

Małgorzata Jędrasik-Styła<sup>1</sup> Rafał Styła<sup>2</sup>

## PSYCHOTERAPIA INTEGRACYJNA: PODEJŚCIE EKLEKTYCZNE, ASYMILATYWNE, INTEGRACJI ORAZ CZYNNIKI WSPÓLNE

### INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY: TECHNICAL ECLECTISM, ASSIMILITATIVE INTEGRATION, THEORETICAL INTEGRATION AND COMMON FACTORS APPROACH

<sup>1</sup> III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. Marek Jarema

<sup>2</sup> Katedra Psychopatologii i Psychoterapii, Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

Kierownik: prof. dr hab. Lidia Grzesiuk

*Autorzy przedstawiają podstawowe podejścia terapii integracyjnej. W artykule uwzględniają zarówno rozwój tendencji integracji w obrębie różnych podejść teoretycznych, jak i klinicznych oddziaływań. Omawiają podstawowych przedstawicieli szkół integracji w psychoterapii.*

#### integrative psychotherapy

**Summary:** This article presents the basic information about integrative psychotherapy. Outline of history and motives of the psychotherapy integration movement are described. Four forms of psychotherapy integration were defined: eclectic, assimilative, theoretical integration and the common factors approach. Examples of this forms of psychotherapy integration were discussed: multimodal therapy of Arnold Lazarus, assimilative, psychodynamic approach of Stricker and Gold and integrative psychodynamic-behavioral therapy of Paul Wachtel.

Psychoterapia integracyjna to pojęcie odnoszące się do wszystkich form psychoterapii, które zapożyczają, łączą lub przetwarzają w nową jakość techniki albo teorie dwóch lub więcej istniejących już szkół. W ramach psychoterapii integracyjnej wyróżniamy cztery podejścia: (1) psychoterapię eklektyczną, (2) asymilatywną, (3) integracji teoretycznej oraz (4) integrację poprzez czynniki wspólne [1]. Obecnie istnieje ponad 20 dojrzałych modeli psychoterapii integracyjnej [2]. W artykule tym ograniczymy się do przedstawienia jedynie kilku wybranych przykładów ilustrujących każdą z jej form.

#### Rys historyczny

Integracja szkół psychoterapii jest zjawiskiem niemal tak starym, jak sama psychoterapia. Już sam Zygmunt Freud świadomie zmagał się z kwestią integracji różnorodnych dostępnych metod i w 1919 roku wprowadził psychoterapię psychoanalityczną jako alternatywę wobec klasycznej analizy [3]. Przykładem jednego z pierwszych podejść, które współczesnym językiem można nazwać podejściem integracyjnym, jest psychagogika Arthura Kronfelda. Czerpała ona z rozwoju psychoanalizy, metod sugestywnych oraz behawioralnych [4]. Już w 1927 autor ten pisał o swoim podejściu w następujący sposób: „Psychagogika [...] czyli wiedza i umiejętność »uzdrowiania«, musi posługiwać

się wszystkimi zmieniającymi się procedurami i metodami, zależnie od charakteru, zaburzeń i objawów chorego” [4, s. 8]. Takie rozumowanie jest obecnie typowe dla podejścia eklektycznego.

Kolejnym ważnym momentem w rozwoju myśli integracyjnej w psychoterapii był opublikowany w 1936 roku artykuł autorstwa Saula Rosenzweiga [za: 5]. Rosenzweig [6] dowodził, iż efektywność różnych szkół psychoterapii wynika z czynników, które są wspólne dla różnych podejść. Takie stanowisko stało się inspiracją do rozwoju integracji psychoterapii przez badania nad czynnikami wspólnymi.

Ważną pozycją ukazującą możliwości integracji teoretycznej dwóch szkół psychoterapii jest wydana w 1950 roku książka Johna Dollarda i Neala Millera pod tytułem *Personality and psychotherapy* [za: 5]. W książce tej autorzy podjęli się próby integracji myśli Zygmunta Freuda i Iwana Pawłowa, poprzez przedstawienie podstawowych pojęć psychoanalizy (np. regresja, wyparcie) językiem teorii uczenia się.

Zainteresowanie integracją różnych szkół psychoterapii wyrażone liczbą publikacji narastało w latach 60. i 70. Zakłada się jednakże, iż dopiero w latach 80. zagadnienie integracji w psychoterapii stało się oddzielnym, jasno wytyczonym obszarem zainteresowania badaczy i psychoterapeutów. Lata 80. to stale rosnąca liczba autorów podejmujących tę tematykę. W 1983 roku w Stanach Zjednoczonych powstało Towarzystwo Eksploracji Integracji Psychoterapii (The Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, SEPI) zrzeszające badaczy i psychoterapeutów zaangażowanych w ruch integracyjny. Dziesięć lat później, w 1993 roku, zostaje założone Europejskie Stowarzyszenie Integracji Psychoterapii (The European Association for Integrative Psychotherapy, EAIP). W tym czasie powstawały także nowe czasopisma otwarte na publikacje z tej tematyki, w tym w pełni jej poświęcony „International Journal of Eclectic Psychotherapy”, przemieniony w 1987 roku na „Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy”. W 1991 roku SEPI zaczęło wydawać nowe czasopismo „Journal of Psychotherapy Integration” [5].

