

PSYCHOTERAPIA 3 (178) 2016

strony: 53-62

Przemysław Turkowski¹, Jan Jędrzejczyk², Mirosława Huflejt-Lukasik²,

Joanna Wieliczko²

NEURO-LINGWISTYCZNA PSYCHOTERAPIA W LECZENIU ZABURZEŃ LĘKOWYCH

NEURO-LINGUISTIC PSYCHOTHERAPY IN TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS

¹Polskie Stowarzyszenie Neuro-Lingwistycznej Psychoterapii, Sekcja ds. Nauki i Badań

²Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

**neuro-linguistic psycho-
therapy
memory reconsolidation
anxiety disorders**

Artykuł przedstawia genezę i historię rozwoju Neuro-Lingwistycznej Psychoterapii (NLPt), różnice pomiędzy neurolingwistycznym programowaniem (NLP) a NLPt, a także obecny stan badań w tym obszarze. Autorka skupia się również na wykazaniu skuteczności stosowania tego modelu w pracy z osobami cierpiącymi na takie zaburzenia, jak fobie, PTSD i inne.

Summary: Neuro-Linguistic Psychotherapy (NLPt) is a systemic imaginative method of psychotherapy with an integrative-cognitive approach, recognised by the European Association of Psychotherapy. However, few papers on this subject exist, especially in Polish, and for this reason we have written this one. We present the history and origins of the NLPt and the differences between the NLPt and the Neuro-Linguistic Programming (NLP), providing also an outline of the present state of the research. The theoretical background, the underlying mechanisms and the techniques used in NLPt are described in such fields as PTSD, phobias, OCD and traumas, e.g. the Reconsolidation of Traumatic Memories or the Visual/Kinesthetic dissociation protocol. The authors show also the existing research describing the successful ways of treating PTSD, trauma, phobias and other anxiety disorders. Even though the NLPt is a rather recent approach, there are promising reports showing its potential, efficiency and durability of effects in the psychotherapy of people suffering from PTSD (veterans), or of victims of assaults, rapes or traumas (e.g. violence or abuse during childhood). The authors of the paper also point to a strong need for a systemization of the findings of the psychological research corroborating the pertinence of the interventions applied in the NLPt, which would foster further development and that research and provide material for the evaluation of the efficiency of that approach.

Wstęp

Jednym z podejść psychoterapeutycznych, które ukształtowały się w latach 80. XX w. jest Neuro-Lingwistyczna Psychoterapia (NLPt). Jest podejściem zorientowanym na cel, opartym na zaangażowaniu wyobraźni i mającym charakter integratywno-poznawczy [1]. To modalność psychoterapeutyczna mająca całościowy program szkoleniowy oraz kodeks

etyczny oparte na wymaganiach Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii (European Association for Psychotherapy, EAP) i uznawana przez to stowarzyszenie [2]. Od kilkunastu lat wzrasta zainteresowanie badawcze dotyczące NLPt [2–4]. W roku 2015 ukazała się metaanaliza dotychczasowych badań, wskazująca na skuteczność tego podejścia [5]. Wnioski te jednak ogranicza mała liczba badań o wysokiej jakości metodologicznej.

Celem niniejszego artykułu jest omówienie genezy i rozwoju NLPt, przedstawienie stosowanej w tym podejściu metody leczenia zaburzeń lękowych oraz wskazanie mechanizmów psychologicznych będących jej podstawą. W tekście ukazano różnice pomiędzy neurolingwistycznym programowaniem (NLP) a NLPt, przedstawiono metodę tworzenia neurolingwistycznych modeli pracy z fobiami i traumami opartą na modelowaniu procesów radzenia sobie osób, które uzyskały poprawę w zakresie swoich objawów. Jako mechanizm leżący u podstaw opisywanej interwencji wskazano plastyczność struktury doświadczenia — reprezentacji wspomnień w pamięci długotrwałej (np. rozróżnienie percepcji z perspektywy pierwszej i trzeciej osoby) oraz zjawisko rekonsolidacji pamięci. Omówiono także dotychczasowe badania nad skutecznością NLPt w leczeniu fobii, zespołu stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder, PTSD) i innych zaburzeń lękowych. Zasugerowano również dalsze kroki badawcze.

Geneza Neuro-Lingwistycznej Psychoterapii

Geneza NLPt sięga lat 70. XX w. Wtedy John Grinder i Richard Bandler, twórcy NLP, rozpoczęli obserwację sesji psychoterapeutycznych prowadzonych przez Virginie Satir, Milтона Ericksona oraz Fritza Perlsa — inicjatorów odpowiednio: terapii rodzin, terapii ericksonowskiej oraz terapii Gestalt. Celem ich obserwacji było wyodrębnienie czynników decydujących o skutecznej pracy terapeutycznej. Grinder i Bandler dokonali tego, opisując strukturę psychoterapii prowadzonej przez Ericksona, Satir i Perlsa, którą odróżnili od treści procesów terapeutycznych. Opis dotyczył poziomu behawioralnego — konkretnych zachowań (w NLP umiejętność rozumiana jest jako sekwencja zachowań). Umiejętności takie, jak budowanie kontaktu, efektywne komunikowanie się, wychodzenie z impasu czy wzorce transowe, twórcy NLP ustrukturyzowali jako sekwencje kolejnych kroków. To umożliwiło odtworzenie tych umiejętności przez innych. Odtwarzane sekwencje zachowań, stosowane przez praktyków, przynosiły zakładane efekty [6].

Ten sposób opisu pracy psychoterapeutycznej można uznać za uzupełnienie postulatów stawianych m.in. przez Carla Rogersa, który wskazywał, „co” należy robić w kontakcie z klientem, ale nie precyzował tego na poziomie behawioralnym (nie wskazywał, w jaki sposób to robić). NLP in statu nascendi można zatem określić jako operacjonalizację skoncentrowanego na kliencie rogeriańskiego podejścia do psychoterapii. Przejawia się to w postrzeganiu relacji z klientem w odniesieniu do postulatu NLP: „mapa nie jest terytorium” (subiektywna rzeczywistość nie odzwierciedla obiektywnej), wywodzącym się z twórczości Alfreda Korzybskiego [7] oraz jego rozwinięciu: dobra komunikacja to nawiązanie kontaktu w mapie świata (subiektywnej rzeczywistości) klienta. Należy podkreślić, że metoda tworzenia NLP różniła się od genezy innych modalności terapeutycznych. Gestalt czy analiza transakcyjna zostały stworzone w

oparciu o doświadczenie klinicystów i uzupełnione o koncepcje teoretyczne dotyczące mechanizmów psychopatologicznych; podejście poznawczo-behawioralne oparto na istniejącej już i usystematyzowanej wiedzy psychologicznej. NLP zaś opisywało, często nieuświadomiane, sekwencje zachowań terapeutów uznawanych za wybitnych i tworzyło na tej podstawie modele pracy terapeutycznej.

Opisane modele początkowo stosowane były przez twórców NLP w dziedzinie pomocy psychologicznej. Część z nich (np. model budowania kontaktu werbalnego i niewerbalnego) zaczęła być wykorzystywana również w takich obszarach, jak sprzedaż, negocjacje czy zarządzanie ludźmi i w nich rozwijana [8]. Dalszy rozwój NLP zachodził więc nie w kręgach akademicko-psychoterapeutycznych, lecz biznesowo-samorozwojowych. Odzwierciedla to także sytuacja w Polsce: NLP pierwszy raz pojawiło się w środowisku psychoterapeutów, m.in. w Katedrze Psychopatologii i Psychoterapii Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego w latach 80. [9]. Jednak w kolejnych latach odbiorcom spoza środowisk akademickich i psychoterapeutycznych, NLP było przedstawiane jako metoda manipulacji lub panaceum na problemy przez osoby niezwiązane z profesjonalną pomocą psychologiczną. Z tego powodu NLP nie można uznać za autonomiczne podejście psychoterapeutyczne, lecz należy potraktować jako zestaw wiedzy i technik z zakresu praktycznej psychologii, który może mieć zastosowanie w codziennym funkcjonowaniu w różnych obszarach życia osobistego i zawodowego. Wobec tego prace i działania Bandlera i Grindera nie były osadzone w standardach zawodu psychoterapeuty, tak jak wspomniany powyżej Gestalt czy analiza transakcyjna. Twórcy NLP podkreślali pragmatyzm i efektywność swoich metod oraz programową „antyakademickość” (praktyczne działanie przeciwstawione akademickiemu teoretyzowaniu), umniejszając rolę standardów etycznych.

Z tego powodu w latach 80. XX wieku środowisko psychoterapeutów niemieckojęzycznych (Austria) rozpoczęło dążenie do ustanowienia profesjonalnych standardów w wykorzystywaniu metod NLP w kontekście pomocy psychologicznej. Podjęto prace nad usystematyzowaniem dotychczasowej wiedzy i stworzeniem autonomicznego podejścia psychoterapeutycznego. NLPt powstało zatem jako wyspecjalizowane zastosowanie NLP w obszarze psychoterapii, poszerzone o koncepcje teoretyczne [2]. Wśród podstawowych koncepcji należy wymienić prace teoretyczne i doświadczenia kliniczne Ericksona, Perlsa i Satir oraz wywodzące się z nich założenia na temat istnienia niezależnie od siebie funkcjonujących części tożsamości (subosobowości), uświadamianych w różnym stopniu. Również idee Wiliama Jamesa, semantyka ogólna Korzybskiego, model Gregory'ego Batesona rozwinięty przez Roberta Diltsa jako poziomy neurologiczne, teoria uczenia się Alberta Bandury, gramatyka transformacyjna Chomskiego, model TOTE wywodzący się z cybernetycznych prac Galantera, Millera i Pribrama oraz nurt konstruktywizmu poznawczego są teoretycznymi podstawami NLPt [1]. Mimo że NLPt stanowi syntezę elementów wiedzy interdyscyplinarnej, to jako modalność psychoterapeutyczna ma całościowy i autonomiczny system rozumienia tego, czym jest zdrowie, jakie są kategorie i przyczyny zaburzeń oraz co oznacza „wyleczenie” i jakie techniki są użyteczne we wspieraniu zmiany.

Kliniczna efektywność Neuro-Lingwistycznej Psychoterapii na przykładzie zaburzeń lękowych

Rekonsolidacja traumatycznych wspomnień — mechanizm zmiany: założenia,
podstawy teoretyczne, badania

Neurolingwistyczna procedura pracy z fobiami i traumami powstała na podstawie obserwacji osób cierpiących na fobie proste i porównaniu ich z osobami, u których objawy fobii ustąpiły. Kluczowym czynnikiem różniącym obie grupy była reprezentacja zdarzenia, które wywołało fobię. Osoby, u których objawy fobii ustąpiły, przywoływały tę reprezentację z perspektywy osoby trzeciej — obserwatora (tzw. dysocjacji). U osób cierpiących na fobię przywołane zdarzenie cechowało się perspektywą osoby pierwszej — aktora (tzw. asocjacji). Ta obserwacja posłużyła do stworzenia procedury leczenia fobii — „dysocjacji wzrokowo-kinestetycznej”. Procedura ta w literaturze występowała pod różnymi nazwami, do kontekstu badań klinicznych zaproponowano sformułowanie (wraz z opisaną wystandaryzowaną procedurą): rekonsolidacja traumatycznych wspomnień (reconsolidation of traumatic memories, RTM) [10]. RTM ma zastosowanie zarówno w leczeniu fobii, jak i PTSD, ponieważ w perspektywie NLPt u podstaw obu tych zaburzeń leży podobny mechanizm. Opisywana interwencja polega na zmianie struktury wspomnień. Zmieniana jest perspektywa w reprezentacji zdarzenia, które zapoczątkowało zaburzenie: z asocjacji (perspektywa osoby pierwszej) na dysocjację (perspektywę osoby trzeciej). Zdysocjowana perspektywa prowadzi do redukcji nasilenia reakcji emocjonalnej powiązanej z danym wspomnieniem. Mechanizm ten określany jest jako istotny czynnik zmiany (ale nie kluczowy) także w innych metodach terapeutycznych, np. przy użyciu procesu mentalizacji — dzięki któremu możliwe jest przybranie postawy obserwatora własnych doświadczeń [11]. Współczesne badania potwierdzają istnienie tego zjawiska oraz fakt, że zmiana perspektywy trwale wpływa na ładunek emocjonalny wspomnień autobiograficznych [12].

Powyższa metoda opiera się na mechanizmie odmiennym od tego, na którym bazują powszechnie stosowane przy zaburzeniach lękowych techniki terapeutyczne. Ich celem jest wygaszenie reakcji lękowej poprzez warunkowanie klasyczne, czyli zmiana reakcji na bodziec (wspomnienie), podczas gdy sam bodziec nie ulega zmianie. Współcześnie jednak coraz częściej wskazuje się, że zmiana bodźca — restrukturyzacja wspomnienia może prowadzić do większej skuteczności leczenia, w tym efektywniejszego zapobiegania nawrotom [13]. Gray postuluje, że neurolingwistyczne modele pracy skutkują nie wygaszaniem, a trwałą zmianą bodźca — czyli rekonsolidacją pamięci [10].

Aby zaszedł proces rekonsolidacji pamięci, konieczna jest aktywacja danego traumatycznego wspomnienia. Przywołanie wspomnienia z pamięci długotrwałej sprawia, że jest ono przez pewien czas niestabilne. Otwiera się wtedy tzw. okno terapeutyczne — okres, w którym ślad pamięciowy tego wspomnienia może się zmienić i w czasie którego można dokonać rekonsolidacji (rys. 1). Na poziomie neurobiologicznym dochodzi wtedy do produkcji białek, które odpowiadają za kodowanie wspomnień w pamięci długotrwałej [14, 15]. Uaktywnienie wspomnienia i mechanizmów odpowiedzialnych za modyfikację śladów pamięciowych umożliwia wprowadzenie do niego elementów, takich jak: zdysocjowana perspektywa, poczucie kontroli czy zmiany wybranych jego aspektów (np. kolorów, sekwencji, dystansu,



Rysunek 1. Mechanizm rekonsolidacji pamięci

rozmiarów i innych). Te informacje są asymilowane, co prowadzi do nadania wspomnieniu nowego znaczenia [16]. Badania neurofizjologiczne pokazują, że „okno terapeutyczne”, pozwalające na zmianę wspomnień, otwiera się około 10 minut po uruchomieniu wspomnienia lub prezentacji bodźca i zamyka po około 6 godzinach [17].

Warto zaznaczyć, że wielokrotne aktywowanie wspomnienia awersyjnego bez jego zmiany może prowadzić do zaostrzenia objawów. W tym przypadku również dochodzi do rekonsolidacji, lecz wzmacnia ona nasilenie negatywnej reakcji emocjonalnej powiązanej ze wspomnieniem (osoba na nowo przeżywa traumę, przez co jej objawy się intensyfikują) [18]. Patrząc z perspektywy praktyka ważne jest zatem, aby po krótkotrwałej aktywacji wspomnienia traumatycznego obserwować wskaźniki psychofizjologiczne u pacjenta i jego reakcje. Dzięki temu możliwa jest ocena, czy zaszła pełna aktywacja śladu pamięciowego, ale jednocześnie nieprowadząca do emocji na tyle intensywnych, że uniemożliwiają one zastosowanie interwencji. Procedura rozpoczynana jest od perspektywy dysocjacji, aby obniżyć pobudzenie emocjonalne pacjenta. Badania pokazują, że rekonsolidacja nie zachodzi, jeśli nie dojdzie do przerwania bodźca uruchamiającego traumę [19].

Szczegółowa procedura RTM przedstawia się następująco. Pacjentowi proponuje się przywołanie wspomnienia przy użyciu metafory kina. Jest on proszony o wyobrażenie sobie kina, w którym jest widzem. Na ekranie wyświetlany jest film ze zdarzeniem traumatycznym, w którym pacjent obserwuje sam siebie — jako aktora grającego w filmie. W ten sposób uzyskuje się efekt dysocjacji. Z pozycji widza pacjent może modyfikować właściwości swojego wspomnienia, np. jego kolor (może je zamienić w czarno-biały film), perspektywę, z której je ogląda, przyspieszenie lub spowolnienie tempa odtwarzania, zmianę natężenia głosu itp. Pacjent zmienia opisane właściwości w taki sposób, aby wspomnienie wywoływało jak najmniej intensywną reakcję emocjonalną. Poszczególne modyfikacje w tej metaforze nie tylko zmieniają strukturę śladu pamięciowego, ale dostarczają pacjentowi także poczucia kontroli, której brak jest jednym z czynników ryzyka PTSD i ostrych reakcji na traumę.

Efektom zrestrukturyzowania wspomnienia jest utrzymująca się zmiana powiązanych z nim emocji. Badania Phelps i Schillera wskazują, że zmiana struktury śladu pamięciowego powoduje inną reakcję na poziomie funkcjonowania układu limbicznego (przede wszystkim w ciele migdałowatym i hipokampie) [17].

Fobie proste — badania nad wykorzystaniem NLPt w leczeniu fobii

Kliniczna definicja fobii prostej opisuje ją jako utrzymującą się, nieproporcjonalną reakcję lękową w odniesieniu do danego bodźca bądź sytuacji. Mechanizm powstawania fobii prostej opiera się na warunkowaniu klasycznym — reakcja lękowa zostaje skojarzona z przedmiotem lub sytuacją [20]. Reakcja ta jest nieproporcjonalna do zagrożenia i może powstać podczas jednorazowego doświadczenia urazowego. Klasycznym podejściem do leczenia fobii jest systematyczna desensytyzacja polegająca na zastępowaniu reakcji niepożądaną inną, neutralną (np. relaksem). Zazwyczaj stosuje się procedurę stopniowania siły bodźca wywołującego reakcję i zwiększa jego natężenie w ciągu wielu sesji, jednocześnie ucząc pacjenta relaksu. Stosuje się również wygaszanie reakcji poprzez tzw. zanurzanie, czyli doprowadzanie do kontaktu pacjenta z bodźcem lękowym, zamiast jego unikania. Badania pokazują, że choć proces związany z kontaktem *in vivo* wykazuje lepszą dynamikę zmian niż korzystanie z technik wyobrażeniowych, to różnica ta zaciera się wraz z upływem czasu [21].

W ramach NLPt do leczenia fobii stosuje się opisaną wcześniej procedurę RTM. Oznacza to zmianę struktury reprezentacji traumatycznego wspomnienia: z asocjacji na dysocjację, co powoduje zmianę schematu reakcji i redukcję objawów. Przyczyną fobii w tym ujęciu jest nie tyle samo zdarzenie urazowe, lecz sposób jego reprezentacji — powodujący nieadekwatną reakcję.

Technika pracy z fobiami została zbadana po raz pierwszy przez Einsprucha i Formana w 1988 roku [22]. Eksperyment tych autorów wykazał, że 15-minutowa sesja z użyciem techniki NLP miała skuteczność porównywalną z metodą systematycznej desensytyzacji (o trwającej znacznie dłużej procedurze). W jednym z częściej cytowanych w literaturze badań oceniano skuteczność leczenia fobii za pomocą techniki NLP i systematycznej desensytyzacji [23]. Wykazano, że w porównaniu z grupą kontrolną (klienci oczekujący na leczenie) żadna z metod nie przyniosła efektów. Analiza opisu interwencji pokazała jednak, że metoda określona mianem dysocjacji wzrokowo-kinestetycznej (ang. visual-kinesthetic dissociation protocol) nie odpowiadała oryginalnej procedurze, lecz była zaadaptowaną *ad hoc* wersją techniki znanej z NLP jako kotwiczenie [10]. Bigley i współpracownicy [24] sprawdzili użyteczność technik NLP w redukcji klaustrofobii u pacjentów zakwalifikowanych do badania fMRI. Po interwencji 76% pacjentów było w stanie poddać się badaniu bez potrzeby podania narkozy. Obliczono również, że dzięki zastosowaniu interwencji koszty badań fMRI zmniejszono o 31 tys. funtów (kwota odnosząca się do 50 pacjentów, którzy wzięli udział w eksperymencie). Istnieje ponadto wiele studiów przypadków opisujących efekty interwencji wywodzących się z NLP w leczeniu fobii [25–27].

PTSD i trauma — badania nad wykorzystaniem technik NLPt

PTSD to zaburzenie lękowe będące efektem przeżycia traumatycznego wydarzenia, tj. związanego z faktycznym doświadczeniem lub możliwością zagrożenia życia, zdrowia lub

naruszeniem seksualnym. Poza licznymi studiami przypadków opisującymi użycie opisanej wcześniej procedury RTM [25, 28, 29], badania wskazują na jej skuteczność w pracy z ofiarami gwałtów [30], policjantami [31, 32], strażakami [33], świadkami ludobójstwa w Rwandzie [34] oraz innymi grupami pacjentów, u których zdiagnozowano PTSD [35, 36, 37]. W trakcie finalizowania jest program badawczy realizowany przez Marshall University i Brain Resource Center w Nowym Jorku, którego wstępne wyniki wskazują na wysoką skuteczność leczenia objawów PTSD, takich jak koszmary i doświadczenia typu „flash-back” w czasie zazwyczaj o połowę krótszym niż standardowe terapie, niejednokrotnie ograniczającym się do kilku sesji [38].

Inne zaburzenia lękowe i zaburzenia obsesyjno-kompulsywne — zastosowania paradygmatu i technik NLP(t)

W odniesieniu do takich zaburzeń lękowych, jak zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, lęk uogólniony czy zespół lęku panicznego niektórzy psychoterapeuci neurolingwistyczni proponują odmienny od najbardziej rozpowszechnionego w podejściu poznawczym modelu ABC (Activating trigger — Belief/thinking — Consequence/behavioral, emotional) model teoretyczny. Jest to model APET (Activating trigger — Pattern — Emotional arousal — Thinking/belief) zaproponowany przez Griffina i Tyler [39]. Zakłada on, że po ekspozycji bodźca (Activating trigger) uruchomiony zostaje dany wzorzec fizjologiczno-zmysłowy (Pattern), który poprzez mechanizm warunkowania klasycznego wiąże się z bodźcem. Następnie w jego wyniku pojawia się pobudzenie emocjonalne (Emotional arousal), które wpływa na czwarty element: myśli (Thinking/belief). Model APET nawiązuje do badań LeDoux dotyczących sposobu i szybkości przepływu informacji tzw. mózgową drogą górną (bodziec — wzgórze — kora mózgowa — ciało migdałowe — reakcja emocjonalna) i drogą dolną (bodziec — wzgórze — ciało migdałowe — reakcja emocjonalna) [40]. Droga górna prowadzi do pojawienia się afektu wtórnego, dolna zaś do afektu pierwotnego. Aktywacja drogi górnej (angażującej korę mózgową) wiąże się z pamięcią jawną sytuacji emocjonalnej. Aktywacja drogi dolnej — z pamięcią utajoną emocji, zachodzi zatem pierwszeństwo afektu przed procesami poznawczymi. W sytuacji silnego afektu wpływ ciała migdałowego jest szczególnie istotny (a także zgodny z modelem APET), ponieważ afekt pierwotny, pojawiając się szybciej, przekazuje informacje do kory mózgowej, tym samym uruchamiając wzorzec: „pattern” z modelu APET. Ocena poznawcza danej sytuacji także jest źródłem emocji i wpływa zwrótnie na ciało migdałowe. Tę obserwację potwierdzono również w badaniach nad paradygmatem afektywnego poprzedzania. Stwierdzono, że bodźce emocjonalne, także podprogowe, mają (nieostrzegalny dla podmiotu) wpływ na świadome ocenianie i formułowanie sądów [41, 42].

W odniesieniu do opisywanego modelu neurolingwistyczne narzędzia diagnozy i zmiany umożliwiają zmianę wdrukowania, schematu działania bądź nieświadomych skojarzeń i automatycznych reakcji (element „pattern”). Poza studiami przypadków [43] skuteczność NLPt obrazuje badanie przeprowadzone przez Stipancic, Rennera, Schütza i Dond [2], w którym część pacjentów cierpiała na zaburzenia lękowe.

W badaniach dotyczących opisanych powyżej zaburzeń lękowych porównywano efektywność technik NLP, poznawczo-behawioralnych i wyników grupy kontrolnej [44, 45].

Badania te wykazały, że zarówno interwencje z użyciem technik NLP, jak i behawioralno-poznawczych, miały efekt porównywalny z uzyskanym w grupie kontrolnej. Należy jednak podkreślić, że interwencji dokonywały osoby o niewielkim lub żadnym doświadczeniu psychoterapeutycznym. Ponadto badanie Krugmana [44] obejmowało osoby cierpiące na lęk przed wystąpieniami publicznymi, niespełniający kryteriów diagnostycznych zaburzenia lękowego. Dlatego istotne jest, aby dalsze badania prowadzone były w oparciu o wystandaryzowane narzędzia, uczestnicy spełniali kryteria diagnostyczne zawarte w DSM lub ICD, a osoby stosujące techniki i modele były wykształconymi i praktykującymi psychoterapeutami [2, 24, 44].

Podsumowanie

Sceptyczny stosunek do metod NLP nadal jest często spotykany, jednak na ich podstawie stworzono modalność psychoterapeutyczną, która spełnia profesjonalne standardy. Zainteresowanie badawcze tymi metodami w ostatnich latach rośnie, szczególnie w kontekście klinicznym — jako badanie efektów NLPt. Zacytowane w niniejszym artykule badania wskazują, że podejście to jest skuteczne w leczeniu zaburzeń psychicznych. Ponadto przedstawione dane pokazują, iż metody pracy z zaburzeniami lękowymi wywodzące się z NLPt opierają się na mechanizmach, potwierdzonych przez badania z zakresu psychologii podstawowej i współczesnym naukowym rozumieniu tych zaburzeń.

