

Szymon Chrzęstowski

SPOSÓB UJMOWANIA RELACJI TERAPEUTYCZNEJ W PSYCHOTERAPII POZNAWCZEJ

THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN THE PERSPECTIVE OF COGNITIVE-BEHAVORIAL THERAPY

Katedra Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego
Kierownik katedry: prof. dr hab. Marina Zalewska

**therapeutic relation
cognitive-behavioral therapy**

W artykule przedstawione są sposoby wyjaśniania i analizowania zjawisk dotyczących relacji terapeutycznej w ramach psychoterapii poznawczej. W tej perspektywie Autor opisuje specyficzne zjawiska w psychoterapii, tj. przeniesienie i opór oraz zajmuje się problemem przekonań terapeuty na temat pacjenta i swojej z nim relacji, traktowanych jako element przeciwprzeniesienia.

Summary: This article describes how the therapeutic relationship can be described in the perspective of cognitive-behavioral therapy (CBT). There is the hypothesis that the assessing of therapeutic relationship can broaden of CBT therapy's effectiveness. Transference, countertransference, noncollaboration and dysfunctional beliefs holding by psychotherapists are discussed in the context of cognitive-behavioral therapy. Furthermore the article presents findings from a social cognitive psychology which support some clinical concepts of understanding and modifying the relational schemas.

Wśród psychoterapeutów panuje często przekonanie, że relacja terapeutyczna nie odgrywa kluczowej roli w psychoterapii poznawczej. Jednym z zarzutów stawianych temu podejściu jest brak wypracowanych metod analizy związku pacjenta z jego terapeutą, co powoduje utratę ważnego źródła informacji o samym pacjencie oraz ogranicza możliwości pracy nad jego problemami.

Bez wątpienia, analiza relacji terapeutycznej nie stanowi podstawowego aspektu terapii poznawczej [1], jednak terapeuta pracujący w ramach tej szkoły może w mniejszym lub większym stopniu poświęcać uwagę temu zagadnieniu. Zależy to nie tylko od indywidualnych preferencji samego psychoterapeuty, ale też od rodzaju problemów, jaki wnosi jego pacjent. W przypadku osoby z fobią prostą, wystarczające (z punktu widzenia efektywności oddziaływań) może okazać się przestrzeganie uniwersalnych zasad dotyczących kontaktu w sytuacji pomagania, ale już w przypadku pacjenta z zaburzeniami osobowości terapeuta będzie musiał być znacznie bardziej wyczulony na kształtowanie się relacji terapeutycznej. Według Becka i wsp. [2] oraz Padesky [3], różnego typu dysfunkcjonalne przekonania są jednym z podstawowych czynników prowadzących do problemów emocjonalnych.

Tym samym efektywne leczenie tych problemów musi obejmować również pracę nad dysfunkcjonalnymi przekonaniem dotyczącymi kształtowania się relacji. Ze względu na to, że przekonania te ujawniają się również w kontakcie z psychoterapeutą, poświęcenie uwagi relacji terapeutycznej nie tylko służy pogłębieniu samego kontaktu, ale prowadzi do skupienia się na problemach wnoszonych przez pacjenta.

Współczesna terapia poznawcza, w niektórych swoich nurtach, wydaje się w coraz większym stopniu uwzględniać znaczenie relacji terapeutycznej dla przebiegu leczenia pacjenta [1, 3,4]. W Polsce, gdzie ujęcie poznawcze wciąż jest stosunkowo nowym podejściem, szczególnie warto zadbać o to, aby nie ograniczało się ono do zbioru gotowych technik i schematów do wykorzystania przez terapeuta. Wybrane techniki terapii poznawczej mogą się okazać inspirującym narzędziem do badania interpersonalnego kontekstu psychoterapii.

Artykuł ten poświęcony jest sposobom wyjaśniania i analizowania zjawisk dotyczących relacji terapeutycznej w ramach psychoterapii poznawczej. Zrozumienie trudności pacjentów w ich relacjach z innymi osobami wymaga przede wszystkim rozpoznania podstawowych mechanizmów poznawczych prowadzących do ich powstania lub utrzymywania się. Pomocna w tym może okazać się wiedza zaczerpnięta ze współczesnych nurtów społecznej psychologii poznawczej. Psychoterapia wciąż pozostaje pod małym wpływem doniesień płynących z badań dotyczących bliskich relacji.

Pierwsza część artykułu poświęcona będzie sposobom ujmowania relacji terapeutycznej w perspektywie społecznej psychologii poznawczej. Następnie w tej perspektywie omówione zostaną specyficzne zjawiska w psychoterapii, tj. przeniesienie i opór. W końcowej części artykułu poruszony zostanie problem negatywnych przekonań terapeuty jako specyficznego wkładu psychoterapii poznawczej w rozumienie relacji terapeutycznej.