Od początku lat 90. idee ruchu integracyjnego są dostrzegane oraz systematycznie adaptowane przez praktyków i teoretyków głównych nurtów. Powstaje wiele podręczników, które podejmują temat integracji w psychoterapii. Tematyka ta pojawia się coraz częściej w książkach i czasopismach nie związanych bezpośrednio z ruchem na rzecz tej idei [5]. Przykładem na to jest czterotomowy podręcznik *Comprehensive handbook of psychotherapy*, wydany w 2002 r. pod redakcją Florence Kaslow, w którym cały czwarty tom został poświęcony psychoterapii integracyjnej. Obecnie najnowszą pozycją przedstawiającą całokształt ruchu integracyjnego jest drugie wydanie podręcznika pod redakcją Norcrossa i Goldfrieda pod tytułem *Handbook of psychotherapy integration*.

Efektom zainteresowania integracją w psychoterapii w ostatnich latach w Polsce są wydawane książki podejmujące ten temat. Jedną z ciekawszych pozycji jest książka napisana przez polskiego badacza psychoterapii Czesława Czabałę pod tytułem *Czynniki leczące w psychoterapii*. Tworzone są programy szkoleń dla psychoterapeutów integracyjnych. Powstają również organizacje stawiające sobie za cel badanie i propagowanie idei integracji psychoterapii (np. Zespół Badania Integracji Psychoterapii ZBIP, który powstał w 2007 roku przy Katedrze Psychopatologii i Psychoterapii Wydziału Psychologii UW, oraz Polskie Stowarzyszenie Integracji Psychoterapii, które zawiązało się w 2008 roku).

### Motywy zainteresowania psychoterapią integracyjną

Współcześnie wielu amerykańskich psychoterapeutów uznaje, iż pracuje w nurcie eklektycznym lub integracyjnym [1]. W Polsce również znaczny odsetek psychoterapeutów deklaruje, że w pracy z pacjentami korzysta z różnych koncepcji teoretycznych i technik [7]. Ponadto stale rosnąca liczba publikacji dotyczących integracji wskazuje na duże zainteresowanie tym zagadnieniem. Prochaska i Norcross [3], przyglądając się temu zainteresowaniu, podają wiele przyczyn takiego stanu rzeczy. Motywy zainteresowania psychoterapią integracyjną wiążą oni przede wszystkim z wnioskami, które płyną z badań nad psychoterapią oraz ze zmianami, które się dokonały w systemie opieki nad zdrowiem psychicznym i w programach edukacji psychoterapeutów.

Obecnie szacuje się, że istnieje ponad 400 szkół psychoterapii [3]. Badania nad psychoterapią wskazują, iż żaden z teoretycznych systemów psychoterapii nie tłumaczy wszystkich problemów pacjentów [1]. Wyniki tych badań przyczyniły się do wygaszania „wojen” między różnymi szkołami psychoterapii i większej otwartości psychoterapeutów na to, co mają do powiedzenia konkurencyjne podejścia. Autorzy badań sugerują również, iż szkoły psychoterapii mniej się od siebie różnią niż mogłoby się to wydawać. Z drugiej strony badacze zauważyli, iż wybrane trudności skuteczniej są leczone za pomocą wybranych technik [2]. W związku z tym uzasadnione jest dobieranie odpowiedniego podejścia do danego problemu i danego typu pacjenta, co ma miejsce w terapii eklektycznej.

Przyczyną zainteresowania integracją w psychoterapii może być również fakt, iż coraz większa liczba psychoterapeutów poznaje różne szkoły psychoterapii. Dzieje się tak m.in. ze względu na zmiany w programach nauczania na studiach magisterskich (np. na wydziale psychologii Uniwersytetu Warszawskiego w ramach specjalizacji „psychoterapia” studenci mają możliwość zapoznać się ze wszystkimi najważniejszymi szkołami psychoterapii) i w programach podyplomowych szkoleń dla psychoterapeutów.

### Psychoterapia eklektyczna

Eklektyzm jest najmniej teoretycznym podejściem ze wszystkich czterech rodzajów psychoterapii integracyjnej. Podstawowym jego założeniem jest poszukiwanie najlepszej metody dla danej osoby z danym problemem. Podejście to nazywane jest również eklektyzmem technicznym, aby podkreślić, iż skupia się ono przede wszystkim na doborze odpowiednich technik stosowanych w różnych szkołach psychoterapii. Wybór techniki dokonywany jest na podstawie wyników badań nad ich skutecznością i osobistych doświadczeń terapeuty dotyczących tego, co działało w przypadku podobnego problemu i osoby [1]. Wiele zarzutów wobec eklektyzmu dotyczy przypadkowości doboru technik. Taka dowolność jest jednak zaprzeczeniem eklektyzmu i określana jest mianem podejścia synkretycznego do psychoterapii [2], które w zasadzie można nazwać błędem w sztuce prowadzenia psychoterapii.

W literaturze można znaleźć kilka dopracowanych modeli psychoterapii eklektycznej. Najbardziej znane z nich to systematyczna psychoterapia eklektyczna L. Beutlera i wsp. [8], podejście eklektyczne S. Garfielda [za: 2], psychoterapia zróżnicowana van Queckelberghego [za: 2], psychoterapia zorientowana na problem Blasera, Heima, Ringera i Thommena [za: 2]. Warta szczególnej uwagi jest terapia multimodalna Arnolda Lazarusa [9–11].

### Terapia multimodalna Arnolda Lazarusa

Arnold Lazarus jest psychologiem, który w latach 70. zaczął rozwijać swoje autorskie podejście, nazwane przez niego terapią multimodalną. Terapia ta jest klasycznym przykładem eklektyzmu technicznego, w którym w centrum uwagi stoi pytanie o to, jaką metodę zastosować w przypadku konkretnego problemu i pacjenta. Zatem podstawowe pytanie, które zadaje Lazarus, to: „Jak najlepiej pomagać?”. Drugorzędną kwestią jest pytanie „Jak to działa?”. Lazarus w pierwszym zdaniu swojej klasycznej książki *The practice of multimodal therapy* stawia jasno główny cel stworzonej przez siebie metody, którym jest „redukcja cierpienia i pobudzanie osobistego rozwoju tak szybko i trwale jak to możliwe” [9, s. 13].

Podejście to zakłada wieloczynnikową etiologię trudności psychicznych. Lazarus podkreśla, iż prawie żaden problem nie ma pojedynczej przyczyny. Nie istnieje również jeden sposób pracy z nim. Zatem ludzkie trudności należy traktować wielopoziomowo. W terapii multimodalnej postuluje się diagnozę siedmiu modalności: zachowania, procesów emocjonalnych, doznań, wyobrażeń, procesów poznawczych, stosunków interpersonalnych oraz czynników biologicznych [11]. Pierwsze litery tych modalności w języku angielskim tworzą akronim BASIC-ID, mający być pomocą w ich zapamiętaniu. Terapia multimodalna zakłada podejmowanie przez psychoterapeutę trzech podstawowych kroków działania: (1) diagnozy, (2) ustalenia optymalnego planu terapeutycznego oraz (3) wprowadzania w życie zaplanowanych interwencji terapeutycznych. Zatem terapeuta pracujący w podejściu multimodalnym w pierwszej kolejności dokonuje wszechstronnej oceny trudności pacjenta, odnosząc się do wszystkich siedmiu wymienionych powyżej modalności. Diagnoza stawiana jest na podstawie wywiadu klinicznego oraz wypełnianych przez pacjenta testów, m.in. rozbudowanego kwestionariusza dotyczącego historii życia. Zebrane informacje służą do opracowania dwóch podstawowych profili opartych na modelu BASIC-ID: profilu modalności oraz profilu strukturalnego [3]. Profil modalności to innymi słowy wykaz problemów pacjenta odnoszący się do poszczególnych obszarów funkcjonowania oraz lista możliwych interwencji, profil strukturalny natomiast stanowi ilościową informację na temat dominujących modalności pacjenta. Po wstępnej fazie diagnozy opartej na modelu BASIC-ID, terapeuta ustala procedury najbardziej skuteczne w przypadku danego pacjenta i konkretnego rodzaju trudności. Ich wybór jest dokonywany w porozumieniu z pacjentem. Terapeuta multimodalny ma do dyspozycji techniki pochodzące ze wszystkich najważniejszych szkół psychoterapii. Lazarus [9] w jednym ze swoich podręczników wymienia 39 technik podstawowych, a lista ta podlega rozszerzaniu i modyfikacji wraz z rozwojem wiedzy o skuteczności różnych metod w odniesieniu do różnych problemów. Należy dodać, iż w ramach ustalania najbardziej optymalnej procedury działania planowany jest również rodzaj relacji terapeutycznej. Terapeuta multimodalny — w przeciwieństwie do praktyki psychoterapeutów wywodzących się z podstawowych nurtów psychoterapii — powinien dopasowywać swoje zachowanie do potrzeb pacjenta. Dotyczy to elastyczności w takich wymiarach, jak dyrektywność–niedyrektywność, formalny–nieformalny sposób zachowania, otwartość–skrytość, wsparcie–unikanie wspierania pacjenta. Taki terapeuta określany jest mianem „autentycznego kameleona” [3].

Terapia multimodalna wymaga dużej elastyczności w zakresie stosowanych technik, liczby i częstotliwości sesji terapeutycznych (przeciętnie około roku terapii raz na tydzień), a także korzystania z wielu form terapii równocześnie (np. indywidualnej, małżeńskiej, rodzinnej, grupowej, farmakoterapii, psychoterapii zaburzeń seksualnych). Praca w podejściu multimodalnym stawia bardzo duże wymagania wobec terapeuty. Musi on nie tylko opanować wiele interwencji terapeutycznych oraz zdobyć dużą wiedzę o skuteczności danych technik w przypadku specyficznych trudności, ale również powinien wykazać się elastycznością w sposobie zachowania się wobec pacjenta. Podejście multimodalne najbardziej zbliżone jest do współczesnej terapii poznawczo-behawioralnej [2]. W literaturze brak jest informacji na temat kontrolowanych badań porównujących skuteczność psychoterapii multimodalnej z efektami innych szkół psychoterapii [3].