Aktualnie badań sprawdzających skuteczność NLPt przeprowadzono niewiele. Z tego powodu istotna jest kontynuacja naukowej oceny tego podejścia przez prowadzenie badań o wysokiej jakości: z randomizacją, z homogenicznymi próbami klinicznymi i z wystandaryzowanymi protokołami oddziaływań. Warto również usystematyzować wyniki badań psychologicznych, które wskazują na zasadność interwencji wywodzących się z NLPt (np. wspomniane w tekście badania nad zmianą perspektywy czy dotyczące metod budowania kontaktu) [46]. Ten sposób umożliwi ukazanie mechanizmów, które są podstawą zmian w NLPt. Dopiero taka kompleksowa ocena oparta na dowodach naukowych pozwoli rozstrzygnąć, na ile i w jakich przypadkach NLPt jest skuteczna.

Podziękowania

Autorzy chcieliby serdecznie podziękować Joachimowi Kowalskiemu, Monice Głowczak-Polak i Izabeli Nowosad za cenne uwagi krytyczne, które wpłynęły na ostateczny kształt artykułu.

Piśmiennictwo

1. Huflejt-Lukasik M, Peczek B. Neurolingwistyczna psychoterapia. W: Grzesiuk L, Suszek H, red. Psychoterapia. Szkoły i metody. Warszawa: ENETEIA; 2011, s. 299–323.
2. Stipancic M, Renner W, Schütz P, Dond R. Effects of Neuro–Linguistic Psychotherapy on psychological difficulties and perceived quality of life. *Counsell. Psychother. Res. J.* 2010; 10(1): 39–49.
3. Genser–Medlitsch M, Schütz P. Does neurolinguistic psychotherapy has effects? *Now. Psychol.* 2004; 1: 23–48.

4. Wake L, Leighton M. Pilot study using Neurolinguistic Programming (NLP) in post-combat PTSD. *Ment. Health Rev. J.* 2014; 19(4): 251–264.
5. Zaharia C, Reiner M, Schütz P. Evidence-based Neuro Linguistic Psychotherapy: A meta-analysis. *Psychiatr. Danub.* 2015; 27(4): 355–363.
6. Bostic St. Clair C, Grinder J. *Whispering in the wind*. Scotts Valley, CA: J & C Enterprises; 2002.
7. Korzybski A. *Science and sanity*. Lakeville, Conn.: International Non-Aristotelian Library Pub. Co; 1958.
8. Kulesza W, Szypowska Z, Jarman M, Dolinski D. Attractive chameleons sell: The mimicry-attractiveness link. *Psychol. Market.* 2014; 31(7): 549–561.
9. Grzesiuk L, Suszek H, red. *Psychoterapia. Szkoły i metody*. Warszawa: ENETEIA; 2011.
10. Gray RM, Boldstad R. Post-traumatic stress disorder. W: Wake L, Gray RM, Bourke FS, red. *The clinical effectiveness of neurolinguistic programming: a critical appraisal*. Londyn, Nowy Jork: Routledge; 2013, s. 32–46.
11. Migda MM. Trauma więzi a psychoterapia pacjentów z diagnozą PTSD w oparciu o mentalizację. *Psychoter.* 2015; 174(3): 99–105.
12. Sekiguchi T, Nonaka S. The long-term effect of perspective change on the emotional intensity of autobiographical memories. *Cogn. Emot.* 2013; 28(2): 375–383.
13. Calhoun L, Tedeschi R. *Posttraumatic growth in clinical practice*. Nowy Jork: Routledge; 2013.
14. Schiller D, Monfils M, Raio C, Johnson D, LeDoux J, Phelps E. Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanisms. *Nature* 2009; 463(7277): 49–53.
15. Gray R, Liotta R. PTSD: Extinction, reconsolidation, and the visual-kinesthetic dissociation protocol. *Traumatol.* 12; 18(2): 3–16.
16. Forcato C, Burgos V, Argibay P, Molina V, Pedreira M, Maldonado H. Reconsolidation of declarative memory in humans. *Learn. Mem.* 2007; 14(4): 295–303.
17. Schiller D, Phelps E. Does reconsolidation occur in humans? *Front. Behav. Neurosci.* 2011; 5(24).
18. Lehner M, Wisłowska-Stanek A, Płaźnik A. Wygaszanie reakcji emocjonalnej jako nowy cel farmakoterapii zaburzeń lękowych. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43(6): 639–654.
19. Pedreira M. Mismatch between what is expected and what actually occurs triggers memory reconsolidation or extinction. *Learn. Mem.* 2004; 11(5): 579–585.
20. Öhman A, Mineka S. Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychol. Rev.* 2001; 108(3): 483–522.
21. Wolitzky-Taylor K, Horowitz J, Powers M, Telch M. Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 2008; 28(6): 1021–1037.
22. Einspruch EL, Forman BD. Neuro-Linguistic programming in the treatment of phobias. *Psychother. Private Pract.* 1988; 6(1): 91–100.
23. Allen KL. An investigation of effectiveness on neurolinguistic programming procedures in treating snake phobics. *Dissertation Abstracts International.* 1982; 43(3): 861B.
24. Bigley J, Griffiths P, Prydderch A, Romanowski C, Miles L, Lidiard H. i wsp. Neurolinguistic programming used to reduce the need for anaesthesia in claustrophobic patients undergoing MRI. *Br. J. Radiol.* 2010; 83(986): 113–117.
25. Andreas CS. *Serce umysłu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1994.
26. James T, Woodsmall W. *Time line therapy and the basis of personality*. Cupertino, CA: Meta-publications; 1988.

27. Gray RM. NLP and PTSD: The Visual-Kinesthetic Dissociation Protocol. Current Research in NLP: Proceedings of 2010 Conference. 2011; 2(1).
28. Bandler R. Using your brain for a change: Neurolinguistic Programming. Moab, Utah: Real People Press; 1985.
29. Dilts R, DeLozier J. Encyclopedia of neurolinguistic programming and NLP new coding. California: California University Press; 2000.
30. Koziey P, McLeod G. Visual-kinesthetic dissociation in treatment of victims of rape. Prof. Psychol. Res. Pr. 1987; 18(3): 276–282.
31. Muss D. A new technique for treating post-traumatic stress disorder. Br. J. Clin. Psychol. 1991; 30(1): 91–92.
32. Muss D. The rewind technique in the treatment of post-traumatic stress disorder. W: Figley C, red. Brief treatments for the traumatized. West Port, CT: Greenwood Press; 2002, s. 306–314.
33. Hossack A, Bentall R. Elimination of posttraumatic symptomatology by relaxation and visual-kinesthetic dissociation. J. Trauma. Stress. 1996; 9(1): 99–110.
34. Utuza A, Joseph S, Muss D. Treating traumatic memories in Rwanda with the rewind technique: Two-week follow-up after a single group session. Traumatology. 2012; 18(1): 75–78.
35. Carbonell J, Figley C. A systematic clinical demonstration of promising PTSD treatment approaches. Traumatology 1999; 5(1): 32–48.
36. Dietrich A. A review of visual/kinesthetic dissociation in the treatment of posttraumatic disorders: Theory, efficacy and practice recommendations. Traumatology 2000; 6(2): 85–107.
37. Dietrich A, Baranowsky A, Devich-Navarro M, Gentry J, Harris C, Figley C. A review of alternative approaches to the treatment of post-traumatic sequelae. Traumatology 2000; 6(4): 251–271.
38. Gray R, Bourke F. Remediation of intrusive symptoms of PTSD in fewer than five sessions: a 30-person pre-pilot study of the RTM Protocol. J. Milit. Vet. Fam. Health 2015; 1(2): 13–20.
39. Griffin J, Tyler I. The APET model. Patterns in the brain. Europ. Ther. Studies Institute; 2000.
40. LeDoux J. The amygdala. Curr. Biol. 2007; 17(20): R868–R874.
41. Jarymowicz M, Ohme R. Dociekania nad naturą emocji: o emocjach poza świadomością i emocjach poza spontanicznością. Czas. Psychol. 1997; 3: 153–170.
42. Ohme R, Jarymowicz M. O korzyściach z badań nad utajonym przetwarzaniem informacji afektywnych. W: Ohme RK, Jarymowicz M. red. Utajony wpływ afektu na procesy poznawcze: wybrane metody badań. Stud. Psychol. 1999; 37(1) (numer specjalny): 129–145.
43. Grimley B. Anxiety disorder. W: Wake L, Gray RM, Bourke FS, red. The clinical effectiveness of neurolinguistic programming: a critical appraisal. Londyn, Nowy Jork: Routledge; 2013, s. 69–94.
44. Krugman M, Kirsch I, Wickless C, Milling L, Golicz H, Toth A. Neuro-linguistic programming treatment for anxiety: Magic or myth? J. Consult. Clin. Psychol. 1985; 53(4): 526–530.
45. Matthews W, Kirsch I, Mosher D. Double hypnotic induction: An initial empirical test. J. Abnorm. Psychol. 1985; 94(1): 92–95.
46. Chartrand T, Bargh J. The chameleon effect: The perception-behavior link and social interaction. J. Pers. Soc. Psychol. 1999; 76(6): 893–910.

adres: jan.jedrzejczyk@psych.uw.edu.pl