Zanim jednak Czytelnik przystąpi do dalszej lektury, ważne jest dokonanie wyraźnego oddzielenia psychoterapii poznawczej od społecznej psychologii poznawczej. Nie można tych dwóch podejść utożsamiać ze sobą, mimo że czasami odwołują się do podobnego języka opisu mechanizmów psychicznych. Przedmiotem społecznej psychologii poznawczej jest próba wyjaśnienia interpersonalnych zachowań jednostki (społecznych aspektów jej funkcjonowania) zarówno na podstawie teorii psychologii społecznej, jak i koncepcji poznawczych. Poznawcze podejście do osobowości zakłada, że człowiek aktywnie poznaje świat i przetwarza informacje o nim. Psychoterapia poznawcza koncentruje się z kolei przede wszystkim na tych procesach umysłowych, które mogą prowadzić do zaburzeń psychicznych. Jej celem jest zmiana przekonań i zachowań pacjenta.

Znaczenie relacji — schematy relacyjne

Badacze zajmujący się relacjami z perspektywy poznawczej chętnie odwołują się do klasycznych prac Sullivana [m.in. 5], który wyróżnił tzw. wzory ja–ty. Wzory te są reprezentacjami psychicznymi relacji Ja z drugą osobą. Obecnie takie reprezentacje relacji określa się mianem schematów relacyjnych [6, 7, 8]. Wyznaczają one sposób odnoszenia się do drugiej osoby. Na schemat składa się reprezentacja własnej osoby, reprezentacja drugiej osoby oraz reprezentacja typowego wzorca interakcji między Ja i drugą osobą, czyli tzw. skrypt interpersonalny. Wiedza zawarta w skryptach interpersonalnych wyraża

się w oczekiwaniach dotyczących przebiegu interakcji. Oczekiwania te są konceptualizowane jako zdania warunkowe, typu: jeśli zachowam się w określony sposób wobec danej osoby, to mogę się po niej spodziewać określonej reakcji [8].

Warto zwrócić uwagę, że w psychoterapii poznawczej wyodrębnia się tzw. dysfunkcjonalne założenia (przekonania pośredniczące), które wydają się pojęciem zbliżonym do skryptów [2]. Mimo że „przekonania pośredniczące” są jednym z podstawowych terminów używanych przez terapeutów poznawczych, to dopiero wiedza pochodząca z empirycznych badań nad relacjami pozwala na bardziej dokładne ich zdefiniowanie. Podobnie jak skrypty, przekonania te mają często postać reguł określających własne zachowanie w stosunku do innych osób, np. „Nie mogę ufać innym ludziom”. Są one psychiczną reprezentacją interakcji, która obejmuje również reprezentację emocji związaną z tą interakcją [por. 9]. Według niektórych badaczy trzy reprezentacje: Ja, innej osoby oraz relacji tworzą nierozłączną całość i w związku z tym nie można rozpatrywać ich oddzielnie [6]. Inaczej mówiąc: pacjent mówi o sobie zawsze w kontekście innych i swojego sposobu odnoszenia się do nich.

Schematy relacyjne kształtują sposób przetwarzania informacji o interakcji i związane z nią odczuwane emocje, pojawiające się myśli, a w rezultacie sposób odnoszenia się do drugiej osoby [6, 7]. Ta właściwość jest bardziej ogólną cechą schematów poznawczych, które do pewnego stopnia wyznaczają sposób doświadczania i interpretowania przez człowieka rzeczywistości. Co więcej, wiedza zawarta w skryptach interpersonalnych, a więc ta część schematów relacyjnych, na które składa się psychiczna reprezentacja relacji, aktywizowana jest zwykle automatycznie. Rezultaty niektórych badań wskazują, że skrypty interpersonalne aktywizowane są już w pierwszych milisekundach interakcji z drugą osobą [7]. Oznacza to, że przebieg interakcji jest do pewnego stopnia zdeterminowany na samym jej początku. Poza tym dana osoba, zachowując się zgodnie z treścią skryptu interpersonalnego, prowokuje partnera interakcji do komplementarnego zachowania. Jest to typowy przykład samospełniającej się przepowiedni. Jeśli dana osoba spodziewa się wrogości i odrzucenia, zaczyna się zachowywać w sposób zdystansowany i nieprzyjemny, uprzedzając niejako reakcje swojego partnera. Ten, pod wpływem sposobu odnoszenia się do niego, rzeczywiście jest zdystansowany i nieprzyjemny, co z kolei potwierdza i wzmacnia dysfunkcjonalne przekonania danej osoby.

Zależność tę analizowano w eksperymencie, w którym uczestników poproszono, aby po zapoznaniu się z rzekomym opisem pewnej osoby przeprowadzili z nią rozmowę telefoniczną [10]. Opis został zaczerpnięty z wcześniej sporządzonej przez badanego charakterystyki ważnej dla niego osoby z przeszłości. Okazało się, że jeśli zaprezentowana charakterystyka zawierała cechy ważnej osoby, z którą badanego łączyły pozytywne relacje, rozmówca telefoniczny przejawiał pozytywny afekt w stosunku do badanego (oceniało nie sposób odnoszenia się osoby badanej, ale reakcje jej telefonicznego rozmówcy). Jeśli z kolei wzbudzano w osobie badanej negatywne nastawienie, jej rozmówca w trakcie rozmowy telefonicznej przejawiał negatywny afekt. Oznacza to, że osoba badana musiała tak odnosić się do swojego rozmówcy telefonicznego, że wzbudzała w nim reakcję spójną ze swoim nastawieniem wywołanym wcześniej przygotowaną charakterystyką.