### **Psychoterapia asymilatywna**

Integracja różnych nurtów psychoterapii następować może również w drodze przyjmowania technik różnych szkół psychoterapii przy zachowaniu teorii i sposobu myślenia jednej z nich. Podejście takie wynikać może z przywiązania i biegłości psychoterapeuty w posługiwaniu się danym sposobem myślenia o pacjencie przy jednoczesnym poczuciu, że tradycyjne metody danej szkoły ograniczają możliwości jego oddziaływania. Takie podejście nazywane jest w nuncie integracyjnym psychoterapią asymilatywną [1]. Nurt ten reprezentowany jest przez asymilatywne, psychodynamiczne podejście Strickera i Golda [12, 13], poznawczo-behawioralną psychoterapię asymilatywną Castonguaya i współpracowników [14] oraz interpersonalną i poznawczą psychoterapię asymilatywną Safrana [za: 1].

### **Asymilatywne, psychodynamiczne podejście Strickera i Golda**

Stricker i Gold [12, 13] proponują model psychodynamicznej psychoterapii asymilatywnej. Jako kontekst teoretyczny wykorzystują współczesne psychodynamiczne teorie rozumienia struktury osobowości, psychopatologii oraz procesu zmiany. Jednocześnie stosują metody i interwencje należące do innych systemów terapeutycznych. Zarówno doświadczenie pacjenta, jak i proces zmiany, Stricker i Gold [15] opisują odwołując się do trzech poziomów. Pierwszy z nich odnosi się do zachowania pacjenta, drugi obejmuje świadome myśli, emocje, doświadczenia percepcyjne i doznania zmysłowe, trzeci — nieświadome procesy psychiczne, konflikty, wyobrażenia, reprezentacje siebie i znaczących osób. Autorzy ci w swojej pracy terapeutycznej koncentrują się głównie na ostatniej z opisanych sfer doświadczenia pacjenta. Jednak, w przeciwieństwie do klasycznej psychoanalizy, wykorzystują także techniki odnoszące się bezpośrednio do pozostałych poziomów. Stricker i Gold [12] uważają świadome poznanie i zachowanie pacjenta za istotne obszary pracy same w sobie ważne, nie tylko w kontekście ukrytych motywów, jakie symbolizują. Punktem wyjścia takiego myślenia jest rozumienie zmiany jako procesu wielowymiarowego. Autorzy ci powołując się na pionierski w tym zakresie model psychoterapii Wachtela [16] sugerują, że relacja między wglądem a zmianą na poziomie emocjonalnym lub interpersonalnym nie ma charakteru jednokierunkowego. Rozwiązanie wewnętrznego konfliktu lub dotarcie do nieświadomych motywów może nie tylko powo-

dować taką zmianę (jak zakłada klasyczna psychoanaliza), ale także być jej rezultatem lub moderatorem pomiędzy jej elementami [17]. Jeśli przyjmiemy założenie, że proces zmiany może zacząć się na każdym z poziomów doświadczenia pacjenta, a raz rozpoczęty wpływa na pozostałe, uzasadnione wydaje się rozszerzenie arsenału interwencji w pracy terapeutycznej. W artykule Strickera i Golda [12] można znaleźć opis przypadku, będący ciekawą egzemplifikacją przedstawionego sposobu myślenia. W trakcie psychodynamicznie zorientowanej pracy zastosowano gestaltowską technikę dwóch krzesel, jedną z metod relaksacji oraz elementy treningu umiejętności społecznych.

Wadą propozycji Strickera i Golda jest jej intuicyjny charakter. Brakuje badań potwierdzających skuteczność tej formy terapii, a wybór odpowiedniej techniki w większości przypadków dokonywany jest na podstawie wiedzy teoretycznej lub wcześniejszych doświadczeń terapeuty [12]. Warty analizy jest również problem możliwości zastosowania tego modelu. Perspektywa korzystania z wielu technik, przy jednoczesnym braku jednoznacznych wytycznych, wymaga dużej wiedzy i uważności terapeuty. Wprowadzenie bardziej dyrektywnej metody pracy powinno być poddane gruntownej analizie — może przecież mieć źródło w nieuświadomianej chęci ochrony pacjenta przed nadmierną frustracją, być rodzajem odpowiedzi na jego obawy związane z dalszą eksploracją problemu lub po prostu wynikać z bezradności terapeuty [18].

Messer [19] podkreśla, że użycie metod charakterystycznych dla jednego podejścia w obrębie innej spójnej teoretycznej struktury zmienia ich znaczenie, ich wpływ na przebieg leczenia i jego skuteczność. Należy oczekiwać, że inny cel, funkcję i miejsce w procesie terapii będzie miało zastosowanie technik relaksacyjnych w pracy definiowanej jako zorientowana dynamicznie, niż w przypadku terapii behawioralno-poznawczej. Z drugiej strony również podstawowe podejście (np. psychoterapia psychodynamiczna) i specyficzne dla niego rodzaje interwencji będą miały inne działanie w kontekście terapii asymilatywnej w porównaniu z sytuacją klasyczną. Łatwo sobie wyobrazić, że na przykład praca nad przeniesieniem będzie wyglądać inaczej w sytuacji, kiedy terapeuta od czasu do czasu zachowuje się dyrektywnie, stosując metody typowe dla podejścia behawioralno-poznawczego. W takim przypadku aktywna ingerencja w proces myślenia, przeżywania i zachowywania się pacjenta, zmieni znaczenie pracy eksploracyjnej.

