

Rafał Antkowiak

Polski Instytut Ericksonowski, filia w Poznaniu

## Wprowadzenie do psychoterapii

### Streszczenie

Niniejszy artykuł jest wprowadzeniem do zagadnień związanych z psychoterapią. Przedstawiono w nim teoretyczne podstawy psychoterapii, omówiono różnicowanie istniejących podejść psychoterapeutycznych, opisano czynniki leczące w psychoterapii, które są wspólne dla różnych nurtów, przeanalizowano fazy procesu psychoterapii, a także przybliżono możliwości szkolenia się w zakresie psychoterapii.

*Psychiatria w Praktyce Klinicznej 2009; 2, 1: 15–22*

**Słowa kluczowe:** psychoterapia, czynniki leczące, relacja terapeutyczna

### Wprowadzenie

Grecki źródłosłów terminu „psychoterapia” (gr. *psyche* — dusza, *therapeia* — przywracanie zdrowia chorym, leczenie) sugeruje postępowanie lecznicze wobec duszy, jednak współczesna nauka umożliwia coraz lepsze zrozumienie złożonych związków między „siedliskiem duszy” — mózgiem — i powiązaną z nim psychiką człowieka. Ogromny postęp, który się w ciągu ostatnich kilkunastu lat dokonał w metodach obrazowania struktury, a także czynności mózgu, umożliwia w coraz większym stopniu prześledzenie procesów zachodzących w nim podczas psychoterapii. Wyniki badań, które opublikował laureat Nagrody Nobla Eric E. Kandel, ukazują w nowym świetle zmiany zachodzące w czynności oraz w strukturze mózgu pod wpływem czynników natury psychologicznej. Przed kilkunastu laty twierdzenie, że mózg człowieka zmienia się pod wpływem psychoterapii, byłoby traktowane jak fantastyka naukowa. Obecnie w książkach dotyczących psychoterapii terminy znane głównie neurobiologom, takie jak: ekspresja genów, neurogeneza, neurony lustrzane, czy plastyczność mózgu, pojawiają się coraz częściej [1, 2].

Zadając podstawowe pytanie o to, czym jest psychoterapia, znajdujemy różne jej definicje wynikające z teoretycznej orientacji badacza. Spotykamy się

z różnorodnymi, często potocznymi określeniami psychoterapii, takimi jak: oddziaływanie interpersonalne, edukacja psychospołeczna, forma powtórnego rodzicielstwa, kupowanie przyjaźni, współczesna forma szamanizmu, opieka zdrowotna, rodzaj przewodnictwa w dziedzinie zmiany własnej osoby, rozmowa przeprowadzona przez życzliwą osobę, udzielanie rad, wspieranie, pocieszanie, uspokajanie, podtrzymywanie na duchu i inne [1, 3, 4].

Prochaska i Norcross w podręczniku będącym teoretyczną analizą różnych systemów psychoterapeutycznych przyjęli następującą definicję: „psychoterapia to świadome i zamierzone zastosowanie wywodzących się z uznanych zasad psychologii metod klinicznych i postaw interpersonalnych w celu pomagania ludziom w modyfikacji ich zachowań, procesów poznawczych, emocji i/lub innych cech osobowych w kierunku, który korzystający z terapii uważają za pożądany” [3].

Aleksandrowicz natomiast proponuje rozumienie psychoterapii jako: „oddziaływań psychologicznych, mających na celu leczenie — usuwanie zaburzeń przeżywanych przez jednostkę lub określanych przez jej otoczenie jako choroba; oddziaływań wpływających na stan czynnościowy narządów, przeżywanie i zachowanie poprzez zmianę procesów psychicznych chorego w tych zakresach, w których jest to niezbędne do usunięcia przyczyny i objawów choroby” [5]. Również Czabała uważa psychoterapię za metodę leczenia zaburzeń psychicznych. Dodaje, że „zaburzenia te mogą występować jako określone zespoły

Adres do korespondencji:  
dr n. med. Rafał Antkowiak  
Polski Instytut Ericksonowski, filia w Poznaniu  
ul. Promienista 40/2, 60–276 Poznań  
e-mail: rafal@p-i-e.poznan.pl

objawów, wobec których psychoterapia będzie podstawową metodą leczenia, na przykład zaburzenia nerwicowe. Psychoterapia może być także wskazana jako metoda pomocnicza w leczeniu innych chorób: uzależnień, psychoz, chorób somatycznych” [4].

Takie różne ujęcia mają swoje dalsze konsekwencje. Aleksandrowicz, który najsilniej podkreśla związki psychoterapii z medycyną bardzo kategorycznie rozróżnia ją od pomocy psychologicznej, rehabilitacji, socjoterapii czy edukacji. Podsumowując, podaje, że o specyfice oddziaływań psychoterapeutycznych decyduje relacja pojawiająca się między terapeutą a pacjentem, jakościowo różna od innych typów relacji. Dodaje, że tego typu oddziaływania mają charakter przyczynowy, to znaczy dążą do usunięcia przyczyn, które leżą u podłoża zaburzeń, na przykład lękowych [5]. Natomiast definicja Norcrossa kładzie akcent na nadawanie psychoterapii kierunku pożądanego przez osobę korzystającą z psychoterapii. W tym ujęciu można dostrzec wpływ idei konstruktywistycznych, coraz bardziej popularnych wśród psychoterapeutów, według których zakres psychoterapii jest wspólnie ustalany, czyli „współkonstruowany” przez pacjenta i terapeuta, rezygnującego z pozycji wszechwiedzącego eksperta [3, 6].

Czabała, cytując prace Lamberta i Bergina, twierdzi, że istnieje dostatecznie dużo badań naukowych dotyczących skuteczności psychoterapii i nie ma uzasadnienia, by dalej udowadniać, że przynosi ona wymierne korzyści. Obecnie badacze poszukują odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki wywołują działanie w psychoterapii [4]. Każde z istniejących podejść psychoterapeutycznych inaczej wyjaśnia, co jest skuteczne w proponowanej metodzie pracy. Prochaska i Norcross podają, że obecnie można wyróżnić ponad 400 różnych szkół i podejść, a ich liczba się zwiększa. Przyjmując podaną wcześniej definicję psychoterapii, omawiają oni w swojej książce 13 systemów psychoterapeutycznych [3]. Czabała, analizując czynniki leczące w psychoterapii, wymienia i omawia cztery wiodące podejścia: psychoanalityczne, behawioralno-poznawcze, humanistyczne i systemowe oraz próby ich integracji [4].

Pojawia się pytanie, czy możliwe jest wyróżnienie czynników, które działają w trakcie psychoterapii, niezależnie od podejścia teoretycznego? Jest coraz więcej badań, których wyniki potwierdzają, że takie same czynniki leczące, zwane też niespecyficznymi, są obecne w każdym podejściu psychoterapeutycznym. Najczęściej wymienia się: pozytywne nastawienie, relację terapeutyczną, efekt Hawthorne’a, warunki terapii, zbiór założeń, koncepcję i rytuał tera-

peutyczny, budzącego aprobatę terapeuty, możliwość odreagowania, uczenie się i praktykowanie nowych zachowań, eksploracja „wewnętrznego świata” pacjenta, sugestie i uczenie się od innych [3–5].

Omawiając niektóre z nich, warto zwrócić uwagę, że pozytywne nastawienie, czyli nadzieja na osiągnięcie sukcesu terapeutycznego, powinno dotyczyć zarówno pacjenta, jak i terapeuty. Psychoterapeuta, który nie wierzy, że jest w stanie pomóc pacjentowi, nie będzie skuteczny! Z drugiej strony chory, który został przez kogoś (np. lekarza internistę) skierowany na psychoterapię i na wstępie mówi, że przyszedł na terapię, ale w nią nie wierzy, ma mniejszą szansę na sukces, między innymi dlatego, że nie uruchamia wyżej wymienionego, niespecyficznego czynnika leczącego. Wyniki badań pokazują, że kolejny czynnik, to znaczy relacja terapeutyczna, jest również bardzo istotny i stanowi w około 12% o powodzeniu w terapii. Jednak różne podejścia w odmienny sposób traktują rolę relacji terapeutycznej — od niemal pomijania jej w podejściu behawioralnym, aż po uczynienie z tego czynnika najważniejszego punktu terapii w podejściach humanistycznych (głównie rogeriańskim). Również podejście psychoanalityczne przywiązuje wagę do relacji w terapii, głównie jako źródła informacji o pacjencie, które może zostać wykorzystane w późniejszych etapach terapii [3]. W tym miejscu warto przytoczyć opisane przez Carla Rogera warunki relacji psychoterapeutycznej ze szczególnym uwzględnieniem roli psychoterapeuty. Twierdził on, że gdy terapeuta jest spójny i autentyczny, trafnie empatyczny oraz potrafi bezwarunkowo akceptować pacjenta jako osobę (co nie znaczy, że ma akceptować każde jego zachowanie), to wówczas rozwija się taka relacja terapeutyczna, która jest sama w sobie lecząca [3–8].

Efekt Hawthorne’a wiązał się z badaniami nad wydajnością pracy w zakładach przemysłowych (w *Hawthorne Works Western Electric Company* w Chicago na przełomie lat 20. i 30. ubiegłego wieku), gdzie stwierdzono, że już sama szczególna uwaga, którą obdarzono badanych, wpływa na wzrost wydajności ich pracy [3]. Gdy wyobrazimy sobie, że pacjent przychodzi na sesję i przez prawie godzinę otrzymuje wyjątkowe zainteresowanie i uwagę ze strony wszechstronnie wykształconego specjalisty, psychoterapeuty (u którego na ścianie wiszą liczne dyplomy potwierdzające jego kompetencje i o którym mówi się, że jest wyjątkowo skuteczny), to sama ta sytuacja aktywuje w pacjencie niespecyficzne czynniki leczące. Budzący zaufanie terapeuta, który potrafi stworzyć podczas sesji takie warunki, aby pacjent mógł opo-

wiedzieć o swoich trudnościach, aby miał poczucie, że jest rozumiany i akceptowany, przy jednoczesnej możliwości doświadczania często trudnych emocji — te wszystkie elementy również są istotne w wielu podejściach terapeutycznych. Także uczenie się, nabywanie nowej wiedzy i nowych umiejętności (szczególnie podkreślane w podejściu behawioralno-poznawczym) oraz ćwiczenie nowych zachowań (w największym stopniu w szkołach behawioralno-poznawczych, ale również w systemowych, np. poprzez zadania domowe) wymienia się jako czynniki wspólne dla psychoterapii [4].

Wspólną cechą różnych podejść psychoterapeutycznych jest to, że psychoterapia jest procesem rozciągniętym w czasie i można w nim wyróżnić określone etapy. Oczywiście, różne podejścia kładą nacisk na poszczególne fazy w odmienny sposób, jednak z pewnym uproszczeniem, dla celów dydaktycznych, można przyjąć, że proces psychoterapii składa się z następujących etapów:

- etap przedterapeutyczny:
  - przygotowanie do właściwego procesu psychoterapii;
- etap początkowy:
  - stawianie diagnozy;
  - budowanie kontaktu i rozwijanie relacji psychoterapeutycznej;
  - ustalanie celu terapii i zawarcie kontraktu;
- etap środkowy pracy:
  - zastosowanie technik psychoterapeutycznych charakterystycznych dla danego podejścia i osiągnięcie różnych celów w zależności od szkoły psychoterapeutycznej;
- etap końca terapii:
  - utrwalanie zmiany;
  - rozwiązanie relacji psychoterapeutycznej.

### **Etap przedterapeutyczny**

Etap ten często określa się jako przygotowanie do rozpoczęcia psychoterapii, angażowanie pacjenta lub pracę nad jego motywacją [4, 5, 9]. W tej fazie dochodzi do pierwszego kontaktu terapeuty z pacjentem, nawiązuje się wstępna relacja terapeutyczna. Pacjent opisuje powody zgłoszenia się na terapię, mówi o cierpieniu, którego doświadcza, sformułowane są pierwsze cele terapeutyczne oraz diagnozy. Jednak często tak zwane wstępne sesje lub konsultacje kończą się tym, że nie dochodzi do właściwej psychoterapii. Czy pacjent przejawia, używając terminu wprowadzonego przez psychoanalityków, opór, czyli podejmuje działania niwelujące wysiłki terapeuty, które mogą doprowadzić do zmiany w jego życiu?

Według analityków zjawisko oporu pojawia się w trakcie psychoterapii wskutek nieświadomego lęku pacjenta przed zmianą, której zresztą często usilnie pragnie. Zgodnie z takim rozumieniem tego zjawiska praca z oporem pacjenta na tym i późniejszych etapach terapii jest z jednym z najważniejszych zadań i wyzwań stojących przed terapeutą. Całkowicie inne podejście do fenomenu oporu reprezentują przedstawiciele terapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniu (m. in. de Shaker). Twierdzą oni, że opór w terapii jest zbędnym konstruktem, którego można uniknąć poprzez właściwe rozumienie i sklasyfikowanie sytuacji terapeutycznej. Wyróżniono trzy typy relacji: relację współpracy, relację uskarżania się, relację odwiedzin [10].

Tylko pierwszy rodzaj relacji umożliwia uniknięcie oporu i owocne podjęcie psychoterapii. Pojawi się ona, gdy pod koniec sesji klient i terapeuta (w tym podejściu często używa się słowa „klient” zamiast „pacjent”, aby podkreślić podmiotowość i aktywną rolę pacjenta) są w stanie ustalić istotę problemu lub cel terapii. Pacjent spostrzega siebie jako element rozwiązania i sygnalizuje chęć podjęcia działań w związku ze swoim problemem. Z drugiej strony terapeuta zgadza się pracować nad zidentyfikowaną trudnością i wierzy, że jest w stanie pokierować klientem tak, by osiągnął swój cel.

Relacja uskarżania ma miejsce wtedy, gdy klient potrafi określić swoje trudności i cele, jednak nie widzi swojego udziału w rozwiązaniu problemu, sądząc, że ktoś inny powinien się zmienić (np. mąż uzależniony od alkoholu, nastolatek narzekający na rodziców itp.). W takiej sytuacji terapeuta i klientowi nie udaje się porozumieć w celu ustalenia wspólnej strategii mogącej doprowadzić do rozwiązania.

Relacja odwiedzin ma miejsce, gdy pacjent sygnalizuje, że został przez kogoś przysłany (np. przez lekarza, żonę, rodzica, sąd itp.) i właściwie to on nie ma problemu, ale mają go osoby, które go przysłały. W takiej sytuacji nie jest możliwe ustalenie wspólnego celu terapii. Terapeuta, mając do czynienia z relacją odwiedzin czy uskarżania, może jedynie podjąć wysiłki w celu przekształcenia jej w relację współpracy. Próba rozpoczęcia psychoterapii zanim rozwinię się relacja współpracy, powoduje jedynie rozwój zjawiska oporu [10].

Jeszcze wyraźniej rolę terapeuty w pojawianiu się oporu podkreślali Erickson i niektórzy przedstawiciele szkół systemowych. Traktowali oni opór jako wyraz niepowodzenia terapeuty w zrozumieniu pacjenta czy rodziny, w dostrzeżeniu jego sposobu funkcjonowania, w nawiązaniu kontaktu oraz w wyborze odpowiednich środków pracy terapeutycznej [9].

Innym wyjaśnieniem tego, że pacjent po wstępnych konsultacjach nie podejmuje dalszego leczenia jest wpływ niespecyficznych czynników leczących, które spowodowały, że pacjent poczuł się lepiej i nie widzi potrzeby dalszej terapii [5].

### Etap początkowy

Jak już była mowa wcześniej, dobry kontakt z pacjentem i zbudowanie relacji psychoterapeutycznej należą do ważniejszych czynników sprzyjających wyleczeniu. W tym miejscu warto się zastanowić dokładniej nad relacją psychoterapeutyczną. Gelso i Hayes w monografii na temat relacji terapeutycznej wyróżnili jej trzy elementy: sojusz terapeutyczny, zjawiska przeniesienia i przeciwprzeniesienia oraz rzeczywistą relację. Sojusz terapeutyczny, zwany też przez nich roboczym [w literaturze spotyka się również inne określenia, jak np. przymierze terapeutyczne (*therapeutic alliance*)], definiowali jako „przymierze lub zdrowy rozsądek ego/self klienta z analizującym lub terapeutyzującym ego/self terapeuty w celu wspólnej pracy”. Sojusz ten umożliwia między innymi podjęcie realistycznej współpracy, a także zawarcie i respektowanie kontraktu psychoterapeutycznego [8, 9].

Zjawiska przeniesienia i przeciwprzeniesienia zostały opisane przez psychoterapeutów analitycznych, a ich analiza jest jednym z głównych elementów charakteryzujących to podejście. Jednak zjawiska te wydają się na tyle uniwersalne, że inne szkoły je zauważają, przypisując im jednak różne znaczenie. Wspomniani autorzy definiują przeniesienie jako: „doświadczenie osoby terapeuty przez klienta ukształtowane przez psychiczne struktury tego ostatniego oraz jego doświadczenia z przeszłości; obejmuje przemieszczenie na terapeuta uczuć, postaw i zachowań charakteryzujących wczesne relacje klienta z ważnymi dla niego osobami” [8]. Można więc w uproszczeniu powiedzieć, że pacjent rozwija w procesie terapii „nierealną” relację, nieświadomie traktując terapeuta tak, jakby był on na przykład jego matką, ojcem lub inną znaczącą osobą z jego życia. W trakcie terapii pacjent może żywić wobec terapeuty różne, nie raz gwałtowne uczucia, na przykład gniewu, złości, lęku, miłości i tym podobnych, tylko dlatego, że „myli” terapeuta z jakąś osobą z przeszłości, przenosząc „tu i teraz” na niego uczucia, których doznawał w przeszłości wobec kogoś innego. W tym miejscu warto wspomnieć o zjawisku przeciwprzeniesienia, które wiąże się z osobą psychoterapeuty. Wspomniani już Gelso i Hayes przyjmowali za „przeciwprzeniesienie” przeniesienie terapeuty w reakcji na materiał

wnoszony przez klienta — zarówno przeniesieniowy, jak i „nieprzeniesieniowy” [8]. W definicji tej nie tylko zawarli wąskie, klasyczne rozumienie przeciwprzeniesienia jako reakcji na przeniesienie pacjenta, ale też poszerzyli ją o te wszystkie aspekty, które wiążą się z „realnością” związku między terapeutą i pacjentem. Podkreślali oni, że zrozumienie tych zjawisk może być niezwykle przydatnym narzędziem w pracy terapeutycznej, a ich zignorowanie lub niezrozumienie może zniweczyć jej rezultaty. W uproszczeniu sytuacja w terapii przedstawia się następująco: pacjent traktuje terapeuta na przykład jak ojca (przeniesienie), a psychoterapeuta zaczyna odczuwać uczucia, które żywił wobec własnego syna, i — co więcej — ma ochotę tak właśnie się zachować wobec tego pacjenta, w pewnym sensie „myląc” go ze swoim synem (przeciwprzeniesienie). Ze względu na nieświadomą naturę tych procesów i ich dużą siłę, terapeuta powinien je poznać w czasie szkolenia do wykonywania zawodu psychoterapeuty. Do tego zagadnienia jeszcze powrócimy w ostatniej części pracy mówiącej o szkoleniu przygotowującym do prowadzenia psychoterapii.

O trzecim elemencie relacji terapeutycznej, czyli o „realnej relacji”, wspomniano już wcześniej, a ten aspekt szczególnie intensywnie rozwijali przedstawiciele szkół humanistycznych (rogeriańskiej, egzystencjalnej, Gestalt). Gelso i Hayes opisują dwa elementy odróżniające ją od pozostałych składników relacji terapeutycznej: realistyczne spostrzeganie i reakcje oraz prawdziwość. Cytując Greenberga, piszą o realnej relacji: „proces, w którym dwie istoty ludzkie znajdujące się w sytuacji terapeutycznej uparcie starają się odrzucić pozory i prawdziwie pokazać siebie takimi, jakimi są naprawdę w danym momencie” [8]. Kolejnym zagadnieniem istotnym na tym etapie jest postawienie diagnozy. Jednak w psychoterapii użyteczność diagnozy nozologicznej [w Polsce obowiązującą klasyfikacją jest *International Classification of Disorders* (ICD), ale też popularna jest amerykańska klasyfikacja *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)] jest niewystarczająca. Oczywiście psychoterapeuta powinien znać te klasyfikacje, ponieważ inne metody psychoterapeutyczne należy zastosować wobec pacjenta ze zdiagnozowaną schizofrenią, zaburzeniami osobowości czy zaburzeniami lękowymi. Badania nad skutecznością różnych podejść psychoterapeutycznych wykazują też na przykład, że psychoterapia poznawcza jest najskuteczniejsza wobec chorych na depresję, behavioralna — wobec pacjentów z fobią, terapia rodzin — wobec osób z zaburzeniami odżywiania, a pacjenci z dia-

gonożą zaburzeń osobowości typu *borderline* odnoszą największe korzyści, uczestnicząc w terapii psychodynamicznej [4]. Diagnostyka podłoża somatycznego, organicznego problemów pacjenta także stanowi element diagnozy nozologicznej. Często zresztą pacjent trafia już do psychoterapeuty z diagnozą postawioną przez innych specjalistów.

Klasyfikacja DSM (w ICD też istnieje podobne ujęcie ale jest mniej rozpowszechnione) proponuje opis problemu pacjenta na tak zwanych osiach: oś I — zaburzenia kliniczne, oś II — zaburzenia osobowości i upośledzenie umysłowe, oś III — stan ogólnomedyczny, oś IV — problemy psychospołeczne i środowiskowe, oś V — poziom funkcjonowania życiowego [11]. Opisanie problemów pacjenta na wszystkich osiach pozwala całościowo, bez nadmiernych uproszczeń, przeanalizować złożoność jego sytuacji i ustalić odpowiednie rozpoznanie.

Wyjaśnienie mechanizmów powstawania problemów pacjenta, określenie przyczyn powstawania zaburzenia, a także specyficznych czynników leżących u podłoża zaburzenia stanowi istotę diagnozy w psychoterapii. W tym momencie pojawia się jednak problem związany z dużą liczbą różnych szkół psychoterapeutycznych, z których każda inaczej, często wzajemnie sprzecznie, wyjaśnia przyczyny wystąpienia zaburzenia. Szkoła psychoanalityczna szuka więc przyczyn w nierozwiązanych intrapsychoicznych konfliktach, które pojawiły się we wczesnym okresie życia pacjenta. Terapeuci poznawczy wiążą problemy pacjenta z istnieniem dysfunkcyjnych, nieracjonalnych struktur poznawczych, które też ukształtowały się w przeszłości. Behawiorysty diagnozują dysfunkcyjne zachowania, które ukształtowały się wskutek niewłaściwego uczenia się (a dokładniej — warunkowania). Humanistycznie zorientowani psychoterapeuci upatrują problemów klienta w czynnikach hamujących naturalną skłonność człowieka do zaspokajania własnych potrzeb czy nadawaniu sensu swojemu życiu, koncentrując się na teraźniejszości, na „tu i teraz”. Terapie systemowe określają nieprawidłowości systemu, w którym żyje pacjent, koncentrując się głównie na jego zaburzonej komunikacji czy strukturze. Natomiast przedstawiciele szkół konstruktywistycznych skupiają się wyraźnie na przyszłości (terapia skoncentrowana na rozwiązaniu i narracyjna), analizując aktualne, a przede wszystkim przyszłe narracje, konstrukty, które najlepiej „pasują” do niepowtarzalnej sytuacji pacjenta.

Niektóre z tych szkół wypracowały własne systemy diagnostyczne pomagające identyfikować domniemane czynniki leżące u podłoża zaburzenia [3, 4].

Próbą uporządkowania tego chaosu są tak zwane szkoły integracyjne, które próbują połączyć założenia różnych podejść. Wyrazem dążenia do integracji mogą być wystąpienia na zjazdach i kongresach dotyczących psychoterapii [12]. Największa światowa konferencja w dziedzinie psychoterapii (brało w niej udział ponad 8 tys. uczestników), która odbyła się w Anaheim w Kalifornii w 2005 roku, zgromadziła większość najwybitniejszych twórców i przedstawicieli różnych szkół psychoterapeutycznych, którzy prezentowali swoje poglądy i sposoby pracy, ale też dyskutowali nad „ewolucją w psychoterapii”, a jednym z tematów konferencji była integracja w psychoterapii. Przykładem integracyjnego podejścia może być terapia multimodalna Lazarusa, określana też jako techniczny eklektyzm [3], czy też bliska autorowi niniejszego artykułu hipnoterapia Ericksona [13].

Ostatnim elementem początkowego etapu procesu psychoterapii jest zawarcie pomiędzy pacjentem a terapeutą umowy dotyczącej dalszej wspólnej pracy. Umowę nazywa się jest kontraktem psychoterapeutycznym. W jego skład wchodzi następujące elementy: ustalenie celu psychoterapii, formy terapii, zasad współpracy, takich jak: częstotliwość i czas spotkań, ich miejsce oraz koszt, kontakt pacjenta i terapeuty między sesjami, odwoływanie spotkań, rejestracja i zapis materiału z sesji lub obecność innych osób. Objętość niniejszego artykułu nie pozwala nawet na pobieżne przeanalizowanie wyżej wymienionych elementów, istnieje jednak obszerna literatura dotycząca tych zagadnień [4, 5, 9, 14]. Warto wspomnieć o formach psychoterapii, takich jak: psychoterapia indywidualna, grupowa, małżeńska czy rodzinna oraz ich kombinacje. O wyborze formy psychoterapii decydują określone wskazania. I tak, w dużym uproszczeniu, wskazaniem do psychoterapii indywidualnej jest konieczność pracy nad problematyką intrapsychoiczną, z kolei terapię grupową zaleca się pacjentom, którzy mają trudności w relacjach międzyludzkich (interpersonalnych). Natomiast specyficzne problemy w funkcjonowaniu w systemie małżeńskim czy rodzinnym są wskazaniem do podjęcia terapii małżeńskiej lub rodzinnej [4, 14].

### **Etap środkowy**

Etap ten wiąże się z zastosowaniem metod i technik psychoterapeutycznych, specyficznych dla danej szkoły psychoterapii, po to, aby osiągnąć założony cel terapii. Oczywiście wymienione w poprzednim podrozdziale elementy, takie jak relacja terapeutyczna czy diagnoza, są w tym wypadku pogłębiane oraz weryfikowane. Konieczne jest też odwoływanie się



do kontraktu terapeutycznego (gdy dojdzie do jego przekroczenia) bądź nawet jego renegocjacja. Nawet pobieżny opis stosowanych technik psychoterapeutycznych przekracza ramy niniejszego opracowania. Czytelnik może znaleźć opisy tego zagadnienia w obszernej literaturze [3–5, 7, 10, 14]. Charakterystyczną cechą tego etapu pracy z pacjentem jest zmiana, która dotyczy jego cech intrapsychicznych lub jego umiejętności interpersonalnych bądź też właściwości systemu małżeńskiego czy rodzinnego, w którym pacjent funkcjonuje. Czabała przytacza następujące zmiany, jakie mogą zajść w pacjencie:

- pozbycie się negatywnych emocji związanych z doświadczeniami żywymi;
- umiejętność rozpoznawania swoich aktualnych stanów emocjonalnych;
- zrozumienie tego, co dotychczas wydarzyło się w jego życiu;
- stopniowe nabywanie nowych, korektywnych doświadczeń;
- uświadomienie sobie własnych cech, które mogły dotąd utrudniać realizację celów życiowych;
- dostrzeżenie własnych mocnych stron, realnych potrzeb i możliwości [4].

### Etap kończenia terapii

Na tym etapie pacjent zaczyna coraz częściej i odważniej wprowadzać zmiany do swojego życia. Tematami końcowych sesji terapeutycznych są podsumowanie efektów leczenia oraz analizowanie planów pacjenta i trudności, które mogą się pojawić przy ich realizacji. Jednocześnie następuje stopniowe rozluźnienie związku terapeutycznego. Może tak się stać na przykład poprzez zmniejszanie częstości spotkań terapeutycznych. Zbliżający się koniec terapii, uwarunkowany na przykład przez ustalone w kontrakcie liczbę sesji lub czas trwania całej psychoterapii, powoduje często u pacjenta niepokój związany z koniecznością rozstania się z terapeutą, co czasami przejawia się przejściowym pogorszeniem samopoczucia czy pogorszeniem objawowym. Z drugiej strony sam terapeuta może mieć trudności z zakończeniem pracy, ponieważ może uważać, że pacjent jest jeszcze niedostatecznie samodzielny w radzeniu sobie z problemami lub ma jeszcze zbyt mały wgląd w istotę swoich problemów. Zakończenie terapii następuje, gdy pomiędzy terapeutą a pacjentem dochodzi do porozumienia, że cel terapii zawarty w kontrakcie został wypełniony. Jeśli tak się nie stanie, to konieczna jest renegocjacja kontraktu, na przykład poprzez ustalenie dodatkowych sesji terapeutycznych

lub podjęcie innej formy terapii bądź rozpoczęcie terapii u innego terapeuty [4, 9].

Na zakończenie niniejszego artykułu przedstawione zostaną możliwości szkolenia w zakresie psychoterapii w Polsce. Należy zaznaczyć, że aktualna sytuacja dotycząca możliwości i sposobów kształcenia w Polsce może się zmienić poprzez pojawienie się prawnej regulacji uchwalonej przez Sejm RP. W Ministerstwie Zdrowia trwają prace legislacyjne nad ustawą o innych zawodach medycznych, w tym o zawodzie psychoterapeuty [15]. Trzeba zaznaczyć, że duży wkład w projekt ustawy o zawodzie psychoterapeuty wnieśli psychoterapeuci skupieni w Polskiej Radzie Psychoterapii — organizacji, do której należy 20 Stowarzyszeń i Sekcji Naukowych Towarzystw zajmujących się propagowaniem psychoterapii w Polsce [16]. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) obecnie uznaje (tzn. podpisuje umowy co do świadczenia usług w zakresie psychoterapii) certyfikaty nadane przez Sekcję Naukową Psychoterapii i Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (SNPPTP) oraz Sekcję Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (SPPTP). Sytuacja ta, niestety, powoduje, że niektórzy doświadczeni psychoterapeuci, nieposiadający wymienionych certyfikatów pozostają poza systemem NFZ. Dodatkowo część psychoterapeutów z certyfikatami ze względów ekonomicznych nie decyduje się na współpracę z NFZ, co jest przyczyną znacznie ograniczonej dostępności do kwalifikowanej psychoterapii, szczególnie tej finansowanej przez narodowego ubezpieczyciela.

Poniżej omówiono drogę do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty na przykładzie uregulowań wypracowanych przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, ponieważ zasada ta jest najlepiej znana autorowi niniejszego artykułu [5, 17, 18].

Ogólnie można stwierdzić, że system kształcenia w celu uzyskania certyfikatu opiera się na kilku elementach:

- **uczestnictwie w 4-letnim atestowanym kursie**
  - kurs ten zapoznaje kandydata z teoretycznymi i praktycznymi aspektami pracy psychoterapeuty; podczas zajęć o charakterze teoretyczno-warsztatowym przekazywana jest wiedza dotycząca zjawisk zachodzących w procesie psychoterapii, jak również omawiane są aspekty psychoterapii według najważniejszych szkół psychoterapeutycznych. Kursy te są atestowane, to znaczy prowadzi je doświadczona kadra psychoterapeutów i superwizorów Sekcji Naukowej Psychoterapii i Sekcji Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, a programy są recenzowane przez niezależnych ekspertów;

- **poddawaniu swojej pracy psychoterapeutycznej regularnej superwizji** — kandydat jest zobowiązany do podjęcia psychoterapii pod tak zwaną superwizją, czyli pod nadzorem doświadczonego psychoterapeuty — superwizora (rekomendowani są superwizorzy SNPPTP). Superwizja polega na spotkaniach szkolącego się psychoterapeuty z superwizorem, podczas których szkolący się relacjonuje przebieg prowadzonej przez siebie psychoterapii, a superwizor komentuje ten proces. Sesja także może się odbywać indywidualnie albo w grupach superwizyjnych. Wymóg ten jest konieczny ze względu na trudności, których doświadcza młody psychoterapeuta podczas prowadzenia psychoterapii, na przykład opisane już wcześniej zjawiska przeniesienia i przeciwprzeniesienia, które czasami utrudniają jasne zrozumienie sytuacji terapeutycznej [19]. Minimalna liczba godzin superwizji wymagana do przystąpienia do certyfikatu to 150;
- **podjęciu pracy nad tak zwaną problematyką własną** — wymóg ten wynika z tego, że terapeuta powinien poznać własną osobę, ponieważ w pracy psychoterapeutycznej sam terapeuta jest w pewnym sensie „narzędziem, którego używa”. Sposoby poznawania siebie mogą mieć charakter zarówno indywidualny, jak i grupowy, na przykład zgrupowanie dydaktyczno-treningowe, psychodrama, genogram, trening interpersonalny lub terapia własna. Zajęcia te powinni prowadzić doświadczeni psychoterapeuci mający certyfikaty SNPPTP lub Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Wymagana liczba godzin to 250;
- **odbyciu 3-miesięcznego stażu klinicznego w atestowanym ośrodku psychoterapeutycznym** — wymóg odbycia stażu klinicznego w atestowanym (tzn. spełniającym wysokie standardy dydaktyczne) ośrodku, gdzie prowadzi się psychoterapię, wynika z konieczności nabycia przez psychoterapeutę minimum doświadczenia klinicznego. Dodatkowym wymogiem stawianym kandydatom przed przystąpieniem do procedury egzaminacyjnej jest posiadanie przez lekarza specjalizacji z psychiatrii, a w odniesieniu do psychologa — specjalizacji z psychologii klinicznej. Gdy kandydat posiada inne wykształcenie, na przykład wyższe pielęgniarskie lub pedagogiczne, powinien się wykazać doświadczeniem klinicznym, wynikającym z co najmniej 5 lat pracy (lub wolontariatu) w zakładach opieki zdrowotnej lub innych ośrodkach, w których stosuje się psychoterapię;

- **zdaniu egzaminu końcowego** — egzamin końcowy przeprowadza Komisja Egzaminacyjna składająca się z superwizorów mających tytuł samodzielnego pracownika naukowego. Ocenia się przygotowanie kandydata w następujących dziedzinach: wiedza teoretyczna, umiejętność stosowania odpowiednich technik, wgląd terapeuty w proces terapii, umiejętność ujęcia psychoterapii w różnych aspektach, rozumienie charakteru zaburzeń.

Na koniec należy jeszcze zaznaczyć, że ubieganie się o certyfikat psychoterapeuty wiąże się z przynależnością do Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, przez co kandydat zobowiązuje się do przestrzegania kodeksu etycznego psychoterapeuty tego Towarzystwa [20].