Opisane powyżej właściwości skryptów tłumacza, dlaczego są one trudne do modyfikacji. Informacje, nawet niezgodne z treścią skryptu, są tak przetwarzane, aby w rezultacie

pasowały do tego schematu. Pacjent więc stale się przekonuje o słuszności swoich założeń. Nie jest również oczywiście świadomy tego, że reaguje zgodnie z wcześniej wykształconym wzorem. Wgląd w tym kontekście będzie polegał na odkryciu tych typowych wzorów reakcji. Jednak próba ich zmiany jest trudna, stąd na przykład Padesky zachęca do tego, aby proces terapii poświęcić raczej na budowanie nowego systemu przekonań pacjenta, a nie analizowanie starego. Pacjent skupia się wtedy na tym, jak chciałby się zachowywać i w związku z tym, jakie musiałby mieć przekonania, aby reagować w pożądanym przez siebie sposób [szerzej: 11].

Odmienne stanowisko od podejścia Padesky (choć niezwykłe) proponuje Safran [1, 4]. Wychodzi on z założenia, że u podstaw zaburzeń psychicznych leżą dysfunkcjonalne schematy relacyjne znajdujące swój wyraz w przekonaniach pacjenta dotyczących interakcji i wynikającym z nich specyficznym sposobie odnoszenia się do innych ludzi. Jeśli terapeuta poznawczy nie zwraca uwagi na to, w jaki sposób jego pacjent kształtuje z nim kontakt, może w sposób nieświadomy wzmacniać jego negatywne przekonania i tym samym schematy relacyjne. Safran twierdzi, że zadaniem terapeuty jest tak kształtować swój sposób odnoszenia się do pacjenta, aby nie potwierdzać jego dysfunkcjonalnych przekonań dotyczących relacji. Terapeuta musi jednak nauczyć się rozpoznawać typowe wzorce interakcji, jakie nawiązuje z nim pacjent. Jeśli terapeuta zachowuje się w sposób niezgodny z dysfunkcjonalnymi oczekiwaniami pacjenta, to z jednej strony je podważa, a z drugiej dostarcza takich doświadczeń, które mogą służyć modyfikacji dotychczasowych schematów relacyjnych.

Na koniec tej części rozważań warto jeszcze wspomnieć o innych, niż psychoterapia, formach pomocy pacjentowi związanych z modyfikacją schematów relacyjnych. Oddziaływania te mają na razie oczywiście wyłącznie charakter eksperymentalny i nie mogą zastąpić psychoterapii. Jedną z tego typu procedur ma na celu podwyższenie samooceny poprzez wzmocnienie związku między różnymi atrybutami Ja a informacjami o akceptacji ze strony innych ludzi. Całe zadanie ma formę gry komputerowej. Osoba jest proszona, aby wprowadziła do komputera podstawowe informacje o sobie takie, jak: imię, data urodzenia, miasto, w którym mieszka. Następnie jest informowana, że jej zadanie polega na jak najszybszym zareagowaniu przez kliknięcie na pojawiające się na ekranie słowo. Kiedy to wykona, na krótką chwilę wyświetlana jest twarz jakiejś nieznannej osoby. Jeśli słowo, które pojawiło się na ekranie, odnosi się do Ja uczestnika zabawy, po kliknięciu pokazuje się nieznaną osobę mającą akceptujący wyraz twarzy (oczywiście niezależnie od czasu reakcji). Procedura opisana powyżej wykorzystuje mechanizm warunkowania. U jej podstaw leży założenie, że samoocena jest uwarunkowana pozytywnymi informacjami płynącymi z kontaktów społecznych [6]. Przykłady różnych gier komputerowych, mających na celu podniesienie samooceny lub zmianę tendencji do koncentrowania uwagi na informacjach mówiących o odrzuceniu przez innych ludzi, Czytelnik znajdzie na stronie internetowej McGill University: <http://www.selfesteemgames.mcgill.ca/index.htm>.

Poznawcze mechanizmy przeniesienia

Termin „przeniesienie” został zaproponowany przez Freuda, który zauważył, że dziecięce impulsy, fantazje lub konflikty znajdują swój wyraz w stosunku pacjenta do terapeuty

w trakcie psychoanalizy [za: 12]. Pacjent powtarza w kontekście terapii, w jaki sposób doświadczał w dzieciństwie kontaktu z otoczeniem i jak reagował na znaczące osoby ze swojego dzieciństwa (głównie rodziców). Istotne dla zrozumienia natury przeniesienia jest to, że ma ono w dużym stopniu charakter nieświadomy [za: 13]. Psychoanalitycy uważają, że przeniesienie powstaje spontanicznie w relacjach z innymi ludźmi, ale w terapii odgrywa szczególne znaczenie. Psychoanalitik powinien trafnie rozpoznać reakcję przeniesieniową, a następnie dążyć do jej przepracowania stosując między innymi takie techniki, jak konfrontacja, klaryfikacja lub interpretacja [za: 13].

