

Renata Kleszcz-Szczyrba

„POMAGAĆ SOBĄ” — ROZWAŻANIA NA TEMAT CZYNNIKÓW NIESPECYFICZNYCH W PSYCHOTERAPII ZWIĄZANYCH Z OSOBĄ PSYCHOTERAPEUTY

„HELPING BY ONESELF” — THINKING ABOUT THE NON-SPECIFIC FACTORS IN PSYCHOTHERAPY CONNECTED WITH A PSYCHOTHERAPIST

Uniwersytet Śląski w Katowicach, Zakład Psychologii Zdrowia i Jakości Życia

Kierownik: prof. UŚ dr hab. Małgorzata Górnik-Durose

Polski Instytut Ericksonowski filia w Katowicach

Dyrektor: mgr Maria Marquardt

**psychotherapist
therapeutic factors in
psychotherapy**

Autorka podejmuje temat czynników leczących w procesie psychoterapii, specyficznych i niespecyficznych. W artykule zasadnicza część rozważań skoncentrowana jest na niespecyficznych czynnikach leczących, związanych z osobą psychoterapeuty, jego predyspozycjach osobistych, tych, które czynią go zdolnym do adekwatnego pomagania w procesie uzyskiwania pozytywnych zmian przez pacjentów.

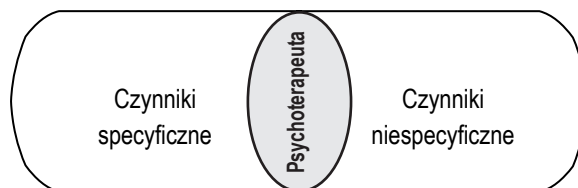
Summary: Among the factors of effective psychotherapy, apart from the methods and approaches, the most commonly referred to are: the characteristics of the therapist, the patient characteristics and the characteristics of the therapeutic process. This article focuses on the person of the psychotherapist in creating changes, in particular on those properties that affect the quality of the therapeutic relationship. Specific and nonspecific factors associated with a therapist are distinguished, and the role of the last one in the process of psychotherapy is specifically considered.

Wstęp

Wśród zmiennych mogących mieć wpływ na efektywność psychoterapii, oprócz stosowanych w niej metod, najczęściej wymienia się: właściwości terapeuty, właściwości pacjenta oraz właściwości procesu terapeutycznego [1]. Psychoterapeuta, jako moderator zmian, powinien być wyposażony nie tylko w odpowiednią wiedzę (ciągle uaktualnianą i wzbogacaną doświadczeniem), ale przede wszystkim mieć określone predyspozycje osobiste, czyniące go zdolnym do dobrego pomagania innym.

Choć przedstawiciele różnych podejść terapeutycznych różnią się w ocenie znaczenia i wpływu relacji terapeutycznej na proces psychoterapii, to jednak wszyscy zgadzają się co do tego, że jest ona bardzo ważnym czynnikiem leczącym [2, 3]. Kreatorami tej relacji są oczywiście pacjent i terapeuta, a relacyjny wymiar psychoterapii stanowią emocje i postawy, tych dwóch podmiotów [por. 3]. Wiele zmiennