

Krzysztof Mariusz Ciepliński

„PSYCHOTERAPIA DZIAŁA... ALE NIE W MOIM PRZYPADKU”. STUDIUM PROCESU ZMIANY W TRAKCIE DŁUGOTERMINOWEJ PODMIOTOWO ZORIENTOWANEJ PSYCHOTERAPII INTEGRACYJNEJ¹

**„PSYCHOTHERAPY WORKS... BUT NOT IN MY CASE”.
A CASE STUDY OF CHANGE PROCESS DURING LONG-TERM CLIENT
CONTRIBUTION ORIENTED INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY**

Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia KUL

**client-oriented integrative
psychotherapy
change mechanisms
effectiveness of psycho-
therapy**

Artykuł jest prezentacją studium przypadku procesu psychoterapii. Przedstawiono przebieg i efekty długoterminowej, podmiotowo zorientowanej, integracyjnej psychoterapii pacjentki z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, mającej utrwalone trudności w efektywnym korzystaniu z psychoterapii. Dokonano psychologicznej analizy mechanizmów i czynników sprzyjających wystąpieniu poprawy. Autor prezentuje materiał pozwalający stwierdzić pozytywny związek pomiędzy występowaniem u pacjentki poczucia posiadania wpływu na formę i przebieg leczenia a jego skutecznością.

Summary

Objectives: Psychotherapy is a method of treatment for mental disorders of empirically varied effectiveness.. In some patients clinical improvement does not occur. Research on psychotherapy should be focused on recognition of determinants of success and failure in treatment. The goals of the study are: 1) a description of the process and results of long-term client contribution oriented integrative psychotherapy with patient suffering from obsessive-compulsive disorders (OCD), who had enduring difficulties in beneficial participation in psychotherapy; 2) a psychological analysis of change mechanisms and factors influencing the improvement.

Methods: Case study of psychotherapy process

Results: An example of clinical effectiveness of the therapeutic interventions based on referring to the patients' experiences of self-effective involvement in psychotherapy and provoking such experiences. A positive coincidence between patient's experiences of shaping the process of therapy and the results of treatment was recognized. Psychological analysis of change mechanisms was done from the integrative perspective.

¹ **Podziękowanie dla Pacjentki:** Serdecznie dziękuję za niezwykle pouczające doświadczenie związane z towarzyszeniem Pani w procesie zmian wprowadzanych w trakcie psychoterapii. Dziękuję szczególnie za uczciwość w kontakcie i udostępnienie wnikliwych refleksji na temat własnego rozwoju.

Conclusions: The recognition and intentional activation by the therapist the patient's personal potential for change can increase effectiveness of psychotherapy of persons with enduring obsessive-compulsive disorders, eating and depressive disorders.

Wprowadzenie

Prowadzone w ostatnich dziesięcioleciach badania nad wynikami psychoterapii bezsprzecznie dowiodły, że jest ona efektywną metodą stymulowania zmiany osobistej [1–5]. Jednocześnie wiadomo, że część pacjentów nie uzyskuje poprawy w trakcie psychoterapii, a nawet ich funkcjonowanie ulega pogorszeniu [6].

Uwaga badaczy skupia się coraz częściej na poszukiwaniu odpowiedzi na pytania, w jakich warunkach i formach, a także wobec kogo ten rodzaj oddziaływania jest najbardziej skuteczny [1, 7, 8] oraz jak zapobiegać przedwczesnej rezygnacji z terapii [6, 9].

Ogromna i ciągle poszerzająca się różnorodność nurtów psychoterapii — bez wątpienia dowodząca żywotności tego rodzaju interwencji klinicznych — jest jednocześnie wyzwaniem dla badaczy, osób szkolących się, a także samych pacjentów. Stanowi to jeden z argumentów na rzecz rozwijania podejść integracyjnych, które ciągle zyskują na znaczeniu [10]. Ważnym współczesnym celem refleksji i badań nad psychoterapią jest identyfikacja mechanizmów jej oddziaływania [7].

Według Jana Czesława Czabały [2], jednego z wybitnych przedstawicieli integracyjnego podejścia do psychoterapii, zmiana istotna klinicznie może być interpretowana w związku z obecnością czynników leczących, wśród których najważniejsze to: jakość relacji terapeutycznej (lub jej ekwiwalentów), tworzenie pacjentom warunków do nabywania nowych doświadczeń emocjonalnych oraz nowej wiedzy na temat siebie i otoczenia, a także eksperymentowania w podejmowaniu odmiennych od dotychczasowych sposobów działań. Czabała pojmuje psychoterapię jako proces uczenia się rozwiązywania problemów pojawiających się na kilku podstawowych poziomach ludzkiego doświadczenia. Trudności mogą wystąpić w procesie adekwatnego rozpoznawania celów działania (pacjent nie wie, czego potrzebuje, co chce osiągnąć), rozpoznania sposobów umożliwiających zaspokojenie potrzeb lub realizację zadań (nie wie, jak osiągać cele i zaspokajać potrzeby), rozpoznania możliwości skorzystania z wybranych sposobów osiągnięcia planowanych celów (pacjent nie wie, co i jak jest dostępne) oraz oceny konsekwencji działania związanego z realizacją celu (pacjent nie wie, które działania były efektywne, nie umie zaplanować przyszłych działań) [por. 11].

Czabała, reprezentując podejście integracyjne, za uprawnione i korzystne uważa stymulowanie na kolejnych etapach procesu terapeutycznego różnych mechanizmów zmiany docenianych przez tradycyjne paradygmaty psychoterapii. Inną ważną cechą tego podejścia jest położenie akcentu na sprawczość pacjenta, który nie powinien być postrzegany jako konsument „usługi terapeutycznej”, lecz współautor zmiany, zarówno na poziomie wyznaczania jej celów, strategii realizacji, a także oceny osiągniętych efektów. Jest to zbieżne ze współczesnym stanem wiedzy naukowej dotyczącej tego zagadnienia [12].

Autor niniejszego opracowania [13] wskazuje na możliwość praktycznej integracji opisanego wyżej sposobu rozumienia i zastosowania psychoterapii z elementami podejść egzystencjalnych akcentujących centralną rolę podmiotowości pacjenta w procesie zmia-

ny, takimi jak zaproponowana przez Viktora E. Frankla [14, 15] logoterapia, w polskim środowisku psychologicznym twórczo popularyzowana przez Kazimierza Popielskiego [16, 17]. Wśród technik logoterapii ukierunkowanych na podmiotową aktywność pacjenta warto wskazać intencję paradoksalną oraz derefleksję. Istotą tej pierwszej jest zachęcenie pacjenta, aby zrobił coś lub zapragnął czegoś, co wywołuje jego lęk. Natomiast derefleksja to świadome odwracanie uwagi od czynności, którą pacjent jest zaabsorbowany i w konsekwencji nadmiernie zmotywowany, by ją wykonywać. Należy podkreślić, że techniki logoterapii nie opierają się na prostej perswazji czy sugestii, lecz uruchamiają podmiotowe właściwości osoby — zdolność do autotranscendencji i autodystansowania się [18, 19].

Wyniki metaanaliz dotyczących determinantów efektywności psychoterapii wskazują, że czynniki związane z udziałem pacjenta w procesie terapeutycznym, w tym jego zaangażowanie w stanowienie przymierza terapeutycznego, są najważniejszym wyznacznikiem skuteczności leczenia [1, 12, 20]. Zdaniem Boharta [21] rozpoznanie w pacjencie aktywnego podmiotu, który wykorzystuje działania terapeuty, aby wprowadzać zmiany, wyjaśnia wiele współczesnych, paradoksalnych rezultatów badań nad skutecznością psychoterapii (jak choćby fakt, że ocena psychoterapii dokonana przez pacjenta silniej koreluje z jej wynikami niż ocena terapeuty). Jednym z pilnych wyzwań stojących przed badaczami wydaje się pogłębiona naukowa eksploracja tego zagadnienia. Do tegoż postulatu nawiązuje niniejsze kliniczne studium procesu zmiany pacjentki w trakcie długoterminowej, podmiotowo zorientowanej psychoterapii integracyjnej prowadzonej w oparciu o wyżej przedstawione założenia.

Studium przypadku

Pani M.², 29-letnia pacjentka stanu wolnego z wyższym wykształceniem, zgłosiła się z nasilonymi objawami obsesyjno-kompulsyjnymi oraz przewagą myśli i ruminacji natrętnych (F42.0). W wywiadzie stwierdzono również nawracające zaburzenia depresyjne o lekkim i umiarkowanym nasileniu (F33.0–1), a także zaburzenia odżywiania w formie atypowej żarłoczności psychicznej (F50.3). W momencie zgłoszenia pacjentka miała za sobą dziesięcioletnie doświadczenia korzystania z różnych form leczenia psychiatrycznego. Pojedyncze objawy lękowe, w tym symptomy OCD, pojawiły się już w dzieciństwie, jednak dopiero w okresie późnej adolescencji rozwinęły się na tyle, że stały się powodem podjęcia leczenia. Po pomoc terapeutyczno-psychiatryczną pacjentka zgłosiła się w trakcie pierwszego roku studiów. Po ukończeniu drugiego roku, z powodu nasilenia przeżywanego trudności, przebywała na urlopie dziekańskim. Od tego czasu wielokrotnie zmieniła leki, podejmowała także kolejne próby psychoterapii. Korzystała z różnych podejść (NLP, terapia psychodynamiczna, CBT) i form psychoterapii (indywidualnej, grupowej, ambulatoryjnej, stacjonarnej), których rezultaty uważała za znikome — sprowadzone do możliwości nawiązania relacji z innymi pacjentami o podobnych trudnościach, co zmniejszyło jej poczucie stygmatyzacji. Z powodu braku spodziewanych efektów i zastrzeżeń

² Dane pozwalające na identyfikację pacjentki zostały zmienione. Uzyskano pisemną zgodę pacjentki na publikację studium przypadku.

do psychoterapeutów z reguły przedwcześnie przerywała leczenie, co doprowadziło ją do przekonania, że psychoterapia w jej przypadku jest nieskuteczna.

Przebieg psychoterapii

Pacjentka zgłosiła się po pomoc w ramach prywatnej praktyki psychoterapeutycznej, informując o nasilonych objawach OCD i innych lękach (np. przed ciemnością). W tym czasie pracowała zawodowo, co pozwalało jej na niezależność finansową i osobistą. Negowała istnienie trudności w relacjach interpersonalnych, z wyjątkiem braku doświadczeń w związkach partnerskich. Nie dostrzegała również większych trudności w relacjach w rodzinie generacyjnej. Prócz dolegliwości objawowych, zgłaszała skargi związane ze środowiskiem zawodowym. Nie czuła się dobrze w pracy, gdyż panowały tam — jej zdaniem — zbyt niskie standardy profesjonalne i etyczne.

Po analizie trudności i oczekiwań pacjentki zawarto kontrakt na indywidualną psychoterapię prowadzoną w podejściu integracyjnym. Pani M. niemal od pierwszej sesji zgłaszała zastrzeżenia co do logistyki i przebiegu leczenia, dopytywała o założenia i zasadność stosowanych interwencji, koncentrowała się na ograniczeniach terapeuty. Po kilku sesjach zaczęła wyrażać obawy związane z brakiem możliwości ponoszenia dalszych kosztów terapii. Podczas dwunastej sesji, po której miała nastąpić kilkutygodniowa przerwa w leczeniu związana z okresem urlopowym, zakomunikowała zamiar zakończenia psychoterapii, mimo braku istotnej poprawy. Zważywszy na jej uprzednie doświadczenia terapeutyczne, komunikaty te zinterpretowano jako przejaw utrwalonych trudności w zakresie nawiązywania i podtrzymywania przymierza terapeutycznego, manifestujących się uprzednio w formie drop outów.

