianę ról) perspektywę partnera interakcji.

Wypróbowywanie nowych wzorców może odbywać się również w realnych sytuacjach poza gabinetem psychoterapeuty. Często ma ono wtedy formę zadań, ustalanych w trakcie jednego spotkania i omawianych na kolejnym. Stopień trudności i rodzaj zadania ma bardzo indywidualny charakter. Taki sposób pracy wybierają psychoterapeuci nurtów poznawczo-behawioralnych i systemowych. Jego celem wcale nie jest perfekcyjne zadania. Samo bycie w innej niż dotychczas sytuacji stanowią nowe doświadczenie dla pacjenta, które staje się przedmiotem analizy na sesji – treści rozmów dotyczą próby identyfikacji emocji, pojawiających się podczas podejmowanych prób, omawiane są podobieństwa lub ewentualne różnice w stosunku do poprzednich reakcji i zachowań pacjenta. Jeśli próba dotyczy charakteru interakcji z drugą osobą, ważnym elementem późniejszej analizy są obserwowane reakcje partnera, wynikające z odmiennego niż dotychczas zachowania pacjenta.

Próbując nowych zachowań pacjent może zauważyć, że brakuje mu konkretnych umiejętności, które pomogłyby sprawniej realizować własne cele życiowe. Potrzeba **uczenia się nowych umiejętności** stanowi naturalną konsekwencję dotychczasowej pracy. Przedstawiciele wielu szkół psychoterapeutycznych zauważają znaczenie umiejętności komunikacyjnych, oznaczających zdolność do rozmawiania o swoich uczuciach, potrzebach, wyrażania poglądów i przekonań, słuchania innych i rozumienia zgodnie z intencją danej osoby, odróżniania treści jawnej od ukrytej komunikatu. Kompetencje w tym obszarze są szczególnie podkreślane przez przedstawicieli nurtów systemowych.

Dla niektórych pacjentów przydatne mogą okazać się treningi asertywności, rozwijające zdolność do nieulegania naciskom otoczenia. Inni skorzystają z treningów behawioralnych, relaksacyjnych, zastępowania agresji lub umiejętności społecznych (TUS). Wymienione treningi mogą stanowić część pracy z danym prowadzącym, mogą również występować równolegle, odrębnie do psychoterapii, często w przebiegu intensywnego programu leczenia, np. w ramach oddziałów dziennych.

Relacja terapeutyczna w tym okresie ma swoją specyfikę. Pacjent zaczyna być bardziej aktywny; zachęcany do poszukiwania możliwości realizowania swoich potrzeb, radzenia sobie z przeszkodami, rozwiązywania konfliktów interpersonalnych. Terapeuta wzmacnia aktywność pacjenta a nie wybrane możliwości, wobec których zachowuje postawę neutralną, podkreślając autonomię i odpowiedzialność pacjenta za dokonywane wybory. Uczestniczy w odgrywanych scenkach, zachęca lub proponuje konkretne techniki wyobrażeniowe. Stanowi model w sytuacji demonstracji pożądanych zachowań. Uczy pacjenta obserwować siebie, partnera interakcji, dostrzegać obecne w każdym z nich emocje, widzieć wpływ własnych działań. Analiza doświadczanych emocji w trakcie ćwiczeń jest ważnym elementem procesu. Uważna obserwacja pacjenta pozwala na przekazanie mu informacji zwrotnych na temat jego zachowania. Przedmiotem omówień są również pojawiające się trudności, wątpliwości, zniechęcenie lub przeciwnie, satysfakcja, zadowolenie z wypracowywanych form zachowań, z rozwoju.

3.3. FAZA KOŃCZENIA PSYCHOTERAPII

Kończenie psychoterapii poprzedza **etap utrwalania zmian**, zakładający **realizowanie nowych wzorców zachowania w realnych sytuacjach** (Prochaska, Norcross, 2006, Czabała, 2006). Przedmiotem pracy jest przyszłość; tematem rozmów z psychoterapią jest omówienie planów i możliwości ich zrealizowania. Rozważane są ewentualnych trudności oraz sposoby ich przezwyciężenia. Planowanie przyszłości nie oznacza jednak planowania życia osoby korzystającej z psychoterapii. Najczęściej stanowi refleksję nad tym, z czym aktualnie zmagają się pacjenci, jak zamierza rozwiązać obecne życiowe trudności, zmienić obszary konfliktowe. W sytuacji zbliżającego się zakończenia wspólnej pracy, omówiony zostaje również ewentualny plan dalszych spotkań z psychoterapeutą (możliwość i forma terapii podtrzymującej).

Utrzymanie rozpoczętych w psychoterapii zmian jest jednym z ważniejszych problemów ostatniej fazy pracy terapeutycznej. W tym kontekście warto skoncentrować się na temacie możliwości powrotu do starych wzorców funkcjonowania. Wymaga to omówienia sytuacji, kiedy mogą być one bardziej dostępne i łatwiejsze do ponownego wykorzystania. Ten aspekt pracy ma szczególne znaczenie w przypadku psychoterapii osób przejawiających poważne zaburzenia psychiczne. Omówienie zapobiegania tzw. nawrotom choroby staje się często wyraźnie wyodrębnionym elementem pracy z psychoterapeutą, w którym pacjent identyfikuje czynniki poprzedzające załamanie psychiczne, nazywa tzw. objawy zwiastunowe, określa dostępne sposoby działania (podniesienie dawki leku, kontakt z psychoterapeutą lub lekarzem).

Wcześniejsze nazwanie strategii działania jest bardzo ważne w sytuacjach, kiedy objawy zakłócają racjonalne myślenie.

Kończenie psychoterapii oznacza też rozstawanie z psychoterapeutą. Na ten element ostatniego etapu procesu zwracają uwagę specjaliści pracujący długoterminowo, kiedy związek psychoterapeutyczny jest silniejszy. Koniec budzi sprzeczne uczucia – smutku, żalu związanego z koniecznością pożegnania z ważną osobą oraz satysfakcji i zadowolenia z tego, co udało się osiągnąć, wspólnie pracując. Najczęściej pacjent czuje się bardziej skuteczny, sprawniejszy w obszarze rozumienia siebie, regulacji emocji i funkcjonowania relacyjnego. Na tym etapie powinien już bowiem rozwinąć umiejętność samodzielnego myślenia, bez udziału terapeuty, o swoim funkcjonowaniu psychicznym oraz zdolność do zastosowania wiedzy i umiejętności zdobytych w trakcie psychoterapii. Zdarza się jednak, że w czasie kończenia pracy wracają trudności lub objawy, z którymi pacjent zgłosił się do psychoterapeuty. Takie pogorszenie funkcjonowania ma najczęściej charakter chwilowego wahania stanu psychicznego, wynikającego z dynamiki relacji pacjent-terapeuta. Rozstawanie się z psychoterapeutą aktualizuje inne doświadczenia separacyjne pacjenta; uruchamiając dawne emocje, pozwala na ponowne przyjrzenie się tej tematyce (Jasiński, Dębniak, 2009).

Szkoły terapeutyczne przykładają różną wagę do poszczególnych aspektów procesu rozstawania się z psychoterapeutą. Ma on też różne, zależne od nurtu, formalne właściwości - bywa ściśle wyznaczony liczbą sesji, z których ostatnia jest przeznaczona na podsumowanie lub zależny od tempa zmiany pacjenta. Chęć zamknięcia procesu wspólnej pracy może pojawić się jako próba (zazwyczaj nieuświadomiana) uniknięcia konformacji z ważnym tematem albo stanowić wyraz nienazwanego rozczarowania lub złości na zachowanie terapeuty (np. planowany urlop). Czasem oznacza powrót do dotychczasowych mechanizmów funkcjonowania (np. kiedy pacjent, w reakcji na niedostępność prowadzącego spowodowaną np. przerwą świąteczną, czuje, że nikogo nie potrzebuje, świetnie radzi sobie sam). Warto pamiętać, że decyzja o zakończeniu pracy powinna zostać starannie omówiona.

Najwłaściwszym sposobem funkcjonowania psychoterapeuty w tym okresie jest **pozwolenie pacjentowi na wyrażenie wszystkich pojawiających się emocji**. Rozmowa dotyczy zarówno pozytywnych doświadczeń, wdzięczności, dumy ze zmiany, jak i niepowodzeń. Niekiedy psychoterapia kończy się brakiem poprawy lub nawet pogorszeniem funkcjonowania pacjenta. Także w takiej sytuacji powinna być ona formalnie zakończona; omówienie przyczyn niepowodzeń jest bardzo ważne, pozostawia pacjenta z większą wiedzą na swój temat, z której w przyszłości będzie mógł skorzystać.

