

TERAPIA KOHERENCJI JAKO SYNTEZA WNIOSKÓW Z KONSTRUKTYWISTYCZNEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ I ODKRYĆ NEURONAUKI

COHERENCE THERAPY AS A SYNTHESIS OF CONCLUSIONS FROM CONSTRUCTIVIST CLINICAL PRACTICE AND NEUROSCIENCE DISCOVERIES

Uniwersytet Barceloński, Wydział Psychologii
Katedra Osobowości, Diagnostyki i Psychoterapii
Kierownik katedry: dr Carmina Saldaña

**coherence therapy
constructivism
memory reconsolidation**

W artykule przedstawiono terapię koherencji, znaną wcześniej jako terapia krótkoterminowa zorientowana na głębię. Konstrukttywizm — epistemologia leżąca u jej podstaw, został krótko opisany wraz z jego wpływem na psychoterapię. Przedstawiono również zbieżność terapii koherencji z przełomowym odkryciem rekonsolidacji pamięci, dokonany w dziedzinie neuronauki. Następnie przeanalizowano implikacje tej zbieżności dla praktyki terapeutycznej i opisano proces terapii koherencji. Zaproponowano także nowy kierunek w integracji psychoterapii.

Summary: The article presents features of a recent constructivist approach – coherence therapy, formerly known as depth-oriented brief therapy. Constructivism – the epistemology that informs it, is described briefly with its influence on psychotherapy. Coherence therapy's convergence with a crucial neuroscientific discovery of memory reconsolidation is thoroughly discussed and the implications of this convergence for psychotherapy are suggested. Coherence therapy's process is described and a new possible way for integration in the field of psychotherapy is suggested as well.

Wprowadzenie

Jednym z głównych źródeł satysfakcji psychoterapeuty są przełomowe, niezwykle efektywne sesje, w których klienci doświadczają głębokiej, kluczowej dla całego procesu leczenia, zmiany przynoszącej znaczną poprawę ich stanu i ustąpienie symptomu. Chcielibyśmy, by tych wyjątkowych spotkań było jak najwięcej, ale niekoniecznie nam się to udaje. Bruce Ecker i Laurel Hulley [1], konstruktywiści zainspirowani Batesonem i Kellym, ale także Jungiem i pracą doświadczeniową, przeanalizowali setki sesji, w których takie zmiany nastąpiły. Ich wysiłek zaowocował przedstawieniem zwartego metodologicznie systemu terapeutycznego, który udowadnia, że terapia zorientowana na głębię może być jednocześnie krótkoterminowa, a rekonstrukcja nieświadomego materiału możliwa jest już od pierwszej godziny pracy z klientem. Podejście to, znane dzisiaj jako terapia koherencji, znalazło z czasem oparcie w dynamicznie rozwijającej się neuronauce, w pierwszych latach XXI wieku dowiedziono bowiem, że trwała rekonsolidacja niejawniej pamięci

emocjonalnej jest możliwa. Proces terapii koherencji jest odbiciem kroków wymaganych przez mózg do osiągnięcia tej zmiany. Podejście to należy jednocześnie do rodziny terapii konstruktywistycznych, w których pracę z nieświadomością zawsze traktowano raczej po macoszemu. Eckerowi i Hulley [1] udało się jednak zbudować metodę wierną dziedzictwu George'a Kelly'ego [2] — unikającą etykietowania czy patologizowania zachowań i skupioną na tym, jak człowiek subiektywnie konstruuje rzeczywistość, ale jednocześnie niestroniącą od pracy nad konstrukcjami nieświadomymi.

Terapia koherencji to krótkoterminowa, doświadczeniowa terapia indywidualna par i rodzin. Jej centralne założenie to zasada spójności symptomu z nieświadomymi, adaptacyjnymi w przeszłości i wciąż aktywnymi konstrukcjami, które bezpośrednio lub pośrednio powodują występowanie symptomu. Terapeuta, zamiast przeciwdziałać symptomowi, prowadzi klienta do doświadczeniowego odkrycia wspomnianych schematów i zintegrowania ich na poziomie świadomym. Następnie konstrukcje te zmieniane są tak, by symptom stracił znaczenie. Kroki prowadzące do skutecznej zmiany terapeutycznej są, według autorów podejścia, odbiciem procesu rekonsolidacji pamięci, który pozwala na trwałą zmianę engramów pamięci nieświadomej na poziomie tkanki mózgowej.

Konstruktywizm a psychoterapia

Przed przejściem do opisu terapii koherencji stosowne wydaje się krótkie nakreślenie wpływu, jaki wywarła myśl konstruktywistyczna na psychoterapię i naukę w ogóle, tym bardziej że polskie piśmiennictwo dotyczące tego tematu jest stosunkowo skromne, a pojęcie konstruktywizmu bywa mylone z konstrukcjonizmem społecznym (jego bliskim „kuzynem”) czy postmodernizmem [3].