Terapeuta miał świadomość, że pacjentka rozgrywa relację terapeutyczną w schemacie walki o kontrolę, a jej zastrzeżenia dotyczące możliwości finansowania leczenia z dużym prawdopodobieństwem są formą racjonalizującego kamuflażu tychże tendencji. Niestety, podjęte w tym kontekście próby omawiania zachowań i komunikatów pacjentki spotykały się każdorazowo z jej silnym zaprzeczaniem. Terapeuta stanął więc wobec dylematu: czy konsekwentnie frustrować związaną z profilem zaburzeń pacjentki potrzebę nadmiernej kontroli sytuacji, ryzykując kolejne, bardzo prawdopodobne, przedwczesne zakończenie psychoterapii, czy też poszukać innej drogi. W tym kontekście zdecydował się skorzystać z odpowiedzi podejść egzystencjalnych, akcentujących osobową podmiotowość beneficjenta psychoterapii [16, 17]. Uznał, że pacjentka, mimo ograniczeń związanych ze sposobami nawiązywania relacji charakterystycznych dla typu jej zaburzeń, wciąż może komunikować się z poziomem osobowego, a mówiąc precyzyjniej, może być tak „usłyszana” przez terapeutę. Bazując na tych przesłankach, postanowił wyjść naprzeciw zastrzeżeniom pacjentki dotyczącym zasad finansowania procesu terapeutycznego, proponując kontynuację psychoterapii w warunkach świadczeń refundowanych przez NFZ. Poinformował również pacjentkę, że w tym przypadku w grę wchodzi także kwalifikacja do psychoterapii grupowej, którą, jak ustalono w trakcie początkowego wywiadu, pacjentka uważała za relatywnie pomocną.

Po kilku tygodniach przerwy związanej z okresem urlopowym, pani M. zgłosiła się do publicznej poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych. Po trzech odbytych w tymże

trybie sesjach indywidualnych została zakwalifikowana do udziału w heterogenicznej ambulatoryjnej grupie terapeutycznej prowadzonej przez dotychczasowego terapeutę. Zorientowane procesualnie sesje grupowe, w trakcie których stosowano także techniki psychodramy morenowskiej, odbywały się w wymiarze dwóch godzin tygodniowo.

Pacjentka od początku miała trudności z włączeniem się w pracę grupy. Szybko zaczęła wchodzić w rolę grupowego outsidera. Reagowała odmową na propozycje udziału w ćwiczeniach ułatwiających głębszą autoprezentację w grupie, często podczas sesji siedziała w milczeniu, zdradzając symptomy napięcia psychofizycznego. Dwukrotnie opuściła posiedzenia grupowe. Mimo formalnej zgody na pracę w grupie przez dziesięć miesięcy, po dwunastu tygodniach leczenia zasygnalizowała wolę rozwiązania kontraktu i opuszczenia grupy. Twierdziła, że powodem jest fakt podjęcia studiów podyplomowych i wynikająca z niego niemożność akceptacji „straty czasu” związanej z udziałem w sesjach grupowych. Decyzję podtrzymała i zrealizowała, ignorując zachęty do pozostania w terapii oraz oferty pomocy logistycznej formułowane przez innych pacjentów.

Mimo rezygnacji z grupy oczekiwała kontynuacji psychoterapii indywidualnej, na co przystał terapeuta. Podczas odbytych dwóch sesji indywidualnych, po raz kolejny zademonstrowała nasilone trudności w tworzeniu przymierza terapeutycznego. Unikała wnoszenia własnej problematyki, szczególnie dopytywała o zasady pracy terapeuty, mimo udzielanych każdorazowo wyjaśnień. Terapeuta miał poczucie, iż pacjentka oczekuje przejścia przez niego wyłącznej odpowiedzialności za przebieg i efekty leczenia. Wobec nieskuteczności dotychczasowych, ponawianych prób nawiązania współpracy terapeutycznej, poinformował pacjentkę o własnej „bezradności” i poczuciu wyczerpywania się jego możliwości udzielania jej dalszej pomocy terapeutycznej. Zakomunikował jednocześnie, że jest gotów zaplanować jeszcze trzy kolejne sesje, po których — w razie braku „przełomu” we wzajemnej współpracy — nastąpi rozwiązanie kontraktu terapeutycznego. Pacjentka przystała na te warunki.

W trakcie ostatniej z umówionych wizyt nastąpiła wyraźna zmiana w zachowaniu i poziomie otwartości pani M. Zaczęła wypowiadać się bardziej osobiście, spójnie emocjonalnie. Pani M. zadeklarowała wolę zaangażowania się w proces dalszej psychoterapii. Poprosiła o przedłużenie kontraktu, co zaakceptował terapeuta.

Opisany powyżej moment okazał się przełomowy dla przebiegu dalszego leczenia. W czasie kilku kolejnych miesięcy pacjentka podejmowała liczne próby otwartego wnoszenia własnych doświadczeń życiowych i badania ich z pomocą terapeuty. W tym procesie bardzo użyteczne okazały się interwencje bazujące na elementach psychodramy. Terapeuta zachęcał pacjentkę do psychodramatycznej eksternalizacji jej ról wewnętrznych, w tym prowokował do dramatyzacji dialogu pomiędzy różnymi perspektywami jej wewnętrznego „ja”. W trakcie jednej z monodram pacjentka symbolicznie odegrała i zreflektowała swoją pozycję w rodzinie generacyjnej, stanowiącą swoistą matrycę dla jej późniejszego ustosunkowania się do doświadczeń i możliwości życiowych. Na psychodramatycznej scenie odegrała także dialog z objawami OCD. W trakcie gry odsłoniła bolesne, skrywane dotąd wstydliwie okoliczności pojawienia się tych objawów w okresie adolescencji.