ROZDZIAŁ 4. NIESPECYFICZNE TECHNIKI PRACY PSYCHOTERAPEUTY

Każdy psychoterapeuta stosuje techniki prowadzenia rozmowy psychologicznej, które są uniwersalne – niespecyficzne dla danego nurtu psychoterapii, a nawet niespecyficzne dla psychoterapii jako takiej. Poniżej zostaną omówione różne rodzaje interwencji psychologicznych stosowanych przez specjalistów zajmujących się diagnozą i pomocą psychologiczną. Stanowią one bazowy element pracy psychologicznej. W niniejszym rozdziale uwaga została skupiona na dwóch dużych grupach niespecyficznych dla psychoterapii technik pracy: (1) instrumentach konwersacyjnych i (2) pracy z oporem.

Warto pamiętać, że dana interwencja nie jest sama w sobie dobra lub zła; powinna być analizowana w kontekście wypowiedzi klienta/pacjenta oraz całości procesu psychoterapii. Poniższy opis stara się uwzględniać zalety i ograniczenia każdej z nich. Należy również zwrócić uwagę, że aby skutecznie korzystać z opisywanych niespecyficznych technik należy sprawnie posługiwać się językiem. Kompetencja lingwistyczna oznacza przede wszystkim świadomość funkcji jaką pełnią poszczególne rodzaje interwencji i umiejętność sformułowania takiej, która w danej sytuacji będzie optymalna. Podstawowe zasady planowania interwencji psychoterapeutycznej wskazują, że należy zwracać uwagę na **sposób formułowania wypowiedzi, stopień jej złożoności, jednoznaczność oraz używane słownictwo** (Szustrowa, 1991).

4.1. PODSTAWOWE INSTRUMENTY KONWERSACYJNE

Do najczęściej wymienianych podstawowych technik konwersacyjnych zalicza się **minimalną reakcję werbalną, parafrazę, klaryfikację, odzwierciedlenie uczuć, prośbę o rozwinięcie tematu**. Ważnym elementem rozmowy są również **milczenie i pytania**. Zanim przejdziesz do dalszej lektury, spróbuj wykonać Ćwiczenie nr 1.

Ćwiczenie 1. Przyjrzyj się interwencjom prowadzącego rozmowę ukazanym poniżej. Wskaż, jakie niespecyficzne interwencje zastosował terapeuta (T) w rozmowie z Panem A. Następnie przeczytaj uważnie niniejszy rozdział i wróć do tego zadania – sprawdź, czy Twoje odpowiedzi były prawidłowe.

A: Uważam, że nie mam żadnych problemów. Przyszedłem ze względu na moją mamę. To jej zależało na spotkaniu z psychologiem.

T: Zdecydował się pan przyjść na prośbę mamy.

A: Nie wiem, czy to można nazwać decyzją... nie chciałem po prostu słuchać tego jej ciągłego gadania, namawiania, płaczu. Widziałem, że się martwi. Choć myślę, że kompletnie bezpodstawnie

T: Pana mama martwi się o pana.

A: Tak, i to bardzo.

T: Co ją niepokoi?

A: Sam nie wiem. Od jakiegoś czasu mniej wychodzę z domu, nic mi się nie chce. Zdarzają się dni, kiedy nawet się nie przebieram z piżamy.

T: Od jakiego czasu tak się dzieje?

A: Od kiedy straciłem pracę.

T: Yhy.

A: A potem Ania odeszła.

Pacjent jest bliski płaczu, milknie... Chwila ciszy.

T: To dwie ważne straty.

A: Tak... teraz czuję, że niewiele rzeczy ma sens... czasem myślę, że lepiej w ogóle nie wychodzić z łóżka. Bo przecież nie ma po co, nie mam dla kogo.

T: Powiedział pan, że od czasu straty pracy i rozstania z partnerką zmieniło się pana funkcjonowanie. Jest pan mniej aktywny, częściej pan czuje, że bez drugiej osoby nie warto nic robić. Tutaj też przyszedł pan dla mamy, a nie dla siebie.

A: (uśmiecha się) Może coś w tym jest.

Minimalna reakcja werbalna. Minimalna reakcja werbalna oznacza krótką wypowiedź, nie przybierającą formy zdania a czasem nawet wyrazu (*yhy, aha, rozumiem, tak*). Jej celem jest przekazanie rozmówcy, że jest uważnie słuchany (stanowi element tzw. aktywnego słuchania), nie przerywając toku jego wypowiedzi. Są wyrazem zrozumienia, zachętą do kontynuowania wątku. Stanowią odpowiednik spontanicznych reakcji niewerbalnych, np. kiwnięcie głowy. W przypadku zaangażowania w rozmowę często pojawiają się spontanicznie. Stosowane zbyt często mogą wywoływać wrażenie sztuczności kontaktu.

Parafraza. Parafraza stanowi bardzo popularną formę interwencji werbalnej. Służy podtrzymaniu kontaktu z rozmówcą i zachęceniu go do kontynuowania wątku. Oznacza powtórzenie (innymi słowami) treści wypowiedzi pacjenta. W szerszym znaczeniu obejmuje również inne wypowiedzi psychoterapeuty, które nie wykraczają treściowo poza to, co usłyszał od swojego rozmówcy, np. odzwierciedlenie nazwanych lub niewerbalnie wyrażanych emocji, a także podsumowanie kilku wypowiedzi. Parafrazę często rozpoczynają słowa: *Jeśli dobrze rozumiem... Rozumiem, że... Powiedziała pani, że... Zakończenie wypowiedzi pytaniem daje rozmówcy możliwość potwierdzenia lub modyfikacji zawartej w nim treści: ... czy tak? ... czy dobrze zrozumiałem?* Każda wypowiedź może być parafrazowana na kilka sposobów. Może zatem stanowić interwencję, dzięki której psychoterapeuta aktywnie kieruje rozmową. W zależności od potrzeb, psychoterapeuta akcentuje interesujące go aspekty tematu, zachęcając do ich rozwinięcia a pominięcia innych. Istnieją liczne korzyści ze stosowania tej formy interwencji. Pozytywna reakcja na parafrazę potwierdza, że dobrze rozumiemy pacjenta, jednocześnie otwierając możliwość pogłębienia poruszanej kwestii. Odrzucenie treści parafrazy przez rozmówcę - choć oczywiście może wynikać z faktu, że była ona źle skonstruowana - często jest wyrazem działania oporu. Obie sytuacje mają duże znaczenie w procesie pogłębienia rozumienia problematyki pacjenta. Nawet nietrafiona parafraza pomaga w podtrzymaniu kontaktu z rozmówcą - wyraża sposób myślenia psychoterapeuty (redukuje niepokój związany z fantazją o tym, co myśli psychoterapeuta), daje poczucie, że stara się on dobrze zrozumieć pacjenta, a poprzez zastąpienie długiej wypowiedzi jednozdaniowym stwierdzeniem, może skłonić rozmówcę do skonkretyzowania swoich myśli i wyraźniejszego nazwania emocji.

Klaryfikacja. Celem klaryfikacji jest doprecyzowanie wypowiedzi rozmówcy, jej uporządkowanie i/lub ustalenie tematu dalszej rozmowy. Stanowi taką interwencję, w której psychoterapeuta próbuje uchwycić podstawowy wątek wypowiedzi pacjenta. W odróżnieniu od parafrazy, używanej w celu weryfikacji poprawności myślenia terapeuty, klaryfikacja stosowana jest w sytuacji, gdy ma on trudność ze zrozumieniem przekazu rozmówcy. Częstym powodem takiej trudności jest niejasność lub wieloznaczność wypowiadanych przez pacjenta treści. Uwzględniając potrzebę zadbania o jakość kontaktu z pacjentem, klaryfikacja jest formułowana w sposób lokujący odpowiedzialność za nieporozumienie po stronie słuchającego. Można to osiągnąć zamieniając formę komunikatu „ty” (*Mówi pan o tym w niejasny sposób, nie można zrozumieć, czy...*) na wypowiedź wyrażoną w pierwszej osobie (*Straciłem wątek i nie jest dla mnie jasne czy...*). Tego typu interwencja, choć wskazuje na zagubienie słuchającego, nie zakłóca przebiegu spotkania. Przeciwnie, najczęściej jest odbierana jako sygnał, że dla psychoterapeuty ważne jest możliwie dokładne zrozumienie przekazywanych przez pacjenta treści. W przypadku wątków wypowiadanych w sposób bardzo chaotyczny (co często wynika z intensywnie przeżywanych emocji), pozwala uporządkować nie tylko komunikację, ale również myśli i uczuć pacjenta.