W perspektywie społecznej psychologii poznawczej przeniesienie jest powszechnym zjawiskiem występującym w relacjach międzyludzkich [10, 12]. Nie nosi ono znamion jakiegoś patologicznego procesu. Rozumiane jest jako „aktywizacja i wykorzystywanie reprezentacji umysłowej osoby ważnej w procesie interpretowania zachowań osoby nowo poznanej i reagowania na nie” [10, s. 239]. Wyniki eksperymentalnych badań nad zjawiskiem przeniesienia wstępnie potwierdziły niektóre z dotychczas przyjmowanych założeń o jego właściwościach. Badania te jednak dotyczyły konsekwencji przeniesienia dla ustosunkowywania się do nowo poznanych osób, a nie jego roli w relacji pacjent–terapeuta. Mimo tego ograniczenia, wydaje się, że warto zapoznać się z wynikami tych eksperymentów.

Badania potwierdziły między innymi automatyczny, pozaświadomy charakter przeniesienia [10, 12]. Wydaje się, że ludzie w różnym stopniu są skłonni do automatycznego posługiwania się reprezentacjami osób ważnych. Z klinicznego punktu widzenia szczególnie istotne jest to, że istnieje jednak możliwość odgórnego przetwarzania informacji i w ten sposób przerywania reakcji automatycznych. LeDoux [za: 14] stawia hipotezę o dwóch drogach połączeń nerwowych prowadzących od receptora do ciała migdałowatego odpowiedzialnych za powstawanie reakcji emocjonalnych: dolnej (podkorowej) oraz górnej (korowej). Ta górna droga wiąże się z bardziej świadomym przetwarzaniem informacji i możliwością (do pewnego stopnia) regulacji reakcji automatycznych. Jarymowicz [14] stawia w tym kontekście bardzo ważną dla terapeutów tezę, że to, czego umysł dopracowuje się świadomie, ma wpływ na przebieg reakcji automatycznych.

Rezultaty badań pozwalają również wyjaśnić, na czym dokładnie może polegać psychiczny mechanizm przeniesienia i jakie są jego konsekwencje. W przypadku eksperymentalnego wzbudzenia przeniesienia [opis metody w: 10, 12] badani mają skłonność do wypełniania braków w informacjach o nowo poznanych osobach na podstawie wiedzy zawartej w aktywowanej poznawczej reprezentacji osoby ważnej. Ogólna ocena związana z tą reprezentacją zostaje przypisana nowo poznanemu człowiekowi, a badany doświadcza w kontakcie z nim podobnych odczuć, jakie mu towarzyszyły w kontakcie z osobą ważną z przeszłości. Celowe wzbudzenie przeniesienia może prowadzić również do zmiany w obrazie Ja [10, 12]. Warto zauważyć, że niektórzy psychoterapeuci mają tendencję do ujmowania Ja jako stabilnego zespołu cech [por. 15]. W społecznej psychologii poznawczej Ja ujmowane jest bardziej jako dynamiczny proces. Podkreśla się zależność Ja od kontekstu interpersonalnego. Na przykład, w przypadku wzbudzenia przeniesienia, dochodzi do aktywizacji tych aspektów Ja, które są najbardziej związane z daną ważną osobą. Jeśli zostały zaktywizowane pozytywne aspekty Ja (za sprawą pozytywnego przeniesienia) dochodzi do wzrostu samooceny, a kiedy negatywne — do jej obniżenia [10]. W tym ostatnim jednak

przypadku u osób o dobrej samoocenie zachodzi tzw. kompensacyjna autowaloryzacja. Polega ona na tym, że cechy Ja, które nie są związane ze wzbudzoną negatywną reprezentacją osoby ważnej, zaczynają być postrzegane jako szczególnie pozytywne. Dzięki temu mechanizmowi zostaje zachowana dobra samoocena, która była potencjalnie zagrożona przez wzbudzenie negatywnych aspektów Ja w wyniku przeniesienia.

Zjawisko kompensacji dotyczy nie tylko samooceny, ale również reprezentacji drugiej osoby (w tym potencjalnie terapeuty). Jak już zostało powiedziane powyżej, w wyniku wzbudzenia przeniesienia badany zaczyna się spostrzegać przez pryzmat cech zawartych w reprezentacji ważnej osoby z przeszłości. Jeśli niektóre z cech tej osoby oceniane są jako negatywne (przy ogólnym pozytywnym obrazie), to — w przypadku aktywizacji przeniesienia — poznawana nowa osoba będzie oceniana szczególnie pozytywnie (mimo że w wyniku przeniesienia przypisywane są jej również negatywne cechy). Z kolei jeśli ta nowo poznana osoba oceniana jest pozytywnie, to również badany ocenia siebie bardziej pozytywnie [10, 12]. W kontekście terapii można powiedzieć, że pacjent przypisuje szczególnie dobre cechy terapeutce (pozytywne przeniesienie), dbając tym samym o pozytywny obraz samego siebie.

W wyniku procesu przeniesienia, nowej osobie przypisywana jest pewna rola interpersonalna, zgodna z rolą, jaka była przypisywana ważnej osobie z przeszłości [10]. Dla terapeuty szczególnie istotny może się wydawać wynik badań, zgodnie z którym naruszenie tej roli interpersonalnej przez nowo poznaną osobę wzbudza negatywne uczucia, a nawet prowadzi do depresyjnego nastroju. Wydaje się, że naruszenie roli interpersonalnej może zachodzić wówczas, gdy terapeuta zachowuje się niezgodnie z cechami wzbudzonej wcześniej reprezentacji ważnej osoby. Pokazuje to, jak ważne jest, aby z jednej strony terapeuta swoim zachowaniem nie potwierdzał dysfunkcyjnego schematu interakcji, który próbuje narzucić pacjent, ale z drugiej — by nie wzbudzał silnych negatywnych uczuć prowadzących do pogorszenia się kontaktu na drodze całkowitego negowania tego schematu.

Spółeczna psychologia poznawcza nie tylko dostarczyła empirycznych dowodów potwierdzających dotychczasowe obserwacje kliniczne, ale również zwróciła uwagę na powszechność tego zjawiska, jako obecnego w wielu sytuacjach interpersonalnych, i wyjaśniła psychiczne mechanizmy jego zachodzenia. W perspektywie psychoterapii poznawczej przeniesienie będzie się wiązało z podzieleniem przez pacjenta specyficznych przekonań dotyczących psychoterapeuty. Źródłem tych przekonań będą nie tyle zachowania samego terapeuty, ile wzbudzona reprezentacja psychiczna ważnej osoby z przeszłości pacjenta. Zgodnie z klasycznym ujęciem psychoterapii poznawczej, terapeuta traktuje te przekonania o sobie w taki sam sposób, jak i inne błędne przekonania [16]. Nie rozpoznając jednak ich źródła, może pracować nad nimi mało efektywnie, gdyż nie będzie ich rozumiał. Powinien też pamiętać o funkcji, jaką ma pozytywne przeniesienie — pacjent w ten sposób dba o utrzymanie bezpiecznej relacji z nim, co jednocześnie pozwala mu na podtrzymanie pozytywnego obrazu siebie.

Opór czy brak współpracy

W psychoanalizie opór rozumiany jest jako: 1) wewnętrzna siła przeciwdziałająca postępowi w psychoterapii, oraz 2) podejmowane przez pacjenta wysiłki obronne utrudniające

dostęp do nieświadomości i w związku z tym mające na celu uniknięcie samowiedzy [13]. W tym ujęciu pacjent pozostaje nieświadomy zarówno oporu, jak i jego motywów [13].

Terapeuci poznawczy, w miejsce terminu „opór”, wolą posługiwać się określeniem „brak współpracy” (noncollaboration) [2, 3]. Ta zmiana ma na celu podkreślenie, że brak współpracy jest zjawiskiem dotyczącym interakcji, a więc ma w nim ważny udział także terapeuta. Poza tym opór ma również swoje jawne, a nie tylko nieświadome przyczyny. W końcu odwołanie się do terminu „współpraca” ma zachęcić terapeuta do zastanowienia się, jak ją poprawić.

Brak lub niechęć do współpracy mogą być wyrażane wprost, przez takie zachowania pacjenta, jak nieprzychodzenie na umówione sesje, lub pośrednio, gdy unika on poruszania pewnych treści w trakcie psychoterapii. Padesky [3] podkreśla, że za brakiem współpracy zawsze stoją istotne dla pacjenta powody. Zadaniem terapeuty jest je odkryć i zrozumieć. Brak współpracy wynika czasami ze specyficznych przekonań podzielanych przez pacjenta. Może on na przykład uważać, że zmiany w jego życiu będą niekorzystne dla jego bliskich lub że terapia zmieni go w taki sposób, iż zniszczy jego „prawdziwą osobowość lub prawdziwe ja”. Niektórzy pacjenci spostrzegają terapię jako pewien magiczny proces, któremu muszą się poddać — ich rola jest jednak zasadniczo ograniczona. Wiąże się z tym kolejne przekonanie wypływające z tradycyjnego, paternalistycznego ujmowania relacji lekarz–pacjent. Zgodnie z nim, rolą pacjenta jest „oddać się w ręce lekarza” i spełniać biernie jego polecenia (nawet bez zrozumienia ich istoty). Kiedy indziej, dysfunkcyjne przekonania pacjenta są tak zbliżone do przekonań terapeuty, że ten nie potrafi mu efektywnie pomóc. Kolejnym źródłem braku współpracy jest nieumiejętność pacjenta nawiązania jej i utrzymania. Oczywiście, również sam terapeuta może nie mieć wystarczających do tego umiejętności. Typowym błędem z tego obszaru jest poświęcanie zbyt małej uwagi kontraktowi terapeutycznemu. Wskutek tego pacjent ma na przykład odmienne od terapeuty oczekiwania co do terapii lub wyznaczone są nierealne, niejasne, ogólnikowo sformułowane jej cele. Ustalając kontrakt, należy również pamiętać o bliskich pacjentowi osobach, które z różnych powodów mogą podtrzymywać jego dysfunkcyjne przekonania, a także o potencjalnych różnicach kulturowych między nim a terapeutą. Pacjent, co ma szczególne znaczenie w terapii poznawczo-behawioralnej, może w końcu nie rozumieć sensu technik terapeutycznych i przez to nie być przekonany do proponowanego przez terapeuta sposobu pracy nad swoimi problemami. Kolejnym źródłem odmowy współpracy bywa narastająca frustracja pacjenta (lub jego terapeuty) z powodu braku oczekiwanych efektów. W końcu — czasami opór dodatkowo wzmacniany jest przez okoliczności, w jakich przebiega terapia. Dzieje się tak w przypadku, gdy ze względu na jej ograniczony czas (np. pobytem pacjenta na oddziale) terapeuta stara się zintensyfikować swoje oddziaływania, a jego pacjent nie jest w stanie w tym tempie pracować nad zmianą dotychczasowych, utrwalonych (czasami latami) wzorów swoich zachowań.

Niezależnie od przyjętego stanowiska teoretycznego, istotnym elementem procesu psychoterapii jest rozpoznanie źródeł oporu czy braku współpracy. W praktyce terapeutycznej łatwo jest ulec uproszczonemu rozumieniu oporu, podejrzewając, że jego powodem są wtórne zyski czerpane przez pacjenta z symptomów zaburzenia. Safran [4] twierdzi, że trudności we współpracy z pacjentem mogą być przejawem jego przekonań dotyczących interakcji. Jest to zwłaszcza możliwe, gdy terapeuta zaczyna nieświadomie zachowywać

się w sposób zgodny z dysfunkcjonalnymi przekonaniami pacjenta. Ilustruje to przykład pacjenta obawiającego się (na podstawie swoich wcześniejszych doświadczeń z innymi ważnymi, bliskimi osobami), że terapeuta będzie dominował nad nim; zwłaszcza niektóre aktywne techniki terapii poznawczo-behawioralnej mogą potęgować ten niepokój. W związku z tym zaczyna on zachowywać się tak, aby obronić się przed dominacją terapeuty, ten jednak traktuje jego zachowania jako przejaw oporu. Kolejną przyczyną braku współpracy mogą być dysfunkcjonalne przekonania podzielane przez terapeutę, które zostaną omówione w następnej części artykułu.

Dysfunkcjonalne przekonania terapeuty

Trudności w utrzymaniu przymierza terapeutycznego z pacjentem oraz nieefektywna praca nad jego problemami może mieć, jak już zostało wcześniej powiedziane, swoje źródło w tym, że terapeuta nieświadomie potwierdza swoim zachowaniem jego dysfunkcjonalne przekonania [2, 3]. Innym źródłem trudności we współpracy z pacjentem są dysfunkcjonalne przekonania samego terapeuty. Ich dysfunkcjonalność polega m.in. na tym, że terapeuta zaczyna postrzegać relację ze swoim pacjentem przede wszystkim przez pryzmat określonych przekonań. Przekonania te mogą dotyczyć: 1) siebie w roli psychoterapeuty, np. „Jeśli stan mojego pacjenta nie ulega poprawie, jest to zawsze moja wina”, 2) sposobu prowadzenia przez siebie psychoterapii, np. „Jeśli będę się więcej starał, to na pewno pomogę mojemu pacjentowi”, albo: „Lepiej trzymać zdecydowany emocjonalny dystans z pacjentami mającymi zaburzenia osobowości typu borderline”, 3) cech pacjenta, np. „Ten pacjent jest psychotyczny, więc nie jestem mu w stanie pomóc”, lub 4) generalnie natury świata i ludzi: „Doświadczenia mojego pacjenta potwierdzają tylko, że świat jest okrutny”.

Niektóre dysfunkcjonalne przekonania terapeuty mogą mieć swoje źródło po prostu w braku wiedzy oraz umiejętności i mogą wynikać z jego problemów, część jednak jego odczuć jest uwarunkowana tym, jak zachowuje się pacjent. Stąd też, mimo że terapeuci poznawczy rzadko wprost mówią o zjawisku przeciwprzeniesienia, to jednak niektóre przekonania dotyczące relacji z pacjentem mogą być traktowane jako jego element [1, 4].

Terapeuta, prowadząc rozmowę z pacjentem, powinien być wyczulony na to, jakie budzi on w nim uczucia i myśli. Z jednej strony, może w ten sposób uświadomić sobie własne negatywne przekonania, które utrudniają mu współpracę z pacjentem, z drugiej — jego sposób doświadczania kontaktu może stać się doskonałą wskazówką do identyfikacji specyficznych myśli automatycznych i utrwalonych przekonań pacjenta. Sullivan [5] zaleca, aby terapeuta w trakcie terapii przyjmował pozycję „uczestnika-obszera” (participant-observer), czyli jednocześnie prowadził terapeutyczny dialog z pacjentem i obserwowwał siebie jako jeden z podmiotów tego dialogu. Safran [1, 4] uważa, że niektóre właściwości schematów relacyjnych ujawniają się w pośredni, subtelny sposób, zwykle poprzez zachowania niewerbalne pacjenta. Zachowania te wywołują określone odczucia terapeuty, nawet jeśli początkowo świadomie nie zarejestrował on zachowań pacjenta. Może na przykład poczuć niechęć do niego, chociaż nie wie, co ją wywołało. Po zidentyfikowaniu swoich uczuć i myśli, które im towarzyszą, powinien rozważyć, jakie zachowania pacjenta (werbalne i niewerbalne) wywołują w nim te reakcje. Na tym etapie ważne jest, aby również

rozpatrzył, czy jego reakcja nie jest podyktowana własnymi problemami. Richards [16] zwraca także uwagę, że nadmierne skupianie się terapeuty na własnym procesie w trakcie terapii może prowadzić do dystansowania się od pacjenta i w konsekwencji osłabienia z nim kontaktu. Odwołanie się do własnych odczuć ma wyłącznie służyć terapii w identyfikacji niejawnych przekonań pacjenta dotyczących relacji.