## PIŚMIENNICTWO

1. Murawiec S. Psychoterapia z perspektywy neurobiologicznej. W: Grzebiuk L. (red.) Psychoterapia — teoria. Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2005; 253–267.
2. Rossi E.L. The Breakout heuristic. The new neuroscience of mirror neurons, consciousness and creativity in human relationships. The Milton H. Erickson Foundation Press, Phoenix 2007.
3. Prochaska J.O., Norcross J.C. Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2006.
4. Czabala J.C. Czynniki leczące w psychoterapii. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
5. Aleksandrowicz J.W. Psychoterapia medyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.
6. de Barbaro B. Po co psychoterapii postmodernizm. Psychoterapia 2007; 3: 5–14.
7. Rogers C.R. O stawianiu się osobą. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2002.
8. Gelso C.J., Hayes J.A. Relacja terapeutyczna. GWP, Gdańsk 2004.
9. Grzebiuk L. (red.) Psychoterapia — teoria. Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, Warszawa 2005
10. Berg I. K., Miller S.D. Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Pomaganie osobom z problemem alkoholowym. Wydawnictwo Galaktyka, Łódź 2000.
11. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.) Psychiatria. Tom 2. Wydawnictwo Medyczne Urban i Partner, Wrocław 2002.
12. Mellibruda J. Poszukiwanie integracji teorii i metod we współczesnej psychoterapii. Materiały XXXIII Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Poznań 2008; 15–16.
13. Battino R., South T. Eriksonian approaches. A comprehensive manual. Crown House Publishing Ltd, UK 2005.
14. Grzebiuk L. (red.). Psychoterapia. Praktyka. Wydawnictwo Psychologii i Kultury ENETEIA, Warszawa 2006.
15. [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl).
16. [www.psychoterapiawpolsce.pl](http://www.psychoterapiawpolsce.pl).
17. [www.psychiatria.org.pl](http://www.psychiatria.org.pl) (zakładka Sekcja Naukowa Psychoterapii).
18. Grzebiuk L. Szkolenie w psychiatrii (red.). Psychoterapia. Badania i szkolenie. Wydawnictwo Psychologii i Kultury ENETEIA, Warszawa 2006.
19. Gilbert M.C., Keneth E. Superwizja w psychoterapii. GWP, Gdańsk 2004.
20. Kodeks etyczny psychoterapeuty jest drukowany na ostatnich stronach kwartalnika „Psychoterapia” wydawanego przez SNPPTP i IPIiN oraz na stronie [www.psychiatria.org.pl](http://www.psychiatria.org.pl) w zakładce Sekcja Naukowa Psychoterapii. ([www.psychiatria.org.pl/sekcja\\_naukowa\\_psychoterapii](http://www.psychiatria.org.pl/sekcja_naukowa_psychoterapii)).

## Pytania

1. Według Carla Rogera, aby w procesie psychoterapii rozwinęła się lecząca relacja, terapeuta powinien być:
  - A. spójny i autentyczny
  - B. trafnie empatyczny
  - C. bezwarunkowo akceptujący pacjenta
  - D. wszystkie powyższe cechy
2. Zjawisko oporu w psychoterapii wiąże się z:
  - A. nieświadomym lękiem pacjenta przed zmianą
  - B. nierozpoznaniami relacji narzekania i odwiedzin
  - C. niepowodzeniem terapeuty w zrozumieniu pacjenta czy jego rodziny, w dostrzeżeniu jego sposobu funkcjonowania, w nawiązaniu kontaktu oraz w wyborze odpowiednich środków pracy terapeutycznej
  - D. każdy z powyższych punktów opisuje opór, biorąc pod uwagę inne rozumienie tego zjawiska w zależności od szkoły psychoterapeutycznej
3. Badania nad skutecznością w psychoterapii pokazują, że wobec pacjentów ze zdiagnozowaną depresją najskuteczniejszym podejściem terapeutycznym jest:
  - A. podejście psychodynamiczne
  - B. terapia poznawcza
  - C. podejście humanistyczne
  - D. terapie systemowe
4. Dla pacjentów z diagnozą zaburzeń osobowości typu *borderline* najlepszym rozwiązaniem byłoby:
  - A. długoterminowa psychoterapia w podejściu psychodynamicznym
  - B. terapia krzyku pierwotnego Janova
  - C. krótkoterminowa psychoterapia nastawiona na rozwiązanie
  - D. żaden z powyższych punktów
5. Relacja psychoterapeutyczna składa się z:
  - A. sojuszu roboczego (terapeutycznego)
  - B. przeniesienia i przeciwprzeniesienia
  - C. realnej relacji
  - D. wszystkie twierdzenia są prawdziwe

**Dr n. med. Rafał Antkowiak**

Lekarz psychiatra, specjalista psychiatra dzieci i młodzieży, posiada certyfikat w zakresie terapii systemowej, nadany przez Międzynarodowe Towarzystwo Terapii Systemowej (Heidelberg, Niemcy), oraz certyfikat psychoterapeuty i superwizora przyznany przez Sekcję Naukową Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Odbił, oprócz szkoleń krajowych, 2-letnie międzynarodowe szkolenie z zakresu terapii ericksonowskiej (Penzberg, Niemcy). Przez 15 lat pracował w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu. Obecnie prowadzi psychoterapię w ramach prywatnej praktyki oraz naucza psychoterapii w ramach szkoleń podyplomowych w Polskim Instytucie Ericksonowskim i w Wielkopolskim Towarzystwie Terapii Systemowej. W swojej pracy integruje hipnoterapię ericksonowską i podejście systemowe. Specjalizuje się w terapii rodzin. Przewodniczący (elekt) Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.