Prace monodramatyczne ułatwiły pacjentce skonfrontowanie się i przebudowę ważnych, zaburzających jej aktualne funkcjonowanie elementów doświadczenia, a w konsekwencji otwarcie się na nowe aspekty ustosunkowania do samej siebie i otoczenia. Z czasem

zaczęła zmieniać swój wizerunek, który wzbogaciła o nowe formy autoprezentacji, jak styl ubioru i makijaż. Podjęła także próby nowych zachowań komunikacyjnych, w tym bardziej aktywnego poszukiwania relacji o charakterze osobistym i partnerskim. W tym okresie w trakcie psychoterapii konfrontowała się również z niektórymi, ważnymi dla niej doświadczeniami ze sfery psychoseksualnej. Pracy terapeutycznej towarzyszyły widoczne pozytywne zmiany w jakości zaangażowania się i poziomie otwartości w trakcie sesji. Nastąpiła tu także znacząca redukcja symptomów klinicznych, co skłoniło ją do decyzji o odstawieniu leków.

W tym okresie pacjentka wciąż jeszcze w znacznym stopniu realizowała „wysiłkowy”, perfekcjonistyczny schemat przebudowy własnych zachowań, który z czasem rozpoznała jako „nadużywanie siebie” (próbowała być perfekcyjna w ćwiczeniu na siłowni, stosowaniu odpowiedniej diety, sposobie realizacji obowiązków zawodowych). Po początkowej poprawie, nastąpił kryzys objawiający się znacznym nasileniem objawów depresyjnych. Sygnalizowała poczucie impasu i niemożności jego przewyciężenia. Na kilka tygodni przerwała pracę zawodową, aby — jak to ujęła — „zająć się sobą”. W toku rozmów z terapeutą zdecydowała, że skorzysta z propozycji ponownego włączenia się do grupy terapeutycznej, co miało na celu umożliwienie jej skuteczniejszej pracy nad doświadczaniem siebie w relacjach z innymi.

Tym razem konsekwentnie uczestniczyła w sesjach, podczas których wносиła własne doświadczenia dotyczące zarówno spraw bieżących, jak i — w nieco mniejszym zakresie — relacji z członkami rodziny generacyjnej. Inaczej niż w trakcie poprzedniej próby psychoterapii grupowej czynnie angażowała się w pracę terapeutyczną pozostałych pacjentów, m.in. przyjmowała propozycje odgrywania ról ego pomocniczego w psychodramach z protagonistą. W trakcie psychoterapii objawy depresyjne zanikły, zmniejszył się także zakres i natężenie zachowań bulimicznych. Pacjentka pracowała w grupie nad rozwojem spontaniczności, otwartym wyrażaniem swojego stosunku do innych, w tym radzeniem sobie z sytuacjami konfliktowymi. Sygnalizowała także znaczenie tematyki relacji partnerskich i seksualnych.

Ostatnia faza procesu leczenia miała formę rocznej indywidualnej psychoterapii podtrzymującej, prowadzonej w odstępach kilkutygodniowych. W trakcie kolejnych sesji pacjentka referowała doświadczenia związane z wprowadzaniem ważnych zmian w sferze osobistej i zawodowej. Podjęła wyzwania związane z zaangażowaniem się w nowy związek partnerski, w znacznym stopniu zaakceptowała ograniczenia i możliwości wynikające z miejsca podstawowego zatrudnienia, zaangażowała się i poddawała refleksji sposób funkcjonowania w nowych rolach zawodowych, podjęła decyzję o zakupie mieszkania i zrealizowała ją. W trakcie niektórych sesji wносиła bieżące doświadczenia związane z wprowadzaniem zmian w relacjach z członkami rodziny generacyjnej. Znaczącej modyfikacji uległy wcześniejsze, sztywne, dezadaptacyjne przekonania i role wewnętrzne pacjentki: opuszczonego, „gorszego”, biernie przyglądającego się życiu dziecka czy osoby pozbawionej możliwości i nierozumianej przez innych.

W tym okresie pacjentka traktowała psychoterapię jako okazję do reflektowania i konsultowania podejmowanych działań. Interwencje terapeutyczne były zorientowane na wzmacnianie jej sprawczości poprzez wyrażanie uznania dla podejmowanych prób wdrażania nowych zachowań. Pacjentka nabywała kolejne doświadczenia pozwalające jej

na ugruntowanie przekonania, że ma realny wpływ (choć nie nieograniczony) na poziom gratyfikacji własnych potrzeb psychologicznych, w tym także dotyczących intymności w relacjach interpersonalnych. Ważnym elementem kontaktu terapeutycznego były w tym okresie rozmowy na temat możliwości akceptacji niepowodzeń i przeszkód życiowych, również negatywnych konsekwencji dokonywanych wyborów.

Przedmiotem namysłu była także relacja z terapeutą, w tym ewolucja jakości i treści przymierza terapeutycznego. Pacjentka przy tej okazji z uznaniem wyrażała się o umiejętnościach i determinacji psychoterapeuty w udzielaniu jej pomocy psychologicznej.

Analiza psychologiczna procesu zmiany

Mimo początkowych trudności w ustanowieniu przymierza terapeutycznego, opisany proces psychoterapii należy uznać za udany. Na taką ocenę pozwala zarówno ocena jego obiektywnych efektów, tj. znacznej redukcji objawów klinicznych oraz dużego zakresu zmian osobistych wprowadzonych przez pacjentkę, jak i jej subiektywne przekonanie o korzyściach uzyskanych z udziału w psychoterapii. Zważywszy na jej wcześniejsze, liczne i oceniane jako mało skuteczne, próby leczenia, intrygujące wydaje się pytanie o determinanty sukcesu opisanego tu procesu terapeutycznego.

Uwagę zwraca paradoksalne, ambiwalentne ustosunkowanie pacjentki do psychoterapii i psychoterapeuty. Zgłaszając się po pomoc miała świadomość dziesięciu (sic!) wcześniejszych, jej zdaniem nieskutecznych, prób korzystania z tej formy leczenia. Pierwszym ważnym motywem, jaki wniosła, była więc nieufność i opozycyjna postawa wobec kolejnego poleconego jej terapeuty. Wydaje się, że ważnym elementem procesu podtrzymania relacji terapeutycznej w tamtym okresie było kontenerowanie przez terapeutę tych, w dużej mierze nieuświadomionych, potrzeb i ustosunkowań.