### **Psychoterapia integracji teoretycznej**

Integracja teoretyczna oznacza syntezę dwóch lub więcej modeli psychoterapii. Integracji dokonuje się z nadzieją stworzenia doskonalszej teorii, która umożliwi bardziej skuteczne działania terapeutyczne [1]. W ramach tego podejścia — jak sama nazwa na to wskazuje — nacisk kładziony jest na integrację teorii. Techniki psychoterapii stanowią temat mniej ważny. Są one dostosowywane do założeń teoretycznych.

Wyróżnić można dwie grupy psychoterapii opartej na integracji teoretycznej. Pierwsza z nich zazwyczaj łączy dwie–trzy szkoły psychoterapii. Przykładem takiego podejścia jest integracyjna terapia psychodynamiczno-behawioralna Paula Wachtela [16, 20], poznawczo-analityczna psychoterapia Anthony Ryle'a [21] i model poznawczo-interpersonalno-humanistyczny Safrana [za: 2]. Charakter integracji teoretycznej ma również podejście poznawczo-behawioralne, które jednakże obecnie traktowane jest już jako jednolity system [2]. Druga grupa psychoterapii

integracji teoretycznej charakteryzuje się większą ogólnością rozważań, stawiając sobie za cel rozumienie psychoterapii jako całości, stworzenie metateorii psychoterapii. Przykładami takiego podejścia jest ogólny model psychoterapii Orlinsky'ego i Howarda [22, 23], psychoterapia integrowana Knoblochów [za: 2], psychoterapia ogólna Grawe [za: 2] oraz transteoretyczny model psychoterapii stworzony przez Prochaskę i DiClementego [24, 25].

### **Integracyjna terapia psychodynamiczno-behawioralna Paula Wachtela**

Paul L. Wachtel jest twórcą psychoterapeutycznego podejścia, które integruje teorię psychodynamiczną z teorią behawioralną [16, 20]. Podejście to bez wątpienia można nazwać klasycznym przykładem integracji teoretycznej, w której dokonywana jest synteza ustaleń dwóch szkół [3].

Wachtel traktuje ustalenia szkoły psychoanalitycznej i behawioralnej jako wzajemnie uzupełniające się. Teoria psychoanalizy kładzie szczególny nacisk na wpływ dziecięcych pragnień, lęków oraz różnych doświadczeń z tego okresu, które mogą prowadzić do fiksacji części energii psychicznej na danych etapach rozwoju pacjenta [26]. Zakłada się zatem, iż mimo różnych późniejszych doświadczeń podstawowe właściwości struktury psychicznej jednostki nie zmieniają się. Wachtel z kolei — nie zgadzając się z psychoanalitykami — twierdzi, iż fiksacja na danym etapie rozwoju dziecka podlega zmianie pod wpływem bieżących doświadczeń. To fundamentalne twierdzenie Wachtela stanowi pomost, który umożliwia połączenie teorii psychoanalitycznej z behawioralną, podkreślającą znaczenie procesu uczenia się [3].

Drugie podstawowe twierdzenie Wachtela mówi o tym, że konflikty potrzeb z dzieciństwa nie tylko powodują dane problemowe zachowanie, ale również problemowe zachowanie może wzmacniać lub zmieniać konflikty intrapsychiczne. Zatem pojęcie konfliktu może być zarówno przyczyną, jak i efektem zachowania. Taki wiecznie powtarzający się cykl, błędne koło polegające na tym, że konflikt wpływa na zachowanie, a zachowanie zwrótnie umacnia konflikt, nosi nazwę cyklicznej psychodynamiki [3]. Głównym celem terapii według Wachtela jest przerwanie tego błędnego koła [20]. W podejściu tym terapeuta koncentruje się przede wszystkim na mechanizmach, które powodują, iż patologiczny cykl cały czas się odnawia. Przerwanie tego koła może nastąpić na dwa sposoby: poprzez wgląd uzyskany dzięki interpretacji, która umożliwia uświadamianie nieświadomych treści, i tym samym wpływa na zachowanie, oraz poprzez zmianę zachowania, która w efekcie prowadzi również do zmiany treści podstawowych konfliktów. Zadaniem terapeuty jest prowadzić jednocześnie, bądź naprzemiennie, do wglądu i modyfikacji zachowania. W związku z tym korzysta on w pracy z jednym pacjentem z metod psychoterapii psychodynamicznej (np. interpretacji) oraz z metod terapii behawioralnej (np. systematycznej desensytyzacji czy prac domowych). W omawianym podejściu terapeuta okazuje empatię, autentyczność, szacunek pacjentowi. Jednakże, ze względu na stosowanie interwencji behawioralnych, rezygnuje on w relacji z pacjentem z zasady neutralności, ważnej w podejściu psychodynamicznym, na rzecz postawy pobudzającej do działania [3].