W kolejnym kroku terapeuta prosi, aby pacjent przeanalizował, jak się czuje i jakie myśli przychodzą mu do głowy, gdy zachowuje się we wcześniej zidentyfikowany sposób [1, 4]. Dzięki temu pacjent ma okazję poznać swoje automatyczne myśli, a także przekonania, które towarzyszą danym zachowaniom (mimo że dotychczas nie zostały one zwerbalizowane). Terapeuta podważa zasadność tych dysfunkcyjnych przekonań nie zachowując się zgodnie z oczekiwaniami w nich zawartymi. Omawia je również z pacjentem, zachęcając do analizy ich konsekwencji.

Safran [1, 4] uważa, że treść niektórych skryptów interpersonalnych nie jest bezpośrednio dostępna dla pacjenta ze względu na to, że ich ujawnienie i podważenie wiąże się z silnym odczuciem lęku. Dzieje się tak, gdyż dysfunkcyjne przekonania dotyczące relacji mają chronić osobę, która je podziela, przed uczuciem lęku związanym z kontaktem z drugą osobą. Powstały one pod wpływem określonych, negatywnych, a czasem traumatycznych, doświadczeń życiowych i w pewnym okresie życia umożliwiły (zwykle dziecku) utrzymanie kontaktu z ważnymi bliskimi osobami (np. rodzicami). Inaczej mówiąc, dysfunkcyjne przekonania mają w pewnych momentach przystosowawczy charakter. Zachodzi to na przykład w sytuacji, gdy dziecko uczy się, że przejawianie przez niego niezadowolenia czy agresji prowadzi do kary wymierzonej przez rodzica i odrzucenia przez niego. Na podstawie tego doświadczenia dochodzi do wniosku, że „nie może ujawniać swojej złości, gdyż zostanie odrzucone”. W trakcie terapii dorosła już osoba, dzieląca powyższe przekonanie, może obawiać się ujawnić złość na terapeutę, gdyż w jej odczuciu spotka ją za to odrzucenie. Pacjent bywa wręcz czasami nieświadomy swojej złości do terapeuty, gdyż już samo przyznanie się do niej przed samym sobą wzbudza lęk. Złość może przejawiać się jednak w postaci dyskretnych niewerbalnych komunikatów, na które terapeuta reaguje odczuwając większe napięcie. Jeśli będzie świadomy tego napięcia, zacznie szukać jego źródła – zarówno w sobie, jak i w zachowaniach pacjenta — co z kolei stopniowo doprowadzi go do odkrycia dysfunkcyjnego przekonania pacjenta dotyczącego wyrażania złości.

Warto zwrócić jeszcze uwagę, że przynajmniej niektóre schematy relacyjne powstają we wczesnym okresie życia dziecka, kiedy nie opanowało ono jeszcze języka [6, 7]. Część wiedzy w nich zawarta jest tym samym niezwerbalizowana, stąd pacjent nie ma poznawczych możliwości, aby je bezpośrednio zidentyfikować. Wydaje się więc, że niektórzy terapeuci poznawczy zbyt optymistycznie podchodzą do zdolności swoich pacjentów do jasnego wyrażenia niektórych, utrwalonych dysfunkcyjnych przekonań dotyczących relacji. Według Safrana, aby do tego mogło dojść, terapeuta i pacjent muszą z uwagą przyrzeć się relacji łączącej ich.

Trzeba podkreślić, że dysfunkcyjne przekonania pacjenta zwykle mają swoje dobre uzasadnienie w doświadczeniach, jakie były jego udziałem. Dzięki nim unika on lęku oraz chroni swoją samoocenę. Przekonania te pełnią zatem bardzo ważną ochronną funkcję. Zbyt

pospieszne podważanie tych przekonań może prowadzić do nasilenia się lęku u pacjenta i paradoksalnie przez to je wzmacniać.

Wkład psychoterapii poznawczej w rozumienie relacji

Bez wątpienia, przedstawiając kształtowanie się kontaktu, terapeuci poznawczy odwołują się do zdobyczy innych szkół psychoterapeutycznych, które już opisały i twórczo wykorzystują zjawiska zachodzące w relacji terapeuta–pacjent. O dojrzałości danego podejścia świadczy między innymi to, że jego protagoniści, nie bojąc się utracić własnej odrębności, potrafią skorzystać z wiedzy wypracowanej w ramach różnych szkół. Pojawia się jednak pytanie, co sama psychoterapia poznawcza jest w stanie wnieść w rozumienie relacji pacjent–terapeuta.

W ramach terapii poznawczo-behawioralnej szczególnie dokładnie rozpoznane są jawne aspekty interakcji. Podobnie jak niezasadne jest lekceważenie tego, co jest niezwerbalizowane lub nieświadome w relacji pacjent–terapeuta, tak samo nie ma powodów, aby zaniechybać jawny aspekt wzajemnego ustosunkowania się w psychoterapii. W ramach omawianego podejścia bardzo akcentowana jest rola samego terapeuty w kształtowaniu przymierza terapeutycznego. Obserwując niektórych terapeutów (niezależnie od reprezentowanego przez nich podejścia), można odnieść wrażenie, że takie terminy, jak opór, przeniesienie, relacja, służą im jako pewne usprawiedliwienie dla własnego braku umiejętności współkształtowania kontaktu z pacjentem.