Odzwierciedlenie uczuć. Terminem odzwierciedlenie uczuć określa się taką wypowiedź słuchającego, w której odnosi się on do emocji obecnych w treści lub formie przekazu pacjenta. Jedną z funkcji tej interwencji jest przekazanie rozmówcy empatycznego zrozumienia. Nazwanie emocji pogłębia kontakt między rozmawiającymi. Rozmowa o subiektywnych doświadczeniach i przeżyciach pacjenta stanowi ważny element pracy terapeutycznej.

Najczęściej odzwierciedlenie uczuć jest formułowane na podstawie informacji zawierających zarówno dane z przekazu werbalnego jak i obserwacji zachowania pacjenta. Istnieją sytuacje, kiedy psychoterapeuta podejmuje taką interwencję wyłącznie w oparciu o aspekty pozatreściowe jak gestykulacja, mimika, prozodia (brzmienie) wypowiedzi. Na przykład, terapeuta może nazwać niepokój u klienta milczącego od początku spotkania, gdy dostrzeże stan rozmówcy na podstawie obserwacji i współodczuwania. Zdarza się również, że deklarowany przez pacjenta stan emocjonalny nie jest zgodny z sygnałami niewerbalnymi. Nazwanie niespójności i wskazanie na emocje, które pacjent pomija, może być zagrażające. Chcąc ograniczyć ryzyko obronnego wycofania się rozmówcy z kontaktu można tak sformułować wypowiedź, aby osoba badana mogła łatwo zaprzeczyć sugestii terapeuty. Użyteczne w takiej sytuacji jest rozpoczęcie wypowiedzi od podkreślenia „niepewności” terapeuty (np. *Mam wrażenie, że mogła pani być również zła w takiej sytuacji.*). Pomocna może być również interwencja zawierająca element normalizacji emocji (np. *W takiej sytuacji ludzie najczęściej czują się zawstydzeni, mogła pani czuć się podobnie.*). Opisując dany stan emocjonalny możemy wykorzystać różne, pozornie podobne słowa. Daną emocję możemy określić jako czucie się niewygodnie, bycie zirytowanym, zdenerwowanym, rozdrażnionym, złym lub wściekłym. Dobór słowa wskazującego na zbyt małe lub zbyt duże natężenie danej emocji może skutkować poczuciem niezrozumienia lub zachęcić wręcz do wyrażenia emocji

w jaśniejszy sposób (*Niekomfortowo? Nie, byłam wściekła!*). Korzystanie z opisywanej techniki wymaga dużej świadomości językowe i wrażliwości na subtelne różnice między stanami emocjonalnymi.

Prośba o rozwinięcie tematu. Prośba o rozwinięcie tematu stanowi szczególnie przydatną technikę w sytuacji, gdy pacjent milknie, nie wie o czym mówić dalej, nie rozwija danego wątku. Przykładowe wypowiedzi mogą brzmieć następująco: *Czy mógłby pan powiedzieć coś więcej na ten temat?; Czy jest coś związanego z tą sytuacją, czego pan nie powiedział?; Jak się pan wtedy czuł, jak pan zareagował?* Ten rodzaj interwencji ma szczególne znaczenie w sytuacjach diagnostycznych; prośba o rozwinięcie tematu pozwala pogłębić badanie danego wątku, umożliwia również poznanie tych aspektów rzeczywistości podmiotu, o których on spontanicznie nie mówi. Opisywana technika jest mało zagrażająca dla rozmówcy, natomiast jej nadużywanie może skutkować sztucznością kontaktu.

Milczenie. Bycie w kontakcie z klientem bez konieczności „stałego zapełniania przestrzeni” aktywnością werbalną jest istotną umiejętnością terapeuty. Znaczenie **milczenia** w rozmowie oraz wytyczne co do jego stosowania są trudne do opisanego. Prawidłowe zastosowanie milczenia zależy od momentu terapii, właściwości rozmówcy i atmosfery danego spotkania. Cisza może być różnie przeżywana; oznaczać wyraz szacunku dla przeżywanych przez pacjenta emocji lub przejaw braku zainteresowania, rodzaj opuszczenia ze strony psychoterapeuty. W wielu sytuacjach ważne jest pozostawienie pacjentowi przestrzeni do zastanowienia się nad poruszonym tematem. Zbyt częste interwencje mogą

dawać wrażenie niecierpliwości i pośpiechu; zmieniają też dynamikę rozmowy, która przybiera formę wywiadu. W psychoterapii milczenie jest przedmiotem refleksji, do której klient jest często zapraszany (np. *Od dłuższej chwili pani milczy, zastanawiam się co się w pani dzieje?; Zastanawiam się, jak pani przeżywa momenty, kiedy nic nie mówimy?*).

W reakcji na niemal każdą wypowiedź naszego rozmówcy można zastosować różnorodne techniki konwersacyjne. Ich wybór i forma zależą od celu jaki chcemy osiągnąć. Wiele z nich ma podobnie pozytywny wpływ na przebieg rozmowy. W tabeli 1. zaprezentowano kilka wypowiedzi hipotetycznych pacjentów wraz z przykładowymi interwencjami psychoterapeuty.

Pytania. Osobne zagadnienie stanowią wypowiedzi formułowane jako **pytania**. W psychoanalizie jest to interwencja stosunkowo rzadko stosowana, podczas gdy w terapii poznawczej stanowi podstawę zasadniczej metody pracy w tym ujęciu (technika dialogu Sokratejskiego opiera się na pytaniach). Pytania są różnorodną grupą reagowania werbalnego. Istniejące klasyfikacje uwzględniają podział ze względu na sposób konstruowania pytania i właściwości semantyczne wypowiedzi. Do najczęściej wymienianych rodzajów pytań należą: pytania otwarte i pytania zamknięte, zadawane wprost i projekcyjne, neutralne i tendencyjne (w tym sugerujące lub alternatywne) (Ustjan, 2005). Charakterystyka zasadniczych form pytań została podsumowana w Tabeli 2.

Tabela 1. Przykładowe reakcje klinicysty na wypowiedź pacjenta.

Wypowiedź	Interwencja
Chciałabym lepiej radzić sobie na studiach. Koleżanki zaliczają egzaminy na piątki, a ja mam już dwie poprawki. Niby wszystko umiem, porządnie się przygotowuję. A potem, jak tylko zaczyna się egzamin, głupieję. Nic już nie pamiętam... Najgorzej, kiedy to jest egzamin ustny. Wtedy wyraźnie widać jaką jestem idiotką.	Prośba o rozwinięcie tematu: Mogłaby pani opowiedzieć coś więcej o tym, co dzieje się w pani umyśle, kiedy zaczyna się egzamin? Parafraza: Mówi pani, że sytuacje egzaminów, zwłaszcza ustnych są dla pani szczególnie trudne. Klaryfikacja: Nie zrozumiałam, co takiego dzieje się na egzaminie ustnym? Odzwierciedlenie: Jest pani zła na siebie i rozżalona, kiedy mimo przygotowania, nie zdaje pani kolejnego egzaminu.
Nie wiem co robić w życiu. Mam już 40 lat, moja sytuacja zawodowa jest stabilna, mam partnera, kochamy się. Cóрка świetnie się uczy. Niby wszystko dobrze, a nic mnie nie cieszy... Tak to nie powinno wyglądać! (ze złością). Czuję się kompletnie bezradna.	Prośba o rozwinięcie tematu: Proszę powiedzieć coś więcej o swojej sytuacji w małżeństwie. Parafraza: Zastanawia się pani, czemu, mimo tego, że pani życie dobrze się układa, trudno pani być zadowoloną? Klaryfikacja: Nie zrozumiałam, wobec czego czuje się pani bezradna, chodzi o pani samopoczucie, czy uważa pani, że pani życie powinno inaczej wyglądać? Odzwierciedlenie: Czuje się pani zła i bezradna wobec tego co dzieje się z panią ostatnio.
Spotkałem się wczoraj z mamą. Była u lekarza. Nie chciała mówić o wynikach. Ja też nie zapytałem wprost... Nie wyglądała dobrze...	Prośba o rozwinięcie tematu: Czy mógłby pan powiedzieć coś więcej o tym, jak wygląda sytuacja zdrowotna pana mamy? Parafraza: Rozumiem, że nie zna pan wyników badań pana mamy? Klaryfikacja: Nie do końca zrozumiałam, czy sytuacja zdrowotna pana mamy jest panu znana? Odzwierciedlenie: Po rozmowie z mamą boi się pan o jej zdrowie.