Wchodząc w kolejny proces terapeutyczny pacjentka aktywowała schemat „nieudanej terapii” i „nieskutecznego, sformalizowanego, niezainteresowanego jej światem terapeuty”. W trakcie sesji zachowywała się rywalizacyjnie, negowała hipotezy terapeuty, broniła przy tym dostępu do głębszych doświadczeń osobistych, co w praktyce uniemożliwiała pracę o charakterze wglądowym. Można przypuścić, że jej krytycyzm dotyczący jakości oferowanych usług mógł być również formą testu na wiarygodność i determinację terapeuty.

Propozycja zmiany formy psychoterapii z płatnej na bezpłatną mogła stanowić egzystencjalną bazę dla późniejszych korektywnych doświadczeń emocjonalnych pacjentki. Można zastanawiać się, czy włączenie jej do grupy nie było przedwczesne, zważywszy na dalszą manifestację opozycyjnych zachowań, zwiędzonych częściowym drop outem. Kwalifikacja do udziału w grupie, związana z uprzednimi, względnie pozytywnymi doświadczeniami korzystania z tej formy psychoterapii, oparta na wyraźnej zgodzie pacjentki, obliczona była m.in. na ułatwienie jej nieobronnej recepcji informacji zwrotnych przekazywanych przez współpacjentów, co postuluje część klinicystów [22]. Świadoma zgoda pani M. na zmianę formy psychoterapii nie usunęła jednak automatycznie znaczenia czynników nieświadomych, w tym interpretowania zaistniałej sytuacji jako związanej z byciem opuszczaną przez terapeutę (rodzica).

Obserwacja funkcjonowania pacjentki w sytuacji grupowej dostarczyła dodatkowych danych pozwalających na rozpoznanie jej sztywnych, lękowych, opartych na kontroli,

wzorców wchodzenia w relacje interpersonalne. Pacjentka wycofała się w momencie wzrostu spójności grupy, gdy nieuchronnie wydawało się stanięcie w obliczu możliwości nawiązania symetrycznych, otwartych relacji ze współpacjentami.

Mimo iż pacjentka opuściła grupę, chciała kontynuować terapię indywidualną. Terapeuta, świadom charakteru i poziomu jej trudności, zinterpretował to oczekiwanie jako niedojrzałą, aczkolwiek rzeczywistą próbę podtrzymania przez nią procesu leczenia. Wyraził zgodę, choć, co należy zaznaczyć, nie bez poczucia zbliżania się do granicy nieterapeutycznej asymetrii w zakresie współdecydowania o kształcie procesu leczenia.

Uważność na ten aspekt psychoterapii stała u podstaw decyzji otwartego i zdecydowanego zaznaczenia ram kontaktu, co nastąpiło na drugiej kolejnej sesji i miało formę komunikatu terapeuty o doświadczanym poczuciu bezradności i planowanej decyzji o rezygnacji ze współpracy z powodu braku skuteczności dotychczasowych interwencji. Otwarte omawianie trudności dotyczących przymierza terapeutycznego, rewizja kontraktu poprzez ograniczenie go do trzech sesji „ostatniej szansy”, przyczyniły się do zdemaskowania i dekonstrukcji schematu relacji opartej na rolach nieskutecznego profesjonalisty (nieadekwatnego rodzica?) oraz „nieważnego” i zbuntowanego dziecka.

Na ostatniej z umówionych sesji pacjentka zdecydowała się wziąć współodpowiedzialność za proces zmiany „tu i teraz”. Po wielu miesiącach zmagania i sporów z terapeutą, unikania koncentracji na sobie podczas terapii³, zdecydowała się na pogłębioną, efektywną pracę terapeutyczną, w pierwszej kolejności nad redukcją lęku (w tym także lęku przed zmianą). Wsparciem w tym procesie okazały się procedury doświadczeniowe (psychodramatyczne), ułatwiające pacjentce swobodną autoekspresję w przestrzeni symbolicznej. Można je zinterpretować jako rodzaj terapeutycznej prowokacji ułatwiającej osvajanie się z doświadczeniami wywołującymi lęk, pomocne w przełamywaniu impasu w procesie terapeutycznym [por. 23]. W miarę postępów leczenia pacjentka podejmowała coraz śmielsze próby wychodzenia poza sztywne wzorce zachowania oparte na przymusie kontroli otoczenia. Zmiany, jakie stopniowo wprowadzała, bazowały na realistycznym doświadczaniu sprawczości w poszerzaniu swobodnego dostępu do „niemych” dotąd aspektów własnej tożsamości (np. potrzeb seksualnych), w tym także włączaniu ich w procesy komunikowania się z innymi.

Można przypuszczać, że doświadczenia bezpiecznej intymności emocjonalnej nabyte w trakcie psychoterapii, związane z podejmowaniem przez pacjentkę prób głębszych odsłon oraz transparentnym, niedyrektywnym stylem interweniowania terapeuty⁴, były pomocne w podejmowaniu kolejnych próby wchodzenia w bliskie relacje.

W ocenie pacjentki istotna dla osiągnięcia poprawy była uważność terapeuty, który badał okoliczności związane z nasileniem objawów OCD nieeksplorowane w trakcie wcześniej

³ Z perspektywy wielu miesięcy późniejszej terapii pacjentka ujęła to następująco: „Nie miałam [wówczas] doświadczenia i świadomości, że w ogóle mogę koncentrować się na sobie; proces zmiany to także dla mnie uczenie się, że jestem ważna i że koncentrowanie się na sobie to trochę autoobowiązek. Koncentrowanie na sobie kojarzyło mi się pejoratywnie. Dziś czerpię przyjemność z koncentrowania na sobie, by być bliżej swoich potrzeb i być dla siebie wsparciem (uczę się tego)”.

⁴ Terapeuta starał się tworzyć pacjentce warunki sprzyjające swobodzie jej autoekspresji, komunikował informacje zwrotne w formie przypuszczeń, prowokował do otwartego namysłu nad doświadczeniami życiowymi. Pacjentka przez cały okres psychoterapii prowadziła dziennik.

podejmowanych prób psychoterapii, czym, jak stwierdziła, „kupił” jej zaufanie. Pacjentka zwróciła uwagę na pomocne aspekty postawy terapeuty, który, jej zdaniem: „wchodził w dialog z pacjentem, a nie trzymał się ściśle jednej drogi”. Pacjentka miała równocześnie poczucie, że terapeuta „nie unikał rozmów o tzw. codziennym życiu”, nie koncentrował się wyłącznie na objawach i mechanizmach psychopatologicznych⁵. Można przypuszczać, że interwencje terapeutyczne oparte na zaufaniu do intuicyjnej wiedzy pani M. dotyczącej warunków potrzebnych do zaistnienia zmiany, przyczyniły się do przebudowy blokującego poprawę przekonania, zgodnie z którym, wskutek psychoterapii miałyby „stracić siebie”, stać się kimś innym. W trakcie terapii ze zdziwieniem i ulgą odkryła, że jej zmiana „jest zmianą do poznania”, że nadal pozostała sobą.

Decyzja o ponownym udziale w terapii grupowej otworzyła pacjentce dodatkową, tym razem skutecznie zagospodarowaną, przestrzeń do eksperymentowania w sferze relacji społecznych, w tym konfrontacji ze strategiami radzenia sobie z rywalizacją i ambiwalencją dotyczącą motywów ochrony siebie oraz nawiązywania kontaktów z innymi. Jak to ujęła z perspektywy czasu: „Po nasileniu objawów depresyjnych i impasie, po tym, jak weszłam drugi raz do grupy terapeutycznej — na nowo zaczęłam odkrywać swoje przyjaźnie i zaczęłam się o nie troszczyć, tudzież pozwoliłam sobie na korzystanie z pomocy przyjaciół. Wcześniej, mimo iż ci ludzie wychodzili do mnie z pomocą/inicjatywą, ja ponad wszystko chciałam sobie radzić sama”.

Ostatni etap psychoterapii pani M. bazował na interwencjach konsekwentnie wzmacniających jej sprawczość i zaufanie do samej siebie. Terapeuta „kibicował” zmianom, a także konsultował samodzielne próby pacjentki w zakresie poszukiwania i wypróbowywania nowych strategii rozwiązywania problemów osobistych.

Wśród wielu czynników warunkujących opisany tu proces zmiany, warto zwrócić uwagę na ewolucję formy i poczucia sprawczości pacjentki. Początkowo doświadczała własnej podmiotowości w formie zredukowanej do kontestacji, buntu, lękowego wycofania się z intymnych relacji z otoczeniem, kompensowanych obsesyjną potrzebą jego kontrolowania. Na kolejnym etapie psychoterapii miała okazję do doświadczenia własnej siły i skuteczności w zakresie wpływu na ważny obiekt, jakim stał się terapeuta. Wielokrotne potwierdzanie przez tegoż jej praw i możliwości współdefiniowania charakteru wzajemnych relacji oraz podejmowania współodpowiedzialności za zmianę stworzyło podwaliny symbolicznej przestrzeni „zabawy” — mówiąc językiem Winnicotta [24] — dzięki której możliwe stało się twórcze eksperymentowanie z odmiennymi niż dotychczasowe wzorcami interakcji z otoczeniem.

W trakcie dalszej psychoterapii pacjentka poszerzała i utrwałała nowy schemat doświadczenia siebie jako osoby mającej wpływ, podejmującej wyzwania, rozpoznającej własne możliwości i ograniczenia. Proces ten zaowocował wzrostem dystansu do siebie i otoczenia, związanego z rozwojem postaw tolerancji, szacunku i życzliwości dla samej

⁵ Reflektując proces własnej zmiany stwierdziła m.in.: „Poprzedni terapeuci >maniakalnie< pytali mnie o rodzinę, a ja byłam tak daleko od siebie, że nie miałam siły rozmawiać o rodzinie. Pan, pozwalając mi zająć się tym, co wtedy stanowiło sedno mojego życia i na czym budowałam swoje poczucie wartości, pozwolił mi niejako *zbudować siebie* (odkryć/dostrzec/zbliżyć się do siebie)”.

siebie, a także sprzyjał nabywaniu poczucia posiadania rzeczywistych kompetencji w zakresie podejmowania odpowiedzialności za własne życie.

Podsumowanie i wnioski

Przedstawiony proces leczenia i związane z nim analizy osadzone zostały w integracyjnym paradygmacie psychoterapii, łączącym zmianę z efektami procesów uczenia się, stymulowanych sytuacją terapeutyczną. Paradygmat ten zastosowano w perspektywie egzystencjalnych ujęć psychoterapii, wedle których terapeuta niosąc pomoc winien uwzględniać podmiotowy potencjał pacjenta.

W opisanym procesie terapeutycznym, w obliczu poważnego ryzyka replikacji uprzednich negatywnych doświadczeń pacjentki związanych z leczeniem, terapeuta zdecydował się na interwencje stwarzające jej warunki do nabywania i pogłębiania doświadczenia własnej podmiotowości. Składały się nań: umożliwienie pacjentce znacznego (choć nie nieograniczonego) wpływu na warunki i przebieg psychoterapii, dialogiczny styl komunikacji podczas sesji, okazywanie zrozumienia dla jej trudności (w tym dotyczących korzystania z pomocy), a zarazem jasne definiowanie ram kontaktu terapeutycznego, uważność zarówno na kliniczne, jak i codzienne aspekty jej doświadczeń życiowych czy wreszcie dostosowanie interwencji terapeutycznych do fazy procesu psychoterapii. Zabiegi te wsparte przez procedury wywiedzione z psychodramy morenowskiej okazały się decydujące dla skuteczności zaproponowanego leczenia.

Powyższe ustalenia są zbieżne z doświadczeniami Boharta [21], który za pomocne w procesie aktywizacji podmiotowości klienta psychoterapii uważa m.in. tworzenie empatycznej przestrzeni podczas sesji, prowadzenie konstruktywnego, opartego na znaczącej wymianie dialogu z klientem oraz ustrukturyzowane ćwiczenia, pozwalające klientowi bezpiecznie badać skonfliktowane elementy jego podmiotowego doświadczenia.

Zaistniała u pani M. zmianę terapeutyczną można interpretować z różnych perspektyw teoretycznych, wskazując na jej różnorodne mechanizmy i uwarunkowania. Oczywista możliwość to opis dokonany z pozycji psychodynamicznej, w dużej mierze związany z analizą charakteru i jakości zmian w obrębie mechanizmów obronnych pacjentki. Wśród nich można wskazać na tendencje do stabilizacji lęku przez nasiloną kontrolę relacji z otoczeniem, izolację afektu, intelektualizację, zaprzeczanie, reakcję pozorowaną i wypieranie treści związanych z urazowymi doświadczeniami z przeszłości. Uwagę zwracają przeniesieniowe, bierno-agresywne, nacechowane walką o władzę relacje z terapeutą. Pacjentka demonstrowała nasilony strach przed byciem kontrolowaną (tak można odczytać jej trudności z utrzymaniem ram kontraktu terapeutycznego, a także lęk przed zmianą wskutek terapii, interpretowaną w kategoriach przymusu, czegoś, co ją zredukuje, nastąpi wbrew niej samej). Interwencje terapeutyczne, w tym uważność, cierpliwość i przyzwalająca postawa terapeuty prawdopodobnie wpłynęły na osłabienie presji obron psychicznych, sprzyjały zmniejszeniu jej napięcia i wstydu odczuwanego w związku z niemożnością spełnienia zawyżonych oczekiwań wobec samej siebie projektowanych dodatkowo na terapeutę. Pacjentka potrzebowała czasu i kolejnych doświadczeń umożliwiających jej zmianę karzącego, samoponiżającego stosunku do własnej osoby. Mimo iż kilkakrotnie poważnie „zawodziła” terapeutę, ten konsekwentnie podtrzymywał zainteresowanie jej leczeniem.

Sekwencja przeprowadzonych interwencji terapeutycznych prawdopodobnie umożliwiła jej doświadczenie odmiennych od dotychczasowych form wywierania wpływu — wyjście poza schemat manipulacji obiektem w kierunku dialogicznej relacji ze znaczącym Innym.

Mimo iż w trakcie procesu terapeutycznego w zasadzie nie korzystano (w sensie ściśle formalnym) z logoterapeutycznych interwencji proponowanych przez V.E. Frankla, to z pewnością uzyskaną zmianę można zinterpretować w duchu podejścia opracowanego przez tego wybitnego wiedeńskiego psychiatrę. W trakcie psychoterapii pacjentka doświadczyła procesów wewnętrznych interpretowalnych w kategoriach idei stojących u podstaw logoterapeutycznych procedur derefleksji czy intencji paradoksalnej [19]. Zajęła się rozbudową ignorowanych wcześniej, pozytywnych aspektów własnego życia, intencjonalnie zbliżała się do lękowo tłumionych doświadczeń z dziedziny seksualności i otwartego kontaktu z innymi. Wiele z kluczowych dla opisanego tu procesu zmiany interwencji terapeutycznych można wywieść wprost z logo — i nooteoretycznych też o fundamentalnym znaczeniu zdolności pacjenta do autodystansu i autotranscendencji [25].

Jeszcze inną możliwość interpretacji opisaney tu zmiany stwarza odniesienie jej do konceptów spontaniczności i kreatywności opracowanych przez twórcę psychodramy Jacoba L. Moreno [26]. Pacjentka rozpoczęła terapię uwięziona w „kulturowej konserwie” (*cultural conserve*). Początkowo jej autoekspresja ograniczała się do przymusu powtarzania wcześniejszych nieefektywnych form relacji z samą sobą i otoczeniem. W stymulowaniu zmiany znaczące mogły być nieszablone działania terapeuty, wychodzące naprzeciw potrzebom pacjentki. Zmierzały one do pokonywania oporu przez „rozgrzewkę” — by użyć frazeologii właściwej psychodramie. Zakładały tworzenie przestrzeni dla spontaniczności, doświadczenia siebie w stanie swobodnego działania (*status nascendi*), a wreszcie docenianie przejawów osobistej i życiowej kreatywności pacjentki [27]. Procedury oparte na prowokowaniu do zaangażowania w działanie pozwoliły pani M. skutecznie ominąć blokady wynikające z jej skłonności do przesadnego werbalizowania, racjonalizowania i ukrywania przeżyć.

Analiza zmiany zaistniałej u pacjentki w terminach podejścia transteoretycznego, proponowanego przez Jamesa Prochaskę i Johna Norcrossa [28], pozwala wskazać m.in. na znaczenie procesów wzrostu i przebudowy świadomości siebie i otoczenia (*consciousness raising, self — and environmental reevaluation*), katharsis (*catharsis*), procesy związane ze wzrostem swobody wyboru (*choosing, self-liberation, social liberation*) oraz relacją terapeutyczną (*therapeutic relationship*).

Osobnym, wartym refleksji tematem są przyczyny nikłej skuteczności wcześniejszych interwencji terapeutycznych, zarówno te leżące po stronie pacjentki, jak i terapeutów. Z oczywistych względów trudno je *ex post* jednoznacznie zidentyfikować. Można jedynie przypuszczać, że walka z terapeutą zauważalna w opisanym tu procesie, mogła dominować poprzednie próby pomocy, uniemożliwiając rozwinięcie się przymierza terapeutycznego. W opinii pacjentki wcześniejsi psychoterapeuci (z jednym wyjątkiem) nie potrafili stworzyć warunków umożliwiających jej „wejście w kontakt” w sytuacji terapeutycznej. Może to mieć związek z siłą reakcji przeniesieniowych pani M. Kolejni terapeuci i terapeutki mogli być przez nią obsadzani w rolach złych, zasługujących na symboliczną karę matek, nie dość czułych, uważnych, zatroskanych o swoje dziecko, czy restrykcyjnych ojców. Z drugiej strony, być może przynajmniej niektórzy z nich, mogli popadać w swoistą zależność od

etykiety „pacjentki trudnej, nierokującej” — co rzecz jasna negatywnie oddziaływałoby na ich postrzeganie sytuacji terapeutycznej, poczucie kompetencji, a ostatecznie efekty leczenia. Jedną z form obrony przed dyskomfortem związanym z rysującą się na horyzoncie porażką terapeutyczną mogło być przybieranie maski „technicznego eksperta”, dodatkowo chroniącej przed trudem mierzenia się ze sztywnymi, bierno-agresywnymi i anankastycznymi wzorcami komunikacyjnymi pacjentki.