Psychoterapie konstruktywistyczne skupiają się na znaczeniu, jakie człowiek nadaje rzeczywistości oraz na tym, jak jej subiektywny obraz kształtuje jego życie. Myśl nazwana w latach 70. konstruktywistyczną, w psychologii zaistniała w podobnej formie już w roku 1955 za sprawą George'a Kelly'ego i jego opus magnum — *Psychologii konstruktów osobistych* [2]. Nacisk na aktywne organizowanie rzeczywistości przez umysł kładli wcześniej także Vico, Kant, Vaihinger, Piaget czy Korzybski [za: 4]. Niemniej jednak konstruktywizm, jako konkretnie zdefiniowane, nowe podejście epistemologiczne, powstał na bazie dowodów empirycznych zebranych w ramach kilku dziedzin nauki, zwłaszcza neurofizjologii, biologii i cybernetyki, w latach 70. To właśnie reprezentanci nauk ścisłych — Heinz von Foerster, Humberto Maturana, Francisco Varela, a także filozof Ernst von Glasersfeld oraz psycholog Paul Watzlawick, sformułowali tezy konstruktywizmu oparte na badaniach wskazujących na to, że poznanie jest procesem aktywnym i generatywnym, zależnym od struktury i reguł funkcjonowania mózgu, nie zaś zewnętrznego świata [za: 5]. Von Glasersfeld tezy te ujął następująco: „1. Wiedza nie jest pasywnie odbierana przez zmysły czy na drodze komunikacji, a aktywnie konstruowana przez poznający podmiot. 2. Funkcja poznania jest adaptacyjna i służy organizacji doświadczanego świata, a nie odkrywaniu obiektywnej ontologicznie rzeczywistości” [6, s. 162]. Następstwem tych twierdzeń jest odejście od racjonalistycznego dążenia do odkrycia niezależnej prawdy o rzeczywistości. Istnienia tej ostatniej na poziomie ontologicznym konstruktywiści mimo wszystko nie negują. Jeśli jednak nie jesteśmy w stanie obiektywnie jej poznać, weryfikacja

skonstruowanej w czasie doświadczania świata wiedzy ma miejsce rekursywnie, w trakcie dalszego jego doświadczania — stąd właśnie przystosowawcza funkcja poznania [5]. Zarówno Kelly, jak i wymienieni badacze, zauważyli, że człowiek formułuje swego rodzaju hipotezy dotyczące rzeczywistości, po czym sprawdza je w praktyce i koryguje zgodnie z kryterium adaptacji — hipotezy potwierdzone wzmacniają daną konstrukcję rzeczywistości, natomiast te zaprzeczone wymagają jej zmiany [2]. Von Foerster podkreśla, że odnośnikiem w stwierdzaniu różnicy nie jest świat zewnętrzny, a nasze własne, dotyczące go konstrukcje [za: 5].

Psychoterapie inspirowane konstruktywizmem porzuciły wiarę w jedną, właściwą rzeczywistość i sceptycznie spojrzwały na obiektywistyczne definicje zdrowia i zaburzenia psychicznego. Terapeuta przestał być dyrektywnym ekspertem wskazującym obiektywne struktury, które w klientach należy zmieniać [7]. Kelly stwierdził, że nikt nie musi być więźniem własnej biografii, a cokolwiek, co w umyśle skonstruowaliśmy, może zostać zrekonstruowane [8]. O ile tradycyjne terapie obiektywistyczne kładą nacisk na działanie korekcyjne lub regulację emocjonalną, o tyle konstruktywiści nie walczą z symptomem, a pomagają klientowi rozwinąć system konstruktów osobistych (czy osobistych narracji) tak, by symptom stracił rację bytu. Psychoedukacja i eliminacja dysfunkcji są zatem zastąpione eksploracją i rekonstrukcją znaczeń. Negatywne emocje nie świadczą tu o zaburzonych wzorcach myślenia, a informują o konflikcie w ramach istniejących konstrukcji. Opór widziany jest zaś jako sygnał tego, że proponowana zmiana zagraża pewnym centralnym, istotnym dla tożsamości klienta, konstruktom [9].

Współczesne terapie konstruktywistyczne dzielają opisaną powyżej wizję niepoznawalnej obiektywnej rzeczywistości, a także człowieka jako istoty aktywnie i adaptacyjnie organizującej subiektywną konstrukcję świata [4]. Jako że wspólna tym podejściom jest epistemologia, niekoniecznie zaś teoria czy konkretne strategie, w rodzinie terapii konstruktywistycznych znajdują się zarówno terapie poznawcze (m.in. aktualne adaptacje psychoterapii konstruktów osobistych czy terapia postracjonalistyczna Guidano [za: 9]), jak i doświadczeniowe (terapia skoncentrowana na emocjach Greenberga czy terapia koherencji). Konstruktywizm wywarł też znaczny wpływ na rozwój terapii strategicznej (dzięki myśli Batesona i Watzlawicka) czy, wraz z konstrukcjonizmem społecznym, systemowej [7]. Konstruktywistyczne są również modele dotyczące specyficznych problemów, jak terapia żałoby Neimeyera i wsp. [10], terapia zaburzeń osobowości Semerariego i Dimaggia [11] bądź podejście otwartego dialogu Seikkuli i wsp. [12] stosowane w leczeniu psychozy.

W powyższym opisie konstruktywizmu dostrzec można podobieństwa do konstrukcjonizmu społecznego. Analogie te sprawiają, że owe pojęcia bywają mylone lub stosowane zamiennie. Konstrukcjonizm społeczny jest paradygmatem podobnym, nierzadko postrzeganym jako wynik rozwoju myśli konstruktywistycznej, który doprowadził do przesunięcia nacisku z indywidualnego konstruowania rzeczywistości na konstruowanie jej w przestrzeni pomiędzy jednostkami — w szerszym kontekście kulturowym i społecznym, za pomocą języka [7]. Nurt ten w psychoterapii przyczynił się do zwrócenia uwagi na społeczne i językowe uwarunkowania poznania, co zaowocowało m.in. istotnymi zmianami w terapiach systemowych i wyłonieniem się praktyki narracyjnej White'a i Epstona [za: 3]. W polskim piśmiennictwie kwestię podobieństw i różnic między konstruktywizmem,

konstrukcjonizmem społecznym a postmodernizmem zgłębiają m.in. de Barbaro i Chrzastowski [3] oraz Górniak [7].

Geneza terapii koherencji

Bruce Ecker i Laurel Hulley, para psychoterapeutów z Kalifornii, pierwsze szlify zawodowe zbierali w ramach podejścia systemowego. Z czasem zauważyli, że najbardziej efektywnymi sesjami były te, podczas których, wbrew wytycznym terapii systemowej, pracowali nad nieświadomymi konstrukcjami rzeczywistości klientów. Robili to jednak z pozycji konstruktywistycznych, nie psychodynamicznych. Spostrzegli, że klienci nierzadko szybko osiągnęli pożądaną zmianę wtedy, gdy dzięki bezpośredniemu doświadczeniu (nie wyłącznie poznawczo lub na podstawie interpretacji terapeuty) odkrywali nieświadomione do tej pory znaczenie problemu, integrowali tę wiedzę na poziomie świadomym, a następnie rekonstruowali ją tak, że symptom tracił rację bytu lub przestawał być problemem [1]. Ecker i Hulley podjęli się więc stworzenia systemu terapeutycznego mającego, według nich, umożliwić regularne przeprowadzanie wysoce efektywnych sesji. Pierwsza faza rozwoju podejścia, które nazwali *depth-oriented brief therapy* (co można przetłumaczyć jako terapię krótkoterminową zorientowaną na głębię), przypada na lata 1986–1993. Zwieńczeniem tego okresu jest książka *Depth-oriented brief therapy*, wydana w roku 1996 [1]. Dziewięć lat później autorzy zmienili nazwę podejścia na terapię koherencji, chcąc podkreślić istotę jego centralnego założenia — spójności symptomu z nieświadomymi, adaptacyjnymi konstrukcjami, które go podtrzymują. Okres ten przyniósł też ważny impuls dla dalszego rozwoju myśli Eckera i Hulley, Ecker bowiem zadał sobie pytanie o możliwe neurologiczne uzasadnienie wysokiej skuteczności terapii koherencji. Okazało się, że uzasadnienie to istniało. Od niedawna.

Spójność psychoterapii i neuronauki

Rozwój neuronauki w ostatnich dwóch dekadach pozwolił na wzmocnienie naukowego fundamentu psychoterapii, krytykowanej nierzadko za jego brak bądź niedostateczność. Przełomowymi okazały się, wznowione w 1997 roku, badania nad rekonsolidacją pamięci. Ich ukoronowaniem było potwierdzenie tego, że jest ona możliwa i wskazanie, w roku 2004, procesu wymaganego do jej przeprowadzenia. To właśnie to odkrycie stało się drugim, obok efektywnej praktyki klinicznej, filarem terapii koherencji. Ecker i wsp. dowodzą bowiem, że analiza zapisu sesji w tej terapii pozwala zidentyfikować te same wskaźniki głębokich zmian, które obserwuje się w procesie rekonsolidacji [13].

Pamięć nieświadoma (zwana też niejawną) to rodzaj pamięci długotrwałej, której części składowe, takie jak zakorzenione w przeszłości reakcje emocjonalne, wyuczone nawyki czy umiejętności, aktywowane są w teraźniejszości automatycznie, bez udziału świadomości. Ślady pamięciowe (engramy) tego typu tworzone są nierzadko w sytuacjach o silnym nasyceniu emocjonalnym, takich jak trauma czy specyficzne, istotne wydarzenia w życiu jednostki. Naukowcy interesowali się możliwościami zmiany lub wymazania wybranych engramów pamięci nieświadomej już przed ostatnią dekadą XX wieku. Ich wysiłki, mimo pojedynczych, acz niepotwierdzonych doniesień o możliwości rekonsolidacji, spełzły na niczym, dlatego z pełnym przekonaniem twierdzono, że engramy te są skonsolidowane

(utrwalone) na stałe, a co za tym idzie niezmiennie [14]. Był to bardzo pesymistyczny wniosek, gdyż wiedza przechowywana w pamięci niejawnej dotyczy m.in. ogólnych zasad funkcjonowania świata i tego, jak należy się zachowywać, by uniknąć cierpienia czy uzyskać przyjemność.

Co na to psychoterapia? Cóż, jeśli nie można wpłynąć na pamięć nieświadomą, najlepszą możliwą praktyką terapeutyczną jest zbudowanie nowych śladów pamięciowych, które mogłyby skutecznie konkurować z engramami odpowiadającymi za obecność symptomu. Na tym pomysłe opiera się wiele szkół terapeutycznych promujących przeciwdziałanie symptomowi, np. poprzez relaksację, psychoedukację, pozytywne myślenie, regulację emocjonalną, alternatywne reakcje itd. Jakkolwiek pozytywne mogą być takie zabiegi, wymagają one często ciągłego zaangażowania osoby w „uciszanie” objawu (z pewnością nieraz słyszeliśmy, jak ktoś „nauczył się radzić sobie z lękiem”). Albert Ellis [15], twórca terapii racjonalno-emotywniej, przywiązywał co prawda dużą wagę do pamięci nieświadomej, ale, z punktu widzenia współczesnej neuronauki, polegał zbyt na poznawczym sposobie pracy z emocjami. Źródło problemu pozostaje nietknięte — niechciany, skonsolidowany w przeszłości ślad pamięciowy nie zostaje zmieniony przez konkurujące z nim nowe engramy, gdyż są one budowane w młodszych ewolucyjnie częściach mózgu — w korze nowej, podczas gdy pamięć emocjonalna kodowana jest w korze starej, m.in. w układzie limbicznym [13].

Badania nad rekonsolidacją pamięci wznowiono w roku 1997. Trzy lata później Naderowi i współpracownikom [16] udało się potwierdzić hipotezę mówiącą o tym, że skonsolidowane engramy nieświadomej pamięci wydarzeń lękowych mogą zostać zdestabilizowane, tj. przywrócone do stanu nieskonsolidowanego, w którym są labilne, a co za tym idzie podatne na modyfikację, wzmocnienie lub usunięcie. To rewolucyjne odkrycie zaowocowało zintensyfikowaniem badań nad różnymi gatunkami, w tym nad ludźmi, i doprecyzowaniem tez z roku 2000. Występowanie rekonsolidacji u ludzi sugerują zarówno eksperymenty z użyciem środków farmakologicznych (konkretnie propranololu) wspomagających ten proces, jak i badania wykorzystujące interwencje behawioralne [17]. Obecnie zakłada się, że skuteczna rekonsolidacja pamięci możliwa jest tylko wtedy, gdy po reaktywacji danego wspomnienia zestawia się je z wiedzą, która bezpośrednio mu zaprzecza, a mówiąc dokładniej: zaprzecza lub znacznie odbiega od oczekiwania wynikającego z pierwotnego wspomnienia — dopiero wtedy wspomnienie staje się labilne i podatne na zmianę (do roku 2004 wydawało się, że wystarcza do tego sama ich reaktywacja) [18, 19]. Określono nawet czas, w którym pamięć niejawną można zmodyfikować — tzw. okno rekonsolidacji otwarte jest przez mniej więcej pięć godzin od reaktywacji wspomnienia i zestawienia go ze wspomnianą wiedzą, po czym engram konsoliduje się ponownie, uniemożliwiając wprowadzenie zmian [20]. Weryfikacja skuteczności procesu polega na reaktywacji pierwotnego wspomnienia i sprawdzeniu, czy w dalszym ciągu wywołuje ono silną, negatywną reakcję emocjonalną — jeśli tak nie jest, przyjmuje się, że rekonsolidacja przebiegła pomyślnie. Warto nadmienić, że modyfikacja wybranego śladu pamięciowego na poziomie emocjonalnym nie powoduje zapomnienia o samym zdarzeniu, gdyż proces ten nie dotyczy pamięci autobiograficznej, a jedynie schematów emocjonalnych, które powstały przy okazji wystąpienia danej sytuacji [13].

Rekonsolidacja pamięci uważana jest za jedyny znany obecnie mechanizm neuroplastyczności mózgu pozwalający na trwałe usunięcie lub modyfikację wybranego śladu emocjonalnej pamięci nieświadomej. Ecker, począwszy od roku 2005, poświęcił się wyjaśnieniu fenomenu skuteczności terapii koherencji opierając się na procesie rekonsolidacji oraz integracji neuronauki i psychoterapii w celu stworzenia szkieletu pozwalającego na prowadzenie skutecznej interwencji niezależnie od konkretnych modeli teoretycznych. W trzech artykułach opublikowanych w latach 2007–2009 w „Journal of Constructivist Psychology” [21, 22, 23] oraz w książce *Unlocking the emotional brain* [13], Ecker i współpracownicy opisują implikacje neuronauki dla psychoterapii i dowodzą, że konstruktywizm to paradygmat odpowiedni dla ich wprowadzenia, a terapia koherencji jest właściwym, choć nie jedynym, ku temu narzędziem [13, 24]. Przyjrzyjmy się zatem bliżej tej ostatniej.

Założenia i metodyka terapii koherencji

U podstawy terapii Eckera i Hulley leży wspomniana wcześniej zasada koherencji symptomu. Nie jest to założenie nowe ani oryginalne, było jednak podkreślane już przez Junga, Watzlawicka czy Satir i słusznie może przywołać na myśl skojarzenia z koncepcją funkcji symptomu [21]. Wkład twórców terapii koherencji polega na postrzeganiu tej koncepcji w konstruktywistyczny, niepatologizujący sposób i zbudowaniu wokół niej przejrzystego systemu terapeutycznego, który pozwala na znaczne zwiększenie efektywności psychoterapii [4, 13]. Ecker i wsp. zwracają uwagę na to, że spójne narracje są człowiekowi potrzebne nie tylko na poziomie świadomym, co podkreśla wiele szkół terapeutycznych, ale także w domenie konstrukcji nieświadomych [1, 13]. Jakkolwiek negatywny byłby symptom dla danej osoby i jej otoczenia, to jest on zgodny z przynajmniej jednym, adaptacyjnym schematem rzeczywistości, zakodowanym w pamięci niejawniej w konkretnym momencie życia. Skoro oczekiwania wynikające z tego schematu pozwoliły jednostce lepiej przystosować się do otoczenia w przeszłości, to będzie on aktywny w terażniejszości dopóty, dopóki nie zostanie odkryty, zintegrowany na poziomie świadomym i zrekonstruowany. Innymi słowy, w momencie gdy nie będzie istniała już żadna konstrukcja rzeczywistości, która wymaga występowania symptomu, jednostka zaprzestanie jego „produkcji” [22].

Twórcy terapii koherencji twierdzą, że dotarcie do konstrukcji nieświadomych nie musi zająć wielu sesji, gdyż są one dobrze zdefiniowane i nieprzerwanie aktywne, a co za tym idzie dostępne i podatne na transformację od początku procesu terapeutycznego. Warunkiem koniecznym do osiągnięcia tych efektów jest praca doświadczeniowa, nastawiona na odkrycie schematu wymagającego obecności symptomu, nie zaś na przeciwdziałanie mu (szłoby to oczywiście w parze z początkowym założeniem klienta — naturalną chęcią pozbycia się problemu). Ecker i Hulley określają to ostatnie nastawienie jako anti-symptom position — pozycja buntu przeciwko symptomowi. Jak już wspomniano, pozostanie na tym stanowisku nie daje kontroli nad problemem i nie może doprowadzić do trwałej transformacji nieświadomego materiału, co skutkuje frustracją klientów, a czasem także terapeutów. Terapia koherencji dowodzi, że klient odzyskuje poczucie sprawczości zajmując pro-symptom position — pozycję wymagającą symptomu. Terapeuta unika więc interwencji neutralizujących objaw. Zamiast tego prowadzi klienta do doświadczeniowego odkrycia nieświadomych konstrukcji, które symptom podtrzymują [1]. Prowadzenie to

oznacza przyjęcie sugerowanego przez Kelly'ego „naiwnego podejścia” (credulous approach), oznaczającego otwartość i akceptację subiektywnej konstrukcji rzeczywistości klienta, a co za tym idzie nienarzucanie własnych jej interpretacji [2]. Praca kładąca nacisk na doświadczenie rzeczywistości wyklucza też analizę problemu wyłącznie na poziomie poznawczym — zamiast rozmawiać o nim, terapeuta proponuje przeżywanie związanej z nim emocjonalnej rzeczywistości. Wgląd poznawczy nie prowadzi zatem do zrozumienia nieświadomego materiału — to doświadczenie tego ostatniego może doprowadzić do wglądu. Terapeuta prowadzi więc klienta przez proces terapeutyczny, a jednocześnie podąża uważnie za tym, co ten odkrywa, nie dodając niczego „od siebie”.

Ecker i Hulley [24] proponują zestaw technik (zarówno oryginalnych, jak i dostosowanych do wymogów tej terapii) pomagających w osiągnięciu wymienionych celów. Podkreślają jednocześnie konieczność indywidualnego podejścia do każdego klienta i dowolność terapeuty w doborze metod, pod warunkiem, że będą one doświadczeniowe i spełnią pozostałe założenia terapii koherencji. Ecker posługuje się w tej kwestii metaforą mapy — autorzy definiują bardzo dokładnie zarówno cel, jak i etapy pośrednie, które terapeuta musi „zaliczyć”, aby terapia była efektywna, ale sposób dotarcia do nich jest (niemal) dowolny [24].

Przyjrzyjmy się jeszcze wspomnianej pozycji wymagającej symptomu, zwanej także prawdą emocjonalną symptomu. Składa się ona z dwóch elementów. Pierwszy to emocjonalne, somatyczne lub percepcyjne wspomnienie pierwotnego doświadczenia — może to być np. poczucie izolacji lub odrzucenia powtarzające się za każdym razem, gdy dana osoba była surowo oceniana przez ojca za każdy popełniony w dzieciństwie błąd. Drugi element to model problemu i rozwiązania. Problemem w tym przypadku jest niebezpieczeństwo bycia skrytykowanym i odrzuconym z powodu popełnienia najmniejszego błędu. Rozwiązaniem może być wiele zachowań, z którymi mnóstwo szkół terapeutycznych staraloby się walczyć — perfekcjonizm, brak asertywności, nieumiejętność podejmowania decyzji, prokrastynacja, paraliżujący lęk itd. Twórcy terapii koherencji podkreślają jednak, że rozwiązania te są adaptacyjne i służą uniknięciu cierpienia większego niż to wynikające z symptomu [1]. Warto w tym miejscu nadmienić, że czasami symptom nie spełnia funkcji rozwiązania i jest wyłącznie produktem ubocznym wynikającym z danego przystosowawczego schematu. Przykładem takiego objawu jest np. lęk wynikający z izolacji, która sama w sobie może być adaptacyjna [22].

Reasumując, terapia koherencji, podobnie jak terapie psychodynamiczne, podkreśla znaczenie nieświadomych konstrukcji. Nie są one jednak postrzegane przez pryzmat patologizujących konstruktów teoretycznych, a narzędziem ich odkrywania nie jest interpretacja, zdecydowanie unikana w omawianym podejściu. Odkrycie pozycji wymagającej symptomu nie następuje również na drodze analizy poznawczej czy psychoedukacji, lokującej terapeuta w roli „eksperta”, jak w terapii poznawczo-behawioralnej. Symptomy nie są zaś traktowane jako wyniki błędów poznawczych, które powinny być skorygowane ze względu na swoją irracjonalność czy dysfunkcjonalność, a jako (nieświadome, ale adaptacyjne) wybory człowieka. Stroni się tu od działań korekcyjnych (typowe dla tradycyjnych terapii poznawczych przeciwdziałanie symptomowi jest sprzeczne z zasadą koherencji i, według Eckera, nie eliminuje źródła symptomu [13]), a dyrektywność dotyczy wyłącznie prowadzenia klienta przez proces doświadczenia, integrowania i zmiany nieświadomio-

nych wcześniej, subiektywnych konstrukcji rzeczywistości. Podobnie zatem jak w innych terapiach konstruktywistycznych, terapeuta poszukuje wraz z klientem sposobów rekonstrukcji idiosynkratycznej rzeczywistości, które pozwolą na rozwiązanie istniejących konfliktów nie zagrażając jednocześnie konstrukcjom istotnym dla jego tożsamości. Terapia koherencji, analogicznie do innych, współczesnych podejść doświadczeniowych (jak np. terapia skoncentrowana na emocjach), zakłada, że aby zmiana terapeutyczna była trwała, musi być zakotwiczona w doświadczeniu emocjonalnym. Stanowisko to podzielają również współcześni konstruktywiści [9], a efektywność większości używanych w podejściu Eckera i Hulley metod polegających na doświadczeniu rzeczywistości została potwierdzona empirycznie [25].

Proces terapeutyczny

Jak już wspomniano, terapia koherencji wymaga od psychoterapeuty przeprowadzenia klienta przez konkretne etapy, pozwalające na doprowadzenie do trwałej rekonsolidacji pamięci. Ecker, Ticio i Hulley [13] przekładają proces opisany na niwie neuronauki na warunki gabinetu terapeutycznego i prezentują szkielet metodyczny, który można według nich zidentyfikować nie tylko w praktyce terapii koherencji, ale i w innych podejściach doświadczeniowych, m.in. w terapii skoncentrowanej na emocjach, EMDR czy AEDP (accelerated experiential dynamic psychotherapy). Autorzy *Unlocking the emotional brain* [13] zauważają, że metodyka wymienionych podejść sprzyja rekonsolidacji pamięci, mimo że różnią się od terapii koherencji. Sprzyjanie to oznacza, że procedurę tę można przeprowadzić skutecznie również w innych podejściach, pod warunkiem że terapeuta będzie świadomie i umiejętnie do tego dążył. Twórcy terapii koherencji wskazują tym samym możliwy kierunek integracji psychoterapii opartej na procesie wymaganym przez mózg do osiągnięcia trwałej zmiany, nie zaś na założeniach teoretycznych czy technicznych [13].

Uniwersalny proces rekonsolidacji w terapii powinien, według Eckera i wsp., składać się z trzech części (odkrycie wraz z integracją nieświadomych konstrukcji, ich transformacja oraz weryfikacja zmiany), podzielonych na konkretne kroki, zdefiniowane jako A, B, C, 1, 2, 3, V [13]. Prześledźmy ten proces na podstawie uproszczonego na potrzeby tego tekstu studium przypadku czterdziestoletniego Marka, skarżącego się na wieloletnie stany depresyjne i niską samoocenę. Terapeuta okazuje empatię i zrozumienie dla chęci pozbycia się przez klienta symptomu, ale od początku sesji stara się poprowadzić go do odkrycia w sobie pozycji wymagającej symptomu. Pierwszym krokiem na tej drodze (krok A) jest zdefiniowanie symptomu — dowiedzenie się od klienta, kiedy i jak problem objawia się i co dokładnie dla niego oznacza. Możemy w tym celu poprosić go o „przeprowadzenie” nas przez niedawną sytuację, w której depresja i niska samoocena dały mu się we znaki. Użycie technik doświadczeniowych (zamiast poznawczej analizy problemu) daje nam wiedzę o konkretnych myślach i przeżyciach pacjenta — dowiadujemy się np., że czuje wtedy, że jest kompletnie do niczego, co wiąże się z wieloma negatywnymi emocjami i poczuciem odrazy do samego siebie.

Krok B polega na odkryciu istoty symptomu — zadaniem terapeuty jest doprowadzenie klienta do odnalezienia odpowiedzi na pytanie o nieświadome konstrukcje, które sprawiają, że symptom jest potrzebny. Jako jedną z opcji Ecker i Hulley [1] proponują w tej fazie

użycie techniki deprywacji symptomu polegającej na doświadczeniowym przeprowadzeniu klienta przez sytuację, w której wystąpiły objawy, i wyzwoleniu go z nich [1]. Terapeuta proponuje klientowi wyobrazenie sobie identycznej sekwencji zdarzeń ze wszystkimi szczegółami i prowadzi go przez nie w czasie terażniejszym. W momencie, w którym w oryginalnej sytuacji klient poczuł do siebie odrazę, terapeuta prosi go, by wyobraził sobie, że czuje się tak, jakby chciał się czuć zgodnie z pozycją buntu przeciwko symptomowi, np. zrelaksowany i pogodny. Klient ma autentycznie poczuć ten stan. Jako że objaw jest potrzebny, to jego usunięcie aktywuje specyficzne, negatywne uczucia wynikające z pozycji wymagającej symptomu, a unikane dzięki jego obecności. Terapeuta pomaga następnie klientowi w sformułowaniu odkrytego dylematu. Marek zaczyna odczuwać, że z niewytłumaczalnych, na razie, powodów nie powinien czuć się dobrze z samym sobą. Terapeuta proponuje w tym momencie werbalizację dotychczas odkrytego schematu we wspólnie zapisanym i wypowiedzianym przez klienta zdaniu, które mogłoby brzmieć tak: Nie znoszę czuć do siebie odrazy, ale jednocześnie czuję i wiem, że tak właśnie powinno być i w żadnym wypadku nie powinienem siebie lubić. Nie znamy jeszcze głębszego znaczenia tej konstrukcji, proces jego odkrywania trwa więc dalej. Pogłębiając to doświadczenie dochodzimy do konstruktów wyższego rzędu, które definiują reguły organizacji rzeczywistości. Dowiadujemy się, że nasz klient był mocno zaniedbywany przez nieodpowiedzialnych rodziców, którzy jednak nigdy nie przyznali się do bycia złymi opiekunami, wręcz przeciwnie — widzieli tylko swoje zasługi w wychowaniu syna. Jest to właśnie definicja problemu w ramach pozycji wymagającej symptomu. Rozwiązanie (depresja i niska samoocena) ma na celu wywalczenie sprawiedliwości, czyli przyznania się rodzicom do błędów, które popełnili. Odkrycie tego schematu wyjaśnia niemożność życia zgodnie z pozycją buntu przeciwko symptomowi (bycia szczęśliwym), gdyż oznaczałoby to, że rodzicom błędy uszły na sucho i znowu mogliby się chęłpić sukcesami wychowawczymi. Klient tkwi więc w niechcianym stanie, który jest jednak adaptacyjny z punktu widzenia odkrytej konstrukcji nieświadomej. Konstrukcja ta musi następnie zostać zintegrowana na poziomie świadomym. W tym celu stosuje się techniki pozwalające na zestawienie obydwu pozycji — buntu przeciwko symptomowi i pozycji go wymagającej — równocześnie, obok siebie, w tym samym polu świadomości.

Krok C wymaga zidentyfikowania wiedzy zaprzeczającej odkrytej konstrukcji. W przypadku Marka jest to wiedza o charakterze negatywnym. Terapeuta proponuje mu wyobrazenie sobie rodziców proszących o przebaczenie. Klient stwierdza ze smutkiem, że z racji ich osobowości nigdy nie będzie to możliwe, nie doczeka się zatem sprawiedliwości (wiedza ta zaprzecza pozycji wymagającej symptomu).

Drugim etapem terapii jest faza transformacji, w której następuje proces rekonsolidacji. Krok 1 to reaktywacja schematu docelowego, polegająca na wyobrazeniowym powrocie do sytuacji, w której klient zajmuje zwykle pozycję wymagającą istnienia symptomu. Następnie (krok 2) terapeuta w tym samym polu świadomości, całkowicie bezstronnie, prosi klienta o wyobrazenie sobie nowo odkrytej wiedzy, która zaprzecza wspomnianej pozycji. Ślad pamięciowy, w którym zakodowana jest docelowa konstrukcja, staje się dzięki temu labilny — w ten sposób otwiera się okno rekonsolidacji. Jednoczesne doświadczenie wiedzy wynikającej z odkrytych, nieświadomych konstrukcji i wiedzy bezpośrednio jej zaprzeczającej Ecker i Toomey [22] określają mianem doświadczenia zestawienia (juxtaposition

experience). Zasadza się ono na twierdzeniu, że mózg pozwala na istnienie przeciwstawnych sobie konstrukcji rzeczywistości tak długo, jak nie są one doświadczane w tym samym polu świadomości jednocześnie. W momencie, gdy zostają ze sobą zestawione w ten sposób, mózg musi dokonać wyboru, ponieważ konstrukcje te nie mogą być prawdziwe, jednocześnie przecząc sobie wzajemnie. Pierwotna konstrukcja zostaje zmieniona lub uaktualniona o nową, co doprowadza do rekonstrukcji rzeczywistości klienta i zaprzestania „produkcji symptomu” [22]. Aby do tego doszło, terapeuta powinien kilkakrotnie powtórzyć doświadczenie zestawienia, przeprowadzając klienta na zmianę przez pierwotną i nową wiedzę (krok 3) — to dzięki temu specyficznemu „dysonansowi doświadczeniowemu” dochodzi do oczekiwanej zmiany [13]. Marek (a raczej jego nieświadomy umysł) wybiera zatem nową „prawdę”, gdyż na tym etapie jest ona bardziej adaptacyjna.

Ostatnią fazą procesu jest weryfikacja (V) opisana powyżej (aktywujemy ponownie pierwotny schemat i obserwujemy reakcję klienta). W przypadku Marka nowa świadomość przynosi smutek i żal, które należy przepracować, ale nic już nie stoi na przeszkodzie ku temu, by nasz klient zaczął czuć się dobrze z samym sobą, gdyż po rekonstrukcji jego subiektywnej rzeczywistości depresja nie spełnia już żadnej funkcji.

Status i przyszłość terapii koherencji

Terapia koherencji cieszy się sporą popularnością w Ameryce Północnej, gdzie znalazła miejsce w programach szkoleniowych Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego. Zainteresowanie nią wzrasta także w Europie i Australii. Jeśli chodzi o empiryczne potwierdzenie jej skuteczności, zaprezentowano dotychczas tylko jedno randomizowane badanie kontrolne, w którym zbadano efektywność prezentowanego podejścia w krótkoterminowej terapii prokrastynacji i perfekcjonizmu. Terapię koherencji ($n = 18$) porównano w nim z ustrukturyzowaną interwencją biblioterapeutyczną ($n = 19$), uzyskując wyniki świadczące o skuteczności tej pierwszej [26]. Mimo pozytywnych wniosków z opisanego badania, jego ograniczenia (zwłaszcza niewielka próba) oraz brak innych randomizowanych badań kontrolnych nie pozwalają jeszcze orzec o efektywności terapii koherencji.

Ecker i Toomey przyznają [22, 23], że konieczne są badania (jakościowe oraz ilościowe), które potwierdzą skuteczność tego podejścia. Wskazują też ich możliwe kierunki: poza randomizowanymi próbami kontrolnymi interesujące wydaje się przeprowadzenie jakościowej analizy procesu terapii koherencji celem weryfikacji hipotezy o doświadczeniu zestawienia jako specyficznym czynnikiem leczącym [13]. Natomiast zastosowanie funkcjonalnego rezonansu magnetycznego przed rozpoczęciem leczenia, w trakcie i po zakończeniu procesu terapii koherencji i innego, wybranego podejścia bazującego na przeciwdziałaniu symptomowi, pozwoliłoby być może na zdefiniowanie różnic w ich oddziaływaniu na poziomie tkanki nerwowej i potwierdzenie hipotezy o sprzyjaniu rekonsolidacji pamięci w podejściu kalifornijskich psychologów [22].