4.2. PRACA Z OPOREM

Koncepcja oporu została wprowadzona do psychologii wraz z rozwojem psychoanalizy. Obecnie jest on traktowany jako jedno z kluczowych zjawisk w psychoterapii, ujawniające się podczas każdego spotkania, na którym poruszane są bolesne dla jednostki treści. Najogólniej mówiąc, **opór można rozumieć jako niechęć, świadomą lub nieświadomą, do eksploracji pewnych obszarów treściowych** (Geller, Król, 1991; przykład oporu został ukazany w Tabeli 3). Opór może przeszkadzać w osiągnięciu celu psychoterapii, stanowi jednak również, jeśli nie przede wszystkim, bardzo ważne źródło informacji o życiu psychicznym i sposobie funkcjonowania pacjenta. Zdolność terapeuty do dostrzegania przejawów oporu oraz adekwatnej reakcji, wynikającej z rozumienia źródeł zjawiska, stanowi podstawowy aspekt umiejętności psychoterapeutycznych.

„Pracę z oporem” rozpoczyna umiejętność rozpoznania przejawów tego zjawiska. Istnieje wiele treściowych i pozawerbalnych zachowań, poprzez które przejawia się opór pacjenta (Kottler, 2007). Porządkującą klasyfikację zaproponowała Romanowska (2005), wyróżniając pięć kategorii:

1. Manifestacje niewerbalne, wskaźniki „płynące” z ciała;
2. Brak odpowiedzi na pytanie;
3. Brak spójności treści z prezentowanymi emocjami;

Tabela 2. Charakterystyka podstawowych form pytań.

Rodzaj pytania	Właściwości	Przykład
Otwarte	Forma pytania, która nie ogranicza rozmówcy, nie wyznacza ram w zakresie tematu ani struktury odpowiedzi. Sposób odpowiadania, kolejność wnoszonych treści, długość wypowiedzi zależą od pytanego.	Jak wygląda pani relacja z córką? Co się kryje za decyzją o rezygnacji z pracy?
Zamknięte	Pytania szczegółowe, ograniczające możliwy zakres odpowiedzi.	Czy pani relacja z córką układa się dobrze? Kiedy zrezygnował Pan z pracy?
Wprost	Psychoterapeuta odwołuje się bezpośrednio do doświadczenia rozmówcy. W kwestiach kontrowersyjnych należy uwzględnić znaczenie zmiennej aprobaty społecznej.	Czego oczekuje pan od psychoterapii?
Projekcyjne	Zakłada się, że odpowiadając na tak sformułowane pytanie, pacjent projektuje na innych własne pragnienia, przekonania i postawy. Są one mniej zagrażające niż pytania wprost.	Jak pani myśli, dlaczego ludzie podejmują psychoterapię?
Neutralne	Pytanie nie zawiera sugestii dotyczącej tego, jakiej odpowiedzi oczekuje diagnosta.	Co pani myśli o swojej sytuacji zawodowej?
Tendencyjne	Zawierają sugestie dotyczące oczekiwanej odpowiedzi lub założenia dotyczące doświadczenia rozmówcy.	Czy nie uważa pani, że pani szef zachowuje się nieodpowiedzialnie?

4. Nagła zmiana sposobu komunikacji;
5. Zachowania odnoszące się do relacji z diagnostą.

W sytuacji rozmowy z pacjentem „w oporze” możemy zatem zauważyć sygnały **niewerbalnego niepokoju**, **zamkniętą pozycję ciała**, **nieadekwatny** (nadmiarowy lub zahamowany) **sposób gestykulacji** (kategoria 1); doświadczyć **milczenia**, sytuacji, kiedy nasz rozmówca odpowiada na pytania krótko „nie wiem”, „nie pamiętam”, świadomie lub nie, nie jest w stanie sobie przypomnieć danej sytuacji, nie wie jak odpowiedzieć psychoterapeucie; porusza mało istotne wątki, mówi w sposób nadmiernie ogólny lub, przeciwnie, opisuje wszystkie detale; zatrzymany przy danym wątku, zmienia temat, opowiada o innych, intelektualizuje (kategoria 2). **Niespójność komunikacji** (kategoria 3) opisuje sytuację, na przykład, kiedy nasz rozmówca żartując, opowiada o trudnych wydarzeniach ze swojego życia, ironizuje, „na chłodno” relacjonuje wydarzenia o potencjalnie intensywnym emocjonalnie znaczeniu. W kontekście przejawów oporu, zainteresowanie powinna również wzbudzić zmiana w zakresie werbalnej aktywności pacjenta, jasności wypowiedzi, charakteru słownictwa, **zmiana w zakresie intonacji, głośności wypowiedzi** (kategoria 4). Ostatnią kategorię (kategoria 5) stanowią **wypowiedzi kierowane do psychoterapeuty**. Są one najczęściej związane z ekspresją emocji (np. wyrażeniem złości, wrogości, ale też miłości lub sympatii), stanowią formę oceny psychoterapeuty (komentarze dotyczące jego kompetencji lub ironiczne wypowiedzi na temat trafności interwencji) lub oznaczają próbę zmiany sytuacji na bardziej towarzyską (np. pytanie terapeuty o jego przeżycia, doświadczenia).

Tabela 3. Przykładowy zapis reakcji obronnej pacjenta

B: (...) I wtedy odszedł ode mnie mój chłopak.

Dłuższe milczenie. Pacjentka wydaje się bliska płaczu.

T: (komentując sygnały niewerbalne) to musiało być trudne doświadczenie

B: Nie wcale nie. Właściwie nie pamiętam jak to było. Chyba wyjechałam do innego miasta. To był Wrocław, widziała pani rynek wrocławski? Jest naprawdę piękny. Przychodziliśmy ze znajomymi do takiej kawiarenki, malutkiej (dłuższy opis). Wie pani, dużo się działo, szybko o nim zapomniałam... A pani miała kiedyś taką sytuację? Nie? Nie powie mi pani. Nie znoszę tego milczenia terapeutów!

Skuteczność interwencji psychoterapeuty zależy w dużej mierze od tego, czy opór zostanie właściwie rozpoznany. To, w jaki sposób zareagujemy, zależy od wielu czynników - przyjętej przez prowadzącego orientacji teoretycznej, momentu procesu lub właściwości klienta. Zauważając wskaźniki oporu możemy zdecydować się na interwencję (1) obniżającą poziom napięcia lub (2) wybrać taką, która pozwoli pacjentowi zauważyć to, co się z nim dzieje. Do pierwszej grupy należą interwencje, w których terapeuta zmienia formę lub modyfikuje treść wypowiedzi; może zmienić pytanie na projekcyjne, intonację na pytającą, zmodyfikować nasilenie nazywanych emocji, użyć zwrotu „łagodzącego” siłę przekazu, w tym ułatwiającego odrzucenie interwencji (*Nie wiem, czy dobrze zrozumiałem... Pomyślałam, że może pani być zła na mamę, nie wiem, czy pani tak czuje?*). Istnieją sytuacje, w których psychoterapeuta, znając pacjenta lub kontekst rozmowy (w tym świadomość stereotypów i założeń kulturowych) będzie wiedział, co utrudnia mu otwarte dzielenie się myślami na dany temat. I tak, w sytuacji kiedy nasz rozmówca milknie, zapytany o emocje związane ze swoim małym dzieckiem, możemy zareagować interwencją ułatwiającą wyrażenie negatywnych emocji (np. *Kontakt z małym dzieckiem bywa wspaniały, momentami jest również bardzo wyczerpujący i emocjonalnie trudny. Zastanawiam się, czy pan również, jak większość rodziców, doświadczał niewygodnych emocji po narodzinach synka.*). Taką wypowiedzią może być również informowanie pacjenta (*Konsultacja ma charakter poufny, wszystko co pan powie zostanie wyłącznie między nami*), odwoływanie się do wcześniejszych ustaleń (*Zaprosiłam panią, żebyśmy mogły lepiej zrozumieć pani syna, pani zna go najlepiej; nie jest moim celem ocenianie pani umiejętności wychowawczych*) lub interwencje w inny sposób podnoszące poczucie bezpieczeństwa pacjenta (*Rozumiem, że trudno jest o tym mówić. Będziemy mogli wrócić do tego tematu, kiedy poczuje się pani gotowa*).

W przypadku drugiej grupy interwencji, psychoterapeuta nazywa zauważalne przejawy oporu i pozostawia pacjentowi dowolność w zakresie reakcji (*Mówi pan bardzo poruszające treści w spokojny, monotony sposób; Od kiedy zaczęliśmy rozmawiać na temat pana relacji z mamą, urywa pan wypowiedzi, milknie pan na dłuższą chwilę*). Podobne działanie ma wypowiedź odzwierciedlająca uczucia pacjenta (*Posmutniał pan wspominając relację z dziewczyną*). W praktyce psychoterapeuci formułując wypowiedź starają się łączyć obie wymienione funkcje (*Wiem, że rozmowa o kłopotach dziecka może wywoływać lęk przed oceną umiejętności rodzicielskich i pomyślałem sobie, że może z tego powodu, gdy zeszliśmy na temat kłopotów Pani syna w szkole, zaczęła Pani mówić w sposób wyważony i mało emocjonalny*).