Z kolei, koncepcje tworzone w ramach społecznej psychologii poznawczej nie tylko w klarowny sposób opisują mechanizmy psychiczne zjawisk zachodzących w relacjach interpersonalnych, ale także pomagają w uniknięciu patologizowania niektórych aspektów relacji terapeutycznej. Innym ważnym potencjalnym wkładem tego podejścia jest zwrócenie uwagi na to, jak bardzo obraz Ja (prezentowany przez pacjenta) jest uwarunkowany społecznym kontekstem zachodzenia interakcji. Psychoterapeuci bywają przywiązani do traktowania Ja jako zespołu cech. Takie podejście ma swoją długą tradycję w ogólnej psychologii [15]. Zgodnie z koncepcją Ja relacyjnego (relational self), ludzie mają wiele reprezentacji „Ja w relacji z drugą osobą” [10]. Prawdopodobnie sam kontekst psychoterapii może zasadniczo wpływać na aktywizację określonej reprezentacji. Wielu psychoterapeutów przyjmuje założenie, że to, w jaki sposób pacjent się do nich odnosi, jest odzwierciedleniem jego interakcji z innymi osobami. Takie rozumowanie ma jednak pewne ograniczenia, pacjent może bowiem w kontakcie z różnymi osobami ujawniać (aktywizować) zupełnie odmienne aspekty swojego Ja. Być może warto na nowo przemyśleć posługiwanie się takim terminem, jak „ujawnić swoje prawdziwe Ja”. W ramach społecznej psychologii poznawczej można mówić raczej o różnych aspektach Ja, ujawnianych w zależności od interpersonalnego kontaktu, trudno jednak określić, który z tych aspektów Ja jest bardziej prawdziwy, gdyż zakłada to jakąś arbitralną ocenę. Rozważania te otwierają dyskusję znacznie wykraczającą poza zakres tego artykułu.

Mając na uwadze wszystkie wyżej zawarte uwagi, pozostaje mieć nadzieję, że świadomie prowadzona terapia poznawcza będzie zarówno odwoływała się do pracy nad poznawczymi aspektami zaburzenia, jak i obejmowała analizę relacji terapeutycznej.

Piśmiennictwo

1. Safran J, Segal Z. *Interpersonal process in cognitive therapy*. Lanham, Boulder, New York, Toronto, Oxford: A Jason Aronson Book; 2004.
2. Beck A, Freeman A, Davis D. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, London: The Guilford Press; 2004.
3. Padesky C. *Constructing a new self. A cognitive therapy approach to personality disorders*. Materiały szkoleniowe z warsztatu „Constructing a New Self”. London; 2005. materiały niepublikowane
4. Safran J. *Widening the scope of cognitive therapy*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson INC; 1998.
5. Sullivan H. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, London: W.W. Norton & Company; 1997.
6. Baldwin M, Dandeneau S. Understanding and modifying the relational schemas underlying insecurity. W: Baldwin M, red. *Interpersonal cognition*. New York, London: The Guilford Press; 2005, s. 1–32.
7. Baldwin M. Relational schemas and the processing of social information. *Psychol. Bull.* 1992; 112: 461–484.
8. Baldwin M, Sinclair L. Self-esteem and „if ... then” contingencies of interpersonal acceptance. *J. Person. Soc. Psychol.* 1996; 71: 1130–1141.
9. Zdankiewicz-Ściagała E, Maruszewski T. Teorie emocji. W: Strelau J, red. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T II. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999, s. 395–426.
10. Andersen S, Berenson K. Spostrzeganie, uczucia i pragnienia — rola poprzednich związków w obecnych relacjach interpersonalnych. W: Forgas J, Williams K, Wheeler L, red. *Umysł społeczny. Poznawcze i motywacyjne aspekty zachowań interpersonalnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005, s. 238–263.
11. Chrzastowski S. Terapia poznawczo-behawioralna pacjentów z zaburzeniami osobowości w ujęciu Christine Padesky. *Psychoter.* 2006; 1 (136): 39–48.
12. Andersen S, Saribay S. The relational self and transference: evoking motives, self-regulation, and emotions through activation of mental representation of significant others. W: Baldwin M, red. *Interpersonal cognition*. New York, London: The Guilford Press; 2005, s. 1–32.
13. Grzesiuk L. Procesy i zjawiska w psychoterapii. W: Grzesiuk L, red. *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: Eneteia; 2005, s. 351–439.
14. Jarymowicz M. Ja w automatycznym przetwarzaniu informacji. W: Ohme R, Jarymowicz M, Reykowski J, red. *Automatyzmy w procesach przetwarzania informacji*. Warszawa: Wydawnictwo IP PAN, s.103–120.
15. Strelau J. Osobowość jako zespół cech. W: Strelau J, red. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T II. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999, s. 525–560.
16. Richards C. Optymalizacja superwizji i zjawisk występujących w czasie procesu terapeutycznego i superwizji. Materiały szkoleniowe Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej. Warszawa; 2005. materiały niepublikowane

Adres: Pracownia Psychologii Zaburzeń Rodziny
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Stawki 5/7, 00-183 Warszawa
e-mail: szymon.chrzastowski@psych.uw.edu.pl