W latach późniejszych Wachtel [20] uzupełnił swoje cykliczno-psychodynamiczne podejście założeniami psychoterapii systemowej. Przyjął, iż cykliczną psychodynamikę wzmacniają dodatkowo konflikty rodzinne.

### Czynniki wspólne

Podejście oparte na czynnikach wspólnych stanowi kolejną drogę integracji psychoterapii. Jest to próba wyodrębnienia tych elementów terapii, które są odpowiedzialne za jej skuteczność i występują niezależnie od szkoły, w jakiej pracuje psychoterapeuta. Należy podkreślić, iż nie stanowi ono odrębnej metody terapeutycznej. Badacze są zgodni, iż nie można pracować wykorzystując tylko czynniki wspólne, aczkolwiek badania z tego zakresu istotnie przyczyniły się do rozwoju psychoterapii opartej na integracji teoretycznej i eklektycznej [1].

Podstawowym obszarem zainteresowań badaczy podejmujących ten temat jest identyfikacja czynników leczących, które są wspólne dla różnych form terapii. Zwolennicy tego podejścia przyjmują założenie, że różne techniki, stosowane przez szkoły o odmiennej orientacji teoretycznej, w większości przypadków prowadzą do aktywizacji tych samych elementów procesu psychoterapii i dopiero w ten sposób, pośrednio, powodują zmianę. A zatem, specyficzne zadania i procedury wykorzystywane w terapii mogą być rozumiane jako „alibi” dla zmiany pacjenta [27].

Poszukiwanie czynników wspólnych ma długą tradycję. Jako pierwszy zwraca na nie uwagę Rosenzweig, który w swoim artykule z 1936 roku zastanawia się nad problemem podobnej skuteczności różnych szkół psychoterapeutycznych. Brak różnic w zakresie efektywności wzajemnie wykluczających się podejść, początkowo stwierdzany na podstawie indywidualnych doświadczeń, później obserwowany również w wielu badaniach [28], znany jest w literaturze jako werdykt ptaka Dodo. Ten bohater *Alicji w krainie czarów*, książki Lewisa Carrolla, ogłosił zwycięstwo wszystkich uczestników wyścigu, pomimo że pobiegli oni w przeciwnych kierunkach. Rosenzweig jako pierwszy zaproponował porównanie sytuacji rywalizacji między szkołami psychoterapii do tych baśniowych zawodów. Zastanawiał się, w jaki sposób można wyjaśnić podobne rezultaty pracy, osiągnię mimo stosowania różnych metod, często mających przeciwne założenia. Sugerował istnienie ukrytych elementów procesu terapii, innych niż te opisywane przez twórców danych szkół [29]. Wśród nich wymieniał: (1) relację terapeutyczną, (2) integrację subsystemów osobowości pacjenta, (3) zaoferowanie mu spójnego i logicznego systemu myślenia o sobie i rzeczywistości, oraz (4) właściwości terapeuty [6].

Obecnie wiedza o czynnikach wspólnych jest zdecydowanie bogatsza. Zaproponowano wiele zestawień zawierających najważniejsze — oceniane w kontekście ich wpływu na skuteczność leczenia — elementy procesu psychoterapii. Do najczęściej wymienianych należą: cechy relacji terapeutycznej, pozytywne oczekiwania pacjenta dotyczące efektów terapii, objaśnienie zaburzenia, empatia, wzmocnienie, wsparcie, regulacja afektu, odreagowanie emocji, eksploracja problemu, wgląd, konfrontacja z trudnościami, uczenie się nowych zachowań, rozwój zdolności do mentalizacji oraz nowa narracja na swój temat [27, 30]. Czesław Czabała [31], nawiązując do podziału wprowadzonego przez Lamberta i Oglesa, proponuje wyodrębnienie czterech kategorii czynników leczących. Są one związane z (1) relacją terapeutyczną, (2) nowymi doświadczeniami emocjonalnymi, (3) nowymi sposobami poznania siebie i otoczenia oraz (4) nowymi sposobami zachowania. Zwolennicy podejścia opartego na czynnikach wspólnych uważają, że mają one największy wpływ na efektywność psychoterapii. Jednakże często cytowane badania Lamberta [za: 2] przypię-



sują im jedynie 30% udziału w całkowitym efekcie terapii. Z kolei czynniki specyficzne odpowiadają jedynie za 15% zmiany pacjenta. Pozostałe elementy sytuacji terapeutycznej, wyjaśniające rezultat terapii, to czynniki zewnętrzne związane z pacjentem i jego sytuacją życiową, tzw. efekt poprawy samoistnej (40%) oraz efekt placebo (15%).