ROZDZIAŁ 5. SPECYFICZNE TECHNIKI PRACY

W niniejszym rozdziale opisano najważniejsze techniki stosowane przez psychoterapeutów w ramach czterech zasadniczych nurtów psychoterapii.

5.1. SPECYFICZNE TECHNIKI PRACY W NURCIE PSYCHOANALITYCZNYM

Stosowane interwencje w pracy psychoanalitycznej i psychodynamicznej można ułożyć na kontinuum od technik, które mają na celu wsparcie ego pacjenta (np. afirmowanie), do metod prowadzących do wglądu (np. interpretacja). W teorii psychodynamicznej odnośnie pacjentów nerwicowych postuluje się, aby podstawowym mechanizmem zmiany było uświadomienie treści, które prowadziły do wewnętrznego konfliktu między różnymi instancjami psychiki – id, ego i superego, oraz świadomość budowanych przeniesieniowych relacji interpersonalnych (Grzesiuk, 2005). W psychoterapii osób głębiej zaburzonych lub zdrowych, ale przeżywających czasowy kryzys, podstawowym mechanizmem zmiany jest wsparcie ego pacjenta (Leichsenring i in., 2006).

Do podstawowych interwencji psychoterapeutycznych należą: **konfrontacja**, **klaryfikacja** i **interpretacja**. Pierwsza z wymienionych interwencji oznacza nazwanie zjawiska, bez analizowania jego genezy i mechanizmu. Psychoterapeuta psychoanalityczny mógłby w ten sposób skomentować powtarzające się spóźnienia pacjenta: *Po raz drugi spóźnia się pan na nasze spotkanie, lub odnieść się do jego milczenia: Milczał pan przez pierwsze 10 minut sesji.*

O ile **konfrontacja** polega na pokazaniu, że dane zjawisko w ogóle istnieje i ewentualnym zachęceniu do wspólnego myślenia na ten temat, **klaryfikacja** oznacza jego przynajmniej częściowe wyjaśnienie: *Zamilkł pan zaraz po tym jak na początku sesji powiedziałam o planowanym urlopie. Myślę, że może być pan na mnie zły i nie chce pan dziś ze mną rozmawiać.*

Celem **interpretacji** jest uczynienie nieświadomych treści psychicznych świadomymi. Stanowi ona objaśnienie danego zjawiska zawierające opis jego dynamiki, momentu pojawienia się, mechanizmu powstawania i utrzymywania się, znaczenia symbolicznego oraz funkcji. Oczywiście wyjaśnienie złożonego zjawiska nie jest możliwe w jednej interpretacji. Interpretacja stanowi przypuszczenie, w jaki sposób fantazje lub wspomnienia wpływają na aktualnie przeżywane emocje, przekonania i zachowanie pacjenta - łączy teraźniejszość z przeszłością pacjenta. Ważne jest, aby interpretacja była powiedziana w taki sposób, który nie zamyka drogi do dalszego analizowania danego problemu. Powszechnie uznaje się wręcz, że najbardziej skuteczną interpretacją jest ta, do której pacjent dojdzie sam. Ważną zasadą podawania interpretacji jest wznoszenie w pierwszej kolejności wątków najbardziej dostępnych świadomości – tych, które można wiązać z pracą ego lub związanych z oporem. W dalszej kolejności psychoterapeuta będzie odnosił się do treści

bardziej zagrażających, bronionych przez mechanizmy obronne, związanych z id. Wielokrotne odnoszenie się do danego zjawiska w różnych kontekstach psychoanaliza nazywa **przepracowaniem** (Killingmo, 2013).

Używając opisanych powyżej interwencji, psychoterapeuci nurtu psychoanalitycznego będą odnosić się do oporu pacjenta, w tym zauważanych **mechanizmów obronnych** – jednej z funkcji ego pacjenta chroniących go przed świadomością niechcianych treści (np. poprzez wyparcie, zaprzeczenie, projekcję) oraz **przeniesienia** - zjawiska przerzucenia doświadczeń z osoby z przeszłości na – na przykład - osobę analityka. Przeniesienie wiąże się z nieadekwatnością emocji i oczekiwań kierowanych do psychoterapeuty lub innej obecnej w życiu pacjenta (np. pacjent ukrywa konkretne treści obawiając się krytyki i odrzucenia ze strony psychoanalityka). Interpretacja przeniesienia stanowi potencjalne istotne źródło zrozumienia, jak własna przeszłość wpływa na budowane relacje obecnie.

Rola settingu. Specyficzną techniką dla metody psychoanalitycznej są same warunki organizacji pracy określane mianem *settingu*. Psychoanaliza wymaga odbywania sesji cztery lub pięć razy w tygodniu, w przypadku psychoterapii psychoanalitycznych spotkania odbywają się 2-3 razy w tygodniu, a psychoterapeuci psychodynamiczni pracują najczęściej 1-2 razy w tygodniu. Duża częstotliwość i regularność spotkań sprawia, że psychoterapeuta staje się bardzo ważną osobą w życiu pacjenta, tym samym intensywne reakcje przeniesieniowe mogą być zauważone i analizowane. Pacjent psychoanalityczny leży na kozetce, nie widząc analityka (ta forma pracy jest stosowana również w psychoterapii psychoanalitycznej). Takie warunki sprzyjają eksploracji życia psychicznego; pacjent może mówić wszystko, co pojawia się w jego umyśle, nie widząc reakcji analityka. Pozycja leżąca ułatwia dostęp do mniej świadomych treści, zmniejsza kontrolę nad wypowiedzianymi słowami. Terapeuta, z kolei, bez konieczności kontrolowania sposobu, w jaki słucha pacjenta, może swobodniej analizować wzorce pojawiające się w wypowiedzianych treściach. Wyraźne granice czasowe sesji, stałość miejsca i sposobu zachowania terapeuty tworzą ramy, w których może być analizowane życie wewnętrzne pacjenta.

5.2. SPECYFICZNE TECHNIKI PRACY W NURCIE POZNAWCZO-BEHAWIORALNYM

W psychoterapii poznawczo-behawioralnej (CBT) mechanizm zmiany – **specyficzny** dla tej metody pracy psychoterapeutycznej - opisywany jest przede wszystkim za pomocą teorii uczenia się (warunkowania klasycznego, warunkowania instrumentalnego i modelowania) oraz teorii poznawczych (Prochaska, Norcross, 2006). W pracy wykorzystuje się zatem **techniki warunkowania klasycznego** (np. systematyczna desensytyzacja, terapia implozywna, terapia awersyjna), **techniki warunkowania instrumentalnego** (np. Biofeedback, praca w oparciu o system żetonowy), **techniki modelowania** (np. trening asertywności, trening umiejętności społecznych (TUS)). Przykładami **technik poznawczych** są, z kolei, **dialog sokratejski**, **zapis myśli automatycznych**, **monitoring myśli** lub **skalowanie** (Leichsenring i wsp. 2006; Grzesiuk, 2005).

Warto wymienić również zdobywające coraz większą popularność – w ramach tzw. trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej - **treningi uważności** (ang. *mindfulness*).

Proces indywidualnej psychoterapii poznawczo-behawioralnej jest opisywany jako forma rozmowy, którą uzupełniają propozycje zadań (Salkovskis, Wahl, 2005). Techniki pracy można zatem podzielić na techniki dyskusji i eksperymenty behawioralne. Wymienione aspekty są komplementarne i ściśle ze sobą powiązane. Oparty na pytaniach sposób rozmawiania opisywany jest jako kierowane odkrywanie lub ukierunkowane dochodzenie do prawdy (ang. *guided discovery*). Pomaga ono pracować nad uzyskaniem lepszego zrozumienia problemu, przy uwzględnieniu aktualnie dostępnych dowodów uzasadniających przekonania i interpretacje pacjenta. Specjalnie opracowywane eksperymenty pozwalają, z kolei, na zdobycie brakujących informacji - potrzebnych, aby odpowiedzieć na stawiane przez terapeutę pytania, co często prowadzi do podważenia słuszności przyjmowanych dotychczas założeń.