Przedstawiony materiał kliniczny dostarcza argumentów na rzecz praktycznej użyteczności antropologii terapeutycznej, uznającej pacjenta za podmiot zmiany, a nie jedynie obiekt oddziaływania. Taka antropologia jest postulowana w psychologii i psychoterapii egzystencjalnej, a rolę tegoż paradygmatu w procesie budowania skutecznej relacji psychoterapeutycznej wielu badaczy i terapeutów reprezentujących to podejście uznaje za oczywistą [29].

Terapeuta, który zauważa i docenia podmiotowość pacjentów, interpretowaną np. w kontekście ich sprawczości, prawa do wyboru czy intuicji dotyczącej kierunku i warunków wprowadzania konstruktywnych zmian, zyskuje dodatkowe narzędzia mogące znacząco zwiększyć efekty leczenia, a także przeciwdziałać porażkom terapeutycznym. Może to mieć szczególne znaczenie w pracy z pacjentami z uporczywymi trudnościami w korzystaniu z psychoterapii. Zagadnienie to z pewnością winno stać się przedmiotem dalszych studiów.

Piśmiennictwo

1. Cooper M. Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna. Warszawa: IPZ PTP; 2010.
2. Czabała J. Czynniki leczące w psychoterapii. Wydanie nowe. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
3. Kazdin AE. Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base and improve patient care. *Am. Psychol.* 2008; 63: 146–159.
4. Lambert MJ. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. W: Lambert MJ, red. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2013, s. 169–218.
5. Rakowska J. Skuteczność psychoterapii. Warszawa: Scholar; 2005.
6. Lambert MJ. integration of methods for preventing treatment failure into routine practice: why & how clinicians need to change aspects of routine care. Keynote presented at the Third International Conference on Integration in Psychotherapy; 2017 June 4, Warszawa; Poland.
7. Norcross JC, red. Psychotherapy relationships that work (2nd ed.). New York: Oxford University Press; 2011.
8. Norcross JC. What works for whom? Evidence-based responsiveness. Keynote presented at the Third International Conference on Integration in Psychotherapy; 2017 June 2, Warszawa, Poland.
9. Shimokawa K, Lambert MJ, Smart D. enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic & mega-analytic review of a Psychotherapy Quality Assurance Program. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2010; 78: 298–311.

10. Stricker G, Gold J. red. Studia przypadków psychoterapii. Integracyjne przykłady pracy wybitnych psychoterapeutów. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2010.
11. Ciepliński K. Wskazania, zasady i możliwości korzystania z pomocy psychoterapeutycznej. *Roczniki Nauk o Rodzinie* 2010; 2(57): 95–108.
12. Bohart AC, Wade AM. The Client in psychotherapy. W: Lambert MJ, red. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2013, s.219–257.
13. Ciepliński K. Egzystencjalne aspekty integralnej psychoterapeutycznej praxe. [Egzystencjalne aspekty integralnej praktyki psychoterapeutycznej], W: Nanistova E, Fotta P, red. *Existencjalne významné hodnoty v osobnom, spoločenskom a kultúrnom kontexte*. Trnava: Trnavska universita; 2010, s. 238–248.
14. Frankl VE. *Homo patiens*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX; 1998.
15. Frankl VE. *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca; 2009.
16. Popielski K. Wprowadzenie. „Wymiar ludzki” — znaczące odkrycie we współczesnej psychologii. W: Popielski K, red. *Człowiek — pytanie otwarte*. Lublin: RW KUL; 1987, s. 7–24.
17. Popielski K. Człowiek: egzystencja podmiotowo-osobowa. W: Popielski K, red. *Człowiek — Wartości — Sens*. Lublin: RW KUL; 1996, s. 25–47.
18. Lukas E. Empiryczna walidacja logoterapii. W: Popielski K, red. *Człowiek — pytanie otwarte*. Lublin: RW KUL; 1987, s. 207–236.
19. Frankl, VE. *Wola sensu*. Warszawa: Wyd. Czarna Owca; 2010.
20. Norcross JC. Psychotherapy relationships that work. Keynote presented at the International Conference on Integration in Psychotherapy; 2010 September 18, Warszawa, Polska.
21. Bohart AC. Klient jako aktywny podmiot zmiany. W: Stricker G, Gold J, red. *Studia przypadków psychoterapii. Integracyjne przykłady pracy wybitnych psychoterapeutów*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2010, s. 241–251.
22. Gabbard GO. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wyd. UJ; 2009.
23. Ciepliński K. Impasse — how to provoke change? Two cases demonstrating the use of psychodrama in the process of integrative psychotherapy. Networking and dissemination of psychodrama research in Europe — Research presented at the SPR Conference, FEPTO News. 2015; 15.3: 37. <http://www.fepto.com/wp-content/uploads/FN-15.3.pdf>.
24. Winnicott D. *Zabawa a rzeczywistość*. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2011.
25. Popielski K. Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL; 1994.
26. Kellerman PF. *Focus on psychodrama. The therapeutic aspects of psychodrama*. London: Jessica Kingsley Publishers; 1992.
27. Stadler C. *Psychodrama*. Basel München: Ernst Reinhard Verlag; 2014.
28. Prochaska JO, Norcross JC. *Systems of psychotherapy: A trans-theoretical analysis*. Stanford: Cengage Learning; 2013.
29. Szczukiewicz P, Olszewski J. Podejście egzystencjalne w psychologii i psychoterapii — możliwości i ograniczenia. *Horyzonty Psychologii*. 2014; Tom IV: 103–118.

Adres: cieplin@kul.pl