Krytycy tego podejścia zwracają uwagę na jego słabości. Podkreślają, że czynniki wspólne są przede wszystkim zbyt ogólne i abstrakcyjne, aby mogły być wykorzystane w praktyce klinicznej, oraz że są przeceniane jako warunek wystarczający do zmiany pacjenta [32, 33]. Propozycja ich zastosowania w terapii jest niewrażliwa na różnice indywidualne dotyczące klienta, terapeuty oraz rodzaj problemu. Są one oderwane od kontekstu interpersonalnego, niedostatecznie jasno zdefiniowane oraz nie tak podobne i porównywalne jak się powszechnie uważa. Nie są również, jak sugerował to Rosenzweig [6], jedynym możliwym wyjaśnieniem porównywalnej efektywności różnych podejść terapeutycznych. Istnieją alternatywne wyjaśnienia: brak odpowiednich narzędzi statystycznych, źle zaplanowane badania lub użycie mało wrażliwych narzędzi badawczych [30].

### Uwagi końcowe

Cele ruchu na rzecz integracji psychoterapii można prawdopodobnie zawęzić do trzech głównych aspektów: (1) poznawczego, (2) pragmatycznego oraz (3) związanego ze środowiskiem psychoterapeutów.

Wydaje się, że w ostatnich latach w największym stopniu został osiągnięty cel pierwszy: lepsze poznanie procesu psychoterapii oraz czynników leczących, bez ograniczania się do perspektywy jednej teorii psychoterapii [34]. Swobodny przepływ myśli, atmosfera otwartości i innowacyjności wśród zwolenników integracji psychoterapii zaowocowała wieloma konkluzywnymi badaniami oraz kilkudziesięcioma integracyjnymi modelami.

Drugi cel integracji psychoterapii jest obecnie realizowany w mniejszym stopniu niż pierwszy [34, 35]. Podejście pragmatyczne koncentruje się na zwiększeniu efektywności psychoterapii. Liczba badań nad skutecznością psychoterapii integracyjnej znacznie wzrosła w ostatnim dziesięcioleciu. Nadal jednak skuteczność wielu szkół tego nurtu nie została poddana badaniom naukowym [36]. Brak szeroko zakrojonych badań dotyczy m.in. tak wpływowych szkół jak terapia multimodalna Lazarusa oraz podejście cyklicznej psychodynamiki Wachtela.

Trzeci cel związany jest z integracją środowiska praktyków i teoretyków psychoterapii. W opinii Wachtela i Goldfrieda [35] integracja środowiska, chociaż mało widoczna na poziomie zbiorowym, jest znacząca na poziomie indywidualnym. Otóż z jednej strony organizacje reprezentujące różne szkoły psychoterapii nadal są niechętne oficjalnie wprowadzać innowacje do teorii i praktyki własnego podejścia, jednakże widoczna jest duża zmiana na poziomie jednostek. Psychoterapeuci są dużo bardziej otwarci, niż kiedyś, na propozycje innych szkół.

### Piśmiennictwo

1. Norcross JC. A primer on psychotherapy integration. W: Norcross JC, Goldfried MR, red. Handbook of psychotherapy integration. New York: Oxford University Press; 2005, s. 3–23.
2. Kratochvil S. Podstawy psychoterapii. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2003.

3. Prochaska JO, Norcross JC. Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2006.
4. Leder S, Siwiak-Kobayashi MM. Psychoterapia poznawcza a psychoterapia integracyjna. *Psychoter.* 2005; 1: 5–25.
5. Goldfried MR, Pachankis JE, Bell AC. A history of psychotherapy integration. W: Norcross JC, Goldfried MR, red. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press; 2005, s. 24–60.
6. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *J. Psychother. Integr.* 2002; 12, 1: 5–9. (Reprint from: Saul Rosenzweig Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am. J. Orthopsychol.* 1936; 412–415).
7. Czabała JC, Brykczyńska C. Psychoterapeuci w Polsce na tle innych krajów europejskich – badania w wybranych ośrodkach psychoterapeutycznych. *Psychoter.* 2000; 4: 5–12.
8. Beutler LE, Consoli AJ, Lane G. Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy: An integrative eclectic approach. W: Norcross JC, Goldfried MR, red. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press; 2005, s. 121–143.
9. Lazarus AA. *The practice of multimodal therapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1989.
10. Lazarus AA. *Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way*. New York: Springer; 1997.
11. Lazarus AA. Multimodal therapy. W: Norcross JC, Goldfried MR, red. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press; 2005, s. 105–120.
12. Stricker G, Gold JR. Psychotherapy integration: An assimilative, psychodynamic approach. *Clin. Psychol. Sc. Pract.* 1996; 3: 47–58.
13. Stricker G, Gold J. Assimilative psychodynamic psychotherapy. W: Norcross JC, Goldfried MR, red. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press; 2005, s. 221–240.
14. Castonguay LG, Newman MG, Borkovec TD, Holtforth MG, Maramba GG. Cognitive-behavioral assimilative integration. W: Norcross JC, Goldfried MR, red. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press; 2005, s. 241–260.
15. Stricker G, Gold JR. A psychodynamic approach to the personality disorders. *J. Personal. Disor.* 1988; 2: 350–359.
16. Wachtel PL. *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic; 1977.
17. Stricker G. Reflections on psychotherapy integration. *Clin. Psychol. Sc. Pract.* 1994;1: 3–12.
18. Messer SB, Winokur M. Some limits to the integration of psychoanalytic and behavior therapy. *Am. Psychol.* 1980; 9: 818–827.
19. Messer SB. A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. W: Norcross JC, Goldfried MR, red. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic; 1992, s. 130–168.
20. Wachtel PL, Kruk JC, McKinney MK. Cyclical psychodynamics and integrative relational psychotherapy. W: Norcross JC, Goldfried MR, red. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press; 2005, s. 172–195.
21. Ryle A. Cognitive analytic therapy. W: Norcross JC, Goldfried MR, red. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press; 2005, s. 196–217.
22. Mroziak B. Orlinsky’ego i Howarda ogólny model psychoterapii. *Psychoter.* 1992; 81: 11–18.
23. Orlinsky DE, Howard KI. A generic model of psychotherapy. *J. Integr. Eclectic Psychother.* 1987; 6: 6–27.

24. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother. Theory Res. Pract.* 1982; 19: 276–288.
25. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach. W: Norcross JC, Goldfried MR, red. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press; 2005, s. 147–71.
26. Kilingmo B. Psychoanalityczna metoda leczenia. Zasady i pojęcia. Gdańsk: GWP; 1995.
27. Jorgensen CR. Active ingredients in individual psychotherapy. *Psychoanal. Psychol.* 2004; 4: 516–540.
28. Rakowska JM. Skuteczność psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2005.
29. Weinberger J. Short paper, large impact: Rosenzweig's influence on the common factors movement. *J. Psychother. Integr.* 2002; 12, 1: 67–76.
30. Lampropoulos GK. Evolving psychotherapy integration: eclectic selection and prescriptive applications of common factors in therapy. *Psychother.* 2000; 37, 4: 285–297.
31. Czabała JC. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
32. Wallner-Samstag L. The common versus unique factor hypothesis in psychotherapy research: did we misinterpret Rosenzweig. *J. Psychother. Integr.* 2002; 12, 1: 58–66.
33. Safran JD, Messer SB. Psychotherapy integration: A postmodern critique. *Clin. Psychol. Sc. Pract.* 1997; 4: 140–192.
34. Eubanks-Carter C, Burckell LA, Goldfried MR. Future directions in psychotherapy integration. W: Norcross JC, Goldfried MR, red. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press; 2005, s. 503–521.
35. Wachtel PL, Goldfried MR. A critical dialogue on psychotherapy integration. W: Norcross JC, Goldfried MR, red. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press; 2005, s. 494–502.
36. Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB. Outcome research on psychotherapy integration. W: Norcross JC, Goldfried MR, red. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press; 2005, s. 459–493.

<sup>1</sup> Adres: Instytut Psychiatrii i Neurologii, III Klinika Psychiatryczna, F9, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, e-mail: malgorzata.jedrasik@swps.edu.pl

<sup>2</sup> Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, ul. Stawki 5/7 00-183 Warszawa; Katedra Psychoterapii, e-mail: rstyla@psych.uw.edu.pl

# PSYCHIATRIA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO  
ZAŁOŻONY W 1923 R. PRZEZ RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA  
POD NAZWĄ „ROCZNIK PSYCHIATRYCZNY”

---

ROK 2009 LIPIEC–SIERPIEŃ XLIII NR 4

---

*Indeksowane w:* Medline/Index Medicus, EMBASE/Excerpta Medica,  
Science Citation Index Expanded (SciSearch) i Journal Citation Reports/Science Edition,  
PsycINFO I.C. (6,92 pkt), 6 pkt MNiSW

## SPIS TREŚCI

### **Epidemiologia zaburzeń psychicznych – dotychczasowe doświadczenia**

Monika Kantorska-Janiec, Andrzej Kiejna, Grażyna Świątkiewicz,  
Marta Zagdańska 375

### **Akutyzyja – diagnoza, patofizjologia i terapia**

Tomasz Zyss, Marta Banach, Andrzej Zięba 387

### **Kilka pytań o naturę urojeń w świetle współczesnych neurobiologicznych koncepcji psychozy**

Sławomir Murawiec 403

### **Wpływ objawów pozytywnych i negatywnych na zachowania samobójcze w schizofrenii. Przegląd aktualnej literatury**

Marta Makara-Studzińska, Anna Koślak 411

### **Charakterystyka populacji objętej środowiskowym systemem rehabilitacji i wsparcia społecznego**

Paweł Bronowski, Maryla Sawicka, Sylwia Kluczyńska 421

### **Kwestionariusz Oceny Zaangażowania (Involvement Evaluation Questionnaire) – charakterystyka i zastosowanie**

Magdalena Ciałkowska, Tomasz Hadryś, Andrzej Kiejna 435

### **Interwencja psychologiczna w zespole kompulsywnego jedzenia**

Monika Bąk-Sosnowska 445

### **Zastosowanie psychoterapii grupowej w leczeniu dziewcząt i kobiet z diagnozą anoreksji psychicznej (prezentacja modelu terapeutycznej pracy w Ośrodku Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia „Dąbrówka” – doświadczenia własne)**

Bernadetta Izydorczyk, Elżbieta Niziołek 457

### **Podejrzenie zespołu Aspergera u mężczyzny z przewlekłymi zaburzeniami zachowania i emocji – opis przypadku**

Marcin Jabłoński, Paweł Sacha, Andrzej Grymek, Gabriela Ryczkowska 469