Do najważniejszych technik behawioralnych należy **systematyczna desensytyzacja**. Za twórcę tej metody uważa się Josepha Wolpęgo. Celem tej techniki jest redukcja nasilenia nieprzystosowawczych emocji – w tym przede wszystkim irracjonalnego lęku. Technika ta jest najczęściej stosowana wobec osób z objawami fobii. Mechanizm jej działania opiera się na wzajemnym hamowaniu przeciwstawnych reakcji organizmu. Wielokrotne łączenie bodźców wywołujących niepokój (którym towarzyszy psychiczna, motoryczna i wegetatywna reakcja lęku; pobudzenie układu sympatycznego) z doświadczeniem sytuacji stanowiącej jest przeciwieństwo – głębokiej relaksacji psychicznej i mięśniowej (wraz z pobudzeniem antagonistycznie działającego układu parasympatycznego) prowadzi do przewarunkowania. Stosowanie tej techniki obejmuje trzy etapy:

- (1) **trening relaksacji** mięśni (najczęściej stosowanymi metodami relaksacji są trening progresywnej relaksacji Jacobsona i trening autogeny Schultz),
- (2) opisanie **hierarchii bodźców lękotwórczych**,
- (3) **właściwa desensytyzacja** - łączenie relaksacji z ekspozycją bodźców budzących lęk (np. w formie wyobrażenia).

Techniki relaksacyjne zyskały dużą popularność, stając się autonomicznym elementem leczenia, poprawiającym jakość funkcjonowania pacjentów. Są proponowane pacjentom w ramach programów psychoterapeutycznych stosowanych w szpitalach lub ośrodkach leczenia dziennego. Tabela 4. przedstawia przykład instrukcji ćwiczenia relaksacyjnego.

W terapii poznawczej zakłada się, że negatywne emocje i trudności psychiczne wynikają z błędów poznawczych. Celem pracy jest skorygowanie tych nieprawidłowości - przekształcenie sztywnych, nieadaptacyjnych sposobów myślenia w bardziej adekwatne, elastyczne i realistyczne. Terapeuta nie przekonuje jednak pacjenta do zmiany przekonań za pomocą perswazji, nie używa kontrargumentów, nie dostarcza faktów sprzecznych z błędnym przekonaniem, nie podważa prawdziwości przyjętych przez niego założeń, nie ocenia ich, nie nazywa nieprawidłowymi. Zasadniczą metodą pracy terapeuty poznawczego jest

Tabela 4. Treść instrukcji ćwiczenia relaksacyjnego zalecanego przez Maxwella Maltza.

Wyobraź sobie, że twoje ciało składa się z zespołu balonów napęcznionych powietrzem. Ramiona i nogi tworzą po dwa balony. Głowa jest balonem. Pierś jest napęcznionym balonem, podobnie brzuch.

Wyobraź sobie teraz, że twoje stopy są dwoma wentylami, z których powoli uchodzi z sykiem powietrze. Powietrze uchodzi, a nogi, które są balonami wiotczeją, zmniejszają się. Kurczą się, tak jak to się dzieje z balonem, kiedy uchodzi z niego powietrze.

Wyobraź sobie, że twoje dłonie są dwoma wentylami i że uchodzi z nich powietrze. Ramiona zmniejszają się, wiotczeją i kurczą się. Wyobraź sobie, że przez wentyle rąk i nóg wypływa powietrze z piersi, brzucha, głowy. Że pierś, brzuch, głowa zmniejszają się, wiotczeją, kurczą się jak gumowy balon, z którego uchodzi powietrze. (s. 202, Siek, 1999)

stawianie pytań i zachęcanie pacjenta do wyciągania własnych wniosków. Technikę tę nazywamy **dialogiem sokratejskim** (ang. *Socratic dialogue*, *Socratic questioning*). Jest ona specyficznym sposobem prowadzenia rozmowy, w której terapeuta, poprzez odpowiednio dobrane pytania, skłania pacjenta do poszukiwania dowodów potwierdzających lub podważających wybrane przekonanie (*Jakie są dowody przemawiające za prawdziwością tej myśli?*, *Jakie argumenty są przeciw?*, *Czy istnieje inne wytłumaczenie?*, *Skąd ma Pani pewność, że nikt Pani nie lubi?*, *Dlaczego Pani wartość ma zależeć od tego, co o Pani myślą inni ludzie?*). Technika ta pozwala na identyfikację treści poznawczych i błędów w myśleniu. Daje możliwość rozpoznania zależności między myślami, emocjami i zachowaniem oraz zmianę przekonań i sposobu myślenia. W myśleniu poznawczym powszechnie akceptuje się użyteczność opisywanej techniki, jednak jej formalne i stylistyczne aspekty pozostają niejasne (Kazantzis i wsp., 2018). Sposób prowadzenia rozmowy różni się bowiem w zależności od charakterystyki problemu, właściwości pacjenta czy jakości kontaktu. Klasyczna procedura rozmowy w oparciu o **dialog sokratejski** obejmuje: (1) pytania, które prowadzą pacjenta do uzyskania informacji pozostających poza jego świadomością, (2) uważne słuchanie, (3) liczne podsumowania odkrytych informacji i (4) pytania syntetyzujące, w których pacjent jest proszony o odniesienie nowych informacji do dotychczasowych przekonań (Padesky, Greenberger, 2004).

5.3.SPECYFICZNE TECHNIKI PRACY W NURCIE HUMANISTYCZNO-EGZYSTENCJALNYM

Do najważniejszych technik wykorzystywanych przez przedstawicieli podejścia humanistyczno-egzystencjalnego należą sposoby pracy charakterystyczne dla psychoterapii skoncentrowanej na kliencie Carla Rogersa oraz terapii Gestalt. Warto zaznaczyć, że dla reprezentantów opisywanego nurtu największe znaczenie ma specyficznie rozumiana relacja terapeutyczna oznaczająca bliski i otwarty kontakt. Nadmierna koncentracja na technikach nie jest pożądana. Co więcej, bywa postrzegana jako blokująca bycie „tu i teraz”, uniemożliwiająca głębokie doświadczenie spotkania dwóch osób (Grzesik, 2005; Perls, 2019).

Sposób pracy w terapii skoncentrowanej na kliencie. Praca w psychoterapii Rogeriańskiej ma charakter niedyrektywny, co wynika z przyjętych założeń dotyczących rozumienia podstawowych czyn-

ników leczących. Celem pracy jest umożliwienie klientowi rozwoju w kierunku wewnętrznej integracji i niezależności, co może mieć miejsce wyłącznie w kontakcie wolnym od nacisku i warunków akceptacji. W takiej sytuacji człowiek, ograniczony dotychczas na skutek barier emocjonalnych, może rozwinąć tkwiący w nim potencjał samoleczenia. Terapeuta kształtuje kontakt z klientem zgodnie z podstawowymi zasadami, wśród których wymienia się **autentyczność psychoterapeuty, akceptację pacjenta i empatię dla jego doświadczeń** (triada Rogeriańska). Na poziomie operacyjnym taki sposób pracy oznacza korzystanie z określonych form interwencji. Grzesiuk (2005) opisuje system kategorii pozwalający na scharakteryzowanie wykorzystywanych w pracy wypowiedzi prowadzącego – dokonuje podziału na: (1) wypowiedzi pożądane – niedyrektywne i (2) niepożądane – dyrektywne lub częściowo dyrektywne.

Do pierwszej kategorii zalicza się pięć form wypowiedzi: **klaryfikacja uczuć, powtarzanie treści, wyrażanie akceptacji** (prosta zgoda: *yhy, aha*), **strukturalizację** (oznaczającą informację o właściwościach, granicach czasowych lub skuteczności pracy psychoterapeutycznej) i **niedyrektywne prowadzenie** (*Przy czym są dziś pani myśli?*). Klaryfikacja uczuć jest uznawana za najważniejszą interwencję; stanowi wyrazem rozpoznania i syntezy ujawnianych emocji. Może dotyczyć emocji nieuświadomianych, obecnych w przekazie niewerbalnym, nie powinna jednak wzbudzać poczucia zagrożenia. Powtarzanie, natomiast, stanowi technikę, w której terapeuta literalnie powtarza, streszczając, słowami klienta jego wypowiedź, sygnalizując w ten sposób zrozumienie dla indywidualnego charakteru doświadczania świata przez klienta.

Drugą grupę – wypowiedzi niepożądanych - stanowią **pytania, interpretacje, zmuszanie klienta do odpowiedzialności** (taką wypowiedzią jest np. komentarz, że klient nie chce sam wybrać tematu do pracy i oczekuje decyzji terapeuty), **wyrażanie uznania** (stanowiący pozytywną ocenę pacjenta lub jego pomysłów), **udzielanie wsparcia** (Jestem tu, żeby pani pomóc.) oraz przekazywanie informacji. Po interwencji należące do drugiej z wymienionych kategorii terapeuta sięga rzadko, w szczególnych okolicznościach, znając ich ograniczenia.

Praca terapeutyczna w ujęciu Rogeriańskim ma formę niedyrektywnej rozmowy, w której psychoterapeuta, zdolny do empatycznego zrozumienia niepowtarzalnego doświadczenia swojego klienta, odzwierciedla jego emocje i pomaga mu je trafnie wyrazić. Rzadko zatem pyta lub interpretuje, nie sugeruje rozwiązań naprowadzając na alternatywny sposób myślenia, nie udziela rad, nie ocenia, nie chwali, nie krytykuje. Jego zadaniem jest bowiem wyłącznie (i aż) utrzymanie procesu, w którym klient może swobodnie wyrażać, co myśli i czuje; stworzenie warunków, w których klient może poznać siebie.