Terapia koherencji w niewątpliwie interesujący sposób integruje to, co skuteczne w pracy klinicznej, z tym, co dowiedzione w ramach współczesnej nauki o mózgu, wypuklając jednocześnie konstruktywistyczne rozumienie psychoterapii. Kolejne badania z pewnością pomogłyby w promocji tego obiecującego podejścia. Ecker i współpracownicy podkreślają [13], że do rekonsolidacji pamięci dochodzi, mniej lub bardziej przypadkowo, w wielu

systemach terapeutycznych. Ich wkład polega na zaproponowaniu psychoterapii, która przypadkowość tę może zamienić w regułę. Wskazują na potencjalną użyteczność terapii koherencji w ramach szerokiego spektrum problemów psychicznych, przyznając zarazem, że może ona nie być właściwym wyborem w przypadku ciężkich przypadków zaburzeń osobowości, dwubiegunowych czy psychotycznych. Również osoby mające symptomy, których źródłem są nieprawidłowości na poziomie biochemicznym, genetycznym lub organicznym, nie zaś adaptacyjne, nieświadome konstrukcje, nie skorzystają na tej terapii [13, 21]. Natomiast klienci skarżący się na silne objawy (np. częste ataki paniki) mogą potrzebować pomocy w obniżeniu ich intensywności przed przystąpieniem do właściwego procesu terapii koherencji. Czasem terapeutom pracującym w tym modelu będzie też nielato przekonać klienta do zmierzenia się z nierzadko trudnym materiałem nieświadomym, zwłaszcza jeśli osoba zjawiająca się w gabinecie wolałaby skupić się na „pozytywach” i zapomnieć o problemie. Warto w tym przypadku wytłumaczyć klientowi zasadę działania terapii koherencji i zaprosić do zmierzenia się z tym, co stoi za symptomem. Wiele wskazuje na to, że sposób ten może przynieść zainteresowanemu trwałą satysfakcję.

Piśmiennictwo

1. Ecker B, Hulley L. *Depth-oriented brief therapy*. San Francisco: Jossey-Bass; 1996.
2. Kelly GA. *The psychology of personal constructs*. New York: Norton; 1955/1991.
3. de Barbaro B, Chrzastowski Sz. *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2011.
4. Neimeyer RA. *Constructivist psychotherapy*. New York: Routledge; 2009.
5. Fleischer M. Wprowadzenie — krótka historia konstruktywizmu. W: Balicki B, Lewiński D, Ryż B, Szczerbuk E, red. *Radykalny konstruktywizm*. Antologia. Wrocław: GAJT; 2010.
6. von Glasersfeld E. *Constructivism in education*. W: Husen T, Postlethwaite TN, red. *International encyclopedia of education. Supplement. Volume 1*. Oxford: Pergamon Press; 1989, s. 162–163.
7. Górniak L. *Konstruktywizm a zmiany w praktyce psychoterapeutycznej*. W: Górniak L, Józefik B, red. *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2003.
8. Kelly GA. *Man's construction of his alternatives*. W: Maher B, red. *Clinical psychology and personality: the selected papers of George Kelly*. New York: Wiley; 1969.
9. Neimeyer RA. *An appraisal of constructivist psychotherapies*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1993; 61 (2): 221–234.
10. Neimeyer RA, Burke LA, Mackay MM, van Dyke Stringer JG. *Grief therapy and the reconstruction of meaning: from principles to practice*. *J. Contemp. Psychother.* 2010; 40 (2): 73–83.
11. Semerari A, Dimaggio G. *Los trastornos de la personalidad: modelos y tratamiento*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2011.
12. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. *Open dialogue in psychosis: An introduction and case illustration*. *J. Constr. Psychol.* 2001; 14, 267–283.
13. Ecker B, Ticic R, Hulley L. *Unlocking the emotional brain*. New York: Routledge; 2012.
14. LeDoux JE, Romanski L, Xagoraris A. *Indelibility of subcortical emotional memories*. *J. Cognitive Neurosci.* 1989; 1: 238–243.
15. Ellis A. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Carol Publishing; 1994.

16. Nader K, Schafe GE, LeDoux JE. Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature* 2000; 406: 722–726.
17. Nader K. The discovery of memory reconsolidation. W: Alberini CM, red. *Memory reconsolidation*. New York: Elsevier; 2013.
18. Schiller D, Monfils MH, Raio CM, Johnson DF, LeDoux JE, Phelps EA. Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanisms. *Nature* 2010; 463: 49–53.
19. Oyarzún JP, Lopez-Barroso D, Luentemilla L, Cucurell D, Pedraza C, Rodriguez-Fornells A, de Diego-Balaguer R. Updating fearful memories with extinction training during reconsolidation: a human study using auditory aversive stimuli. *PLoS ONE* 2012; 7: 38849.
20. Phelps EA, Schiller D. Reconsolidation in humans. W: Alberini CM, red. *Memory reconsolidation*. New York: Elsevier; 2013.
21. Toomey B, Ecker B. Of neurons and knowings: Constructivism, coherence psychology, and their neurodynamic substrates. *J. Constr. Psychol.* 2007; 20, 3: 201–245.
22. Ecker B, Toomey B. Depotential of symptom-producing implicit memory in Coherence Therapy. *J. Constr. Psychol.* 2008; 21, 2:87–150.
23. Toomey B, Ecker B. Competing visions of the implications of neuroscience for psychotherapy. *J. Constr. Psychol.* 2009; 22, 4:95–140.
24. Ecker B, Hulley L. *Coherence therapy manual and training guide*. Oakland: Coherence Psychology Institute; 2011.
25. Elliott RK, Greenberg LS, Lietaer G. Research on experiential psychotherapies. W: Lambert MJ, Dupper DR, red. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley&Son; 2004, s.493–539.
26. Rice KG, Neimeyer GJ, Taylor JM. Efficacy of coherence therapy in treating procrastination and perfectionism. Paper R-3 presented at the American Psychological Association Annual Convention. Toronto; 2009.

Adres: mj.jasinski@gmail.com