Techniki stosowane w terapii Gestalt. Styl pracy terapeuty Gestalt jest dyrektywny. W psychoterapii obowiązują określone normy stanowiące wyraźne oczekiwania wobec klienta, które zmieniają charakter kontaktu. Uniemożliwienie klientowi stosowania nawykowych sposobów unikania trudnych emocji wymaga bowiem stanowczej interwencji ze strony psychoterapeuty. W procesie pracy w tym nurcie stosowane

są również oryginalne techniki. Terapia Gestalt często jest prowadzona w grupie (w formie indywidualnej pracy na tle grupy) – stąd wiele technik tej szkoły zakłada obecność innych uczestników.

Wśród zasad organizujących pracę (nadających jej wyjątkowy charakter) warto wymienić prośbę, żeby wszystkie wypowiedzi, nawet te dotyczące spraw z przeszłości, były formułowane w czasie teraźniejszym. Klient jest dopytywany o to, co czuje, co myśli, co się z nim dzieje lub co ma ochotę zrobić w danym momencie i sytuacji. **Zasada „teraz”** pozwala uniknąć „mówienia o...”. W ten sposób dystans wobec opisywanych przeżyć zostaje zmniejszony. Inna zasada dotyczy niezgody na posługiwanie się formą bezosobową (*ludzie lubią ponarzekać, człowiek boi się odrzucenia, dusi mnie w gardle*). W takiej sytuacji terapeuta prosi o zmianę formy zdania (*lubię narzekać, boję się odrzucenia, duszę się*) wymagając w ten sposób wzięcia odpowiedzialności za swoje uczucia i doznania. Podobnie, można oczekiwać **niezgody prowadzącego na wypowiadanie słów w próżnię, bez adresata**. Terapeuta proponuje, aby były one adresowane do konkretnych osób, których dotyczą (*Do kogo mówisz?*). Uczestników grupy zachęca się zatem do mówienia bezpośrednio do drugiej osoby (unikanie wypowiedzi w trzeciej osobie). Prośba dotyczy również osoby, która jest fizycznie nieobecna, choć obecna w opowieści (przyjaciółka, matka).

Stosowane techniki mają formę ćwiczeń (zwanych też gramami). Jedną z nich jest prowadzenie **dialogu między częściami ja** klienta, obiektami występującymi w jego fantazjach, w marzeniu sennym lub między częściami ciała związanymi z dolegliwościami somatycznymi (np. odegranie rozmowy między tą częścią siebie, która pragnie pozostać niezauważona, nie zwracać na siebie uwagi i tą, która chce zaistnieć). Podmiot wybiera jedną postać, część siebie lub stronę konfliktu. Ugłusnia jej sposób myślenia i przeżywania i z jej perspektywy zwraca się do innej. Po pewnym czasie następuje zmiana pozycji. Taka propozycja jest szczególnie przydatna w sytuacji pracy wokół wewnętrznego konfliktu klienta. Polaryzacja oraz werbalny kontakt między wybranymi elementami lub postaciami stanowi próbę integracji, często skrajnie przeżywanych aspektów siebie.

Techniką pozwalającą na domknięcie niezakończonych spraw, wyrażenie dotychczas blokowanych emocji jest, z kolei, **rozmowa z pustym krzesłem**. Terapeuta może prosić klienta, żeby w ten sposób porozmawiał ze swoim zmarłym ojcem, przyjacielem z dzieciństwa lub szkolnym prześladowcą. Nigdy niewypowiedziane słowa wyrażające myśli, emocje, pragnienia lub pretensje do wyobrażonej osoby mogą zostać nazwane i przeżyte. Ćwiczenie pozwala na identyfikację i „pożegnanie” niewyrażonych dotychczas uczuć, niepotrzebnie angażujących naszą energię w teraźniejszości. Podobną funkcję może pełnić prośba o **napisanie listu do konkretnej osoby, dopełnienie zobowiązania lub propozycja trudnego spotkania** (Grzesiuk, 2005).

Korzystając z technik, terapeuta Gestalt stwarza klientowi możliwość przeżywania i działania, któremu w tej szkole psychoterapii przypisuje się większą wartość niż myśleniu i słowom (Prochaska, Norcross, 2006). Opisane ćwiczenia umożliwiają konfrontację z trudnymi doświadczeniami, kontakt z niechcianymi emocjami, pomagają w eksperymentowaniu i odkrywaniu samego siebie. W konsekwencji doprowadzają do zwiększenia samoświadomości klienta.

5.4. SPECYFICZNE TECHNIKI PRACY W NURCIE SYSTEMOWYM

Chrzastowski (2014), opisując wybrane metody i techniki pracy w nurcie systemowym, podkreśla fakt, że psychoterapia to przede wszystkim sztuka rozmowy. Nie są one traktowane jako uniwersalne narzędzia, które, poprawnie użyte, „naprawia” rodzinę. (Wyjątek stanowi myślenie terapeutów strategicznych, którzy stawiając na skuteczność krótkoterminowej interwencji, negowali znaczenie rozumienia przez członków rodziny sposobu jej funkcjonowania i mechanizmów zmiany). Ich rodzaj, a także sposób przeprowadzenia i wykorzystania zebranego materiału, zależy od podejścia, z jakim identyfikuje się terapeuta. Mogą być stosowane na każdym etapie procesu. Umożliwiają identyfikację problemu, wypróbowywanie nowych sposobów reakcji, zwiększają zaangażowanie członków rodziny. Przykładami technik terapeutycznych są genogram, pytania cyrkularne, pozytywne oznaczenie zachowań, zalecenia paradoksalne, przeformułowanie, pozytywna konotacja, rzeźba rodziny i techniki psychodramatyczne (Chrzastowski, 2014).

Do najbardziej popularnych technik należy **genogram** (Chrzastowski, 2014) - schematyczny rysunek obejmujący członków rodziny (co najmniej trzy pokolenia), więzy pokrewieństwa między nimi i charakter łączącej ich relacji. Stosowany jest w celu zebrania, uporządkowania i pogłębienia wiedzy o rodzinie. Stanowi technikę terapeutyczną pozwalającą na prześledzenie wzorców interakcji, mitów rodzinnych, typowych sposobów komunikowania się. Zakłada się bowiem, że narracje rodzinne kształtują nieświadomy sposób, w jaki członkowie rodziny siebie postrzegają, jak o sobie myślą i jak się odnoszą do siebie nawzajem. Genogram stanowi doskonałą okazję do poznania historii konstytuujących daną rodzinę. Pozwala w niewymuszony sposób rozpocząć opowieści rodzinne, prowadzi do wspólnego myślenia o ich wpływie na poszczególnych członków i rodzinę jako całość. Analiza genogramu jest szczególnie ważna wtedy, kiedy terapeuta zauważa wyraźny wpływ przekazu transgeneracyjnego na obecne funkcjonowanie rodziny.

Specyficzną dla terapii systemowej metodą są **pytania cyrkularne**. Wymieniona technika została wprowadzona przez zespół mediolański. Polega ona na zadawaniu jednemu członkowi rodziny pytań na temat innych jej członków. Pytania dotyczą specyficznych interakcji w konkretnych warunkach (*Co robi mama, kiedy twój brat wraca późno do domu?*), różnic w zachowaniu poszczególnych członków rodziny (*Kto bardziej się denerwuje, kiedy siostra dostaje jedynek?*), przewidywań, co zdarzy się w hipotetycznej sytuacji (*Gdyby syn się wyprowadził, kto zająłby się chorym ojcem?*). Ich forma jest neutralna, nie prowokują one do wzajemnego oskarżania się lub oceniania. Tym samym pozwalają ominąć opór przed zmianą. Celem pytań cyrkularnych jest zebranie informacji o relacjach w rodzinie oraz umożliwienie uczestnikom terapii rozmowy na ten temat. Ułatwiają odpowiadającym myślenie o sobie jako o elementach pewnej całości. A pozwalając rodzinie dostrzec wzajemne zależności oraz wkład w powstawanie problemu, pytania cyrkularne **zmieniają sposób myślenia** o relacjach zachodzących pomiędzy członkami systemu (Tryjarska, 2006; Chrzastowski, 2014).

Interwencje paradoksalne stanowią typową technikę terapii strategicznej. Paradoksalne instrukcje są stosowane w sytuacji występowania silnego oporu przed zmianą, wobec rodzin, które nie są w stanie zmienić się zgodnie z bezpośrednimi zaleceniami. Dotyczą najczęściej zachowań związanych z nazwanym symptodem. Tryjarska (2006) wymienia (1) strategię zalecania symptomu, (2) strategię powstrzymywania oraz (3) strategię pozycyjną. Stosując pierwszą z wymienionych, terapeuta zaleca kontynuowanie lub nasilenie zachowania, które ma zostać zmienione (np. w przypadku pracy z pacjentem przejawiającym zaburzenia obsesyjno-kompulsywne zaleca zwiększenie częstotliwości mycia rąk). Podobnie postępuje w przypadku zachowań innych członków rodziny, które podtrzymują symptom. Druga strategia dotyczy sytuacji, w której terapeuta zaprzecza możliwości zmiany, zniechęca do niej, ostrzega przed taką sytuacją i sugeruje „zwolnienie tempa” pracy. W trzeciej z wymienionych strategii terapeuta wyolbrzymia lub akceptuje trudności rodziny lub negatywne stany pacjenta (*Państwa sytuacja budzi wyłącznie moją bezradność. Niestety nie widzę możliwości poprawy.*). Warto pamiętać, że ta forma interwencji wymaga dużego doświadczenia i jest kierowana wobec rodzin szczególnie „trudnych”, kiedy inne formy oddziaływań okazały się nieskuteczne.

PRZYPISY:

¹ Kodeks można pobrać ze strony Sekcji Psychoterapii PTP - <http://www.sekcjapsychoterapii.pl/kodeks-etyczny/>

² „Intrawizja” czasem nazywana „interwizją”, a w języku angielskim „peer supervision” to konsultacja danego problemu klinicznego w gronie kolegów psychoterapeutów.

³ Dalsza część rozdziału stanowi zmodyfikowane i uaktualnione fragmenty niepublikowanej pracy doktorskiej autora skryptu (Styła, 2011).

⁴ Porządkujące porównanie wiodących szkół psychoterapii rodzinnej – systemowych i niesystemowych - ujęte w tabelce Czytelnik znajdzie w książce Szymona Chrzastowskiego (2014).

6. BIBLIOGRAFIA

- Alekandrowicz, J. W. (2000). *Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2015). *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Arntz, A., Jacob, G. (2019). *Terapia schematów w praktyce. Praca z trybami schematów*. Gdańsk: GWP.
- Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 1-18.
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: a perspective. *American Psychologist*, 65(1), 13.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., Weakland, J.H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-254.
- Chrzastowski, S. (2014). *Nie tylko schemat. Praktyka systemowej terapii rodzin*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
- Chrzczonowicz, A. Styła, R. (2009). Gdzie szukać psychoterapii. W: L. Grzesiuk, R. Styła (red.). *Psychoterapia bez tajemnic*. Warszawa: Difin.
- Cooper, M. (2010). *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego: Wyniki badań i praktyka kliniczna*. Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., ... & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 694-702.
- Czabała, J. C. (2006). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN.
- Eysenck H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Gabbard, G. (2011). *Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Grzesiuk, L., Jakubowska, U. (2005). Terapia systemowa. W: L. Grzesiuk (red.). *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury: Eneteia.
- Grzesiuk, L. (2005). Techniki behawioralno-poznawcze. W: L. Grzesiuk (red.). *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: ENETEIA.
- Grzesiuk, L. (2005). Techniki podejścia humanistyczno – egzystencjalnego. W: L. Grzesiuk (red.). *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: ENETEIA.
- Jasiński, M., Krawczyk, K. (2009). Co dzieje się w trakcie psychoterapii? W: L. Grzesiuk, R. Styła (red.). *Psychoterapia bez tajemnic*. Warszawa: Difin.
- Jasiński, M., Dębniak, A. (2009). Kiedy i jak zakończyć psychoterapię? W: L. Grzesiuk, R. Styła (red.). *Psychoterapia bez tajemnic*. Warszawa: Difin.
- Kächele, H., & Schachter, J. (2014). On side effects, destructive processes, and negative outcomes in psychoanalytic therapies: Why is it difficult for psychoanalysts to acknowledge and address treatment failures? *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 233-258.
- Kazantzis, N., Beck, J. S., Clark, D. A., Dobson, K. S., Hofmann, S. G., Leahy, R. L., & Wing Wong, C. (2018). Socratic dialogue and guided discovery in cognitive behavioral therapy: A modified Delphi panel. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(2), 140-157.
- Killingmo, B. (2013). *Psychoanalityczna metoda leczenia. Zasady i pojęcia*. Gdańsk: GWP.
- Laing, R (1995). *Podzielone ja*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Lambert M. J., Shapiro D. A., Bergin A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. W: S. L. Garfield, A. E. Bergin (red.). *Handbook of psychotherapy and behavioral change. Third edition*. New York: John Wiley & Sons.
- Leder, S., Kuliszkievicz, D. (1989). Psychoterapia. W: S. Dąbrowski, J. Jaroszyński, S. Pużyński (red.), *Psychiatria. Tom III*. Warszawa: PZWL.
- Ludewig, K. (1995). *Terapia systemowa: podstawy teoretyczne i praktyka*. Gdańsk: GWP.
- Marks, D. F. (2019). The Hans Eysenck affair: Time to correct the scientific record. *Journal of Health Psychology*, 24(4), 409-420.
- Mizerska, R., Pinkowska-Zielińska, H. Jankiewicz, A., Modrzyńska, D., Kostrzewski, M., Wojtysiak, S. (2018). *Psychoterapia. Vademecum*. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Moroń, M. (2014). W świat psychozy. Zaburzenia schizofreniczne w filmach "Pająk" (Spider) oraz "Piękny umysł". W: M. Brol, A. Skorupa (red.). *Psychologiczna praca z filmem*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Padesky, C., Greenberger, D. (2004). *Umysł ponad nastrojem. Podręcznik dla terapeuty*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Padesky, C., Greenberger, D. (2017). *Umysł ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu*. Wyd. II. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Perls, F. (2019). *Terapia Gestalt*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Prioleau, L., Murdock, M., Brody, N. (1983). An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *Behavioral and Brain Sciences*, 6(2), 275-285.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Rakowska, J. M. (2005). *Skuteczność psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., ... Claudino, A. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3-19.
- Rozental, A., Castonguay, L., Dimidjian, S., Lambert, M., Shafran, R., Andersson, G., & Carlbring, P. (2018). Negative effects in psychotherapy: Commentary and recommendations for future research and clinical practice. *BJPsych Open*, 4(4), 307-312.
- Salkovskis, Wahl (2005). *Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń obsesyjnych*. W: M. A. Reinecke, D. A. Clark (red.). *Psychoterapia poznawcza*. Gdańsk: GWP.
- Shapiro, D. A., Shapiro, D. (1982) Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Siek, S. (1999). *Autopsychoterapia*. Warszawa: ATK.
- Smith M. L., Glass G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760.
- Sokolik, Z. (2005). Psychoanaliza. W: L. Grzesiuk (red.). *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: Eneteia.
- Styła, R. (2011). *Dynamika zmian integracji Ja i nasilenia objawów nerwicznych w toku oddziaływań psychoterapeutycznych a skuteczność psychoterapii. Niepublikowana rozprawa doktorska*. Warszawa: Wydział Psychologii UW.
- Suszek, H., Grzesiuk, L., Styła, R., Krawczyk, K. (2017). Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część II. Wyniki ogólnopolskiego badania. *Psychiatria*, 14(2), 90-100.
- Szustrowa, T. (red.) (1991). *Swobodne techniki diagnostyczne. Wywiad i obserwacja*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Światowa Organizacja Zdrowia (2007). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków/Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius".
- Trzebińska, E. (2005). Przygotowanie do psychoterapii i jej przebieg. W L. Grzesiuk (red.). *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: Eneteia.
- Tryjarska, B. (2006). *Terapia rodzin*. W: L. Grzesiuk (red.). *Psychoterapia. Praktyka*. Warszawa: Eneteia.
- Ustian, D. (2005). Pytania i inne instrumenty konwersacyjne. Zastosowania praktyczne podczas wywiadu diagnostycznego. W: K. Krejz, K. Stemplewska-Żakowicz (red.). *Wywiad psychologiczny. Część 2. Wywiad jako spotkanie z człowiekiem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J., Hirsch, S. I. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2019). *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Gdańsk: GWP.

dr Rafał Styła. Członek Katedry Neuropsychologii Klinicznej i Psychoterapii Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Autor lub współautor ponad 30 publikacji z zakresu psychoterapii, psychopatologii i psychometrii. Certyfikowany psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, analityk grupowy Instytutu Analizy Grupowej „Rasztów”. Pracuje psychoterapeutycznie indywidualnie i grupowo w nurcie psychodynamicznym w Ośrodku Psychoterapii i Psychiatrii PSYCHE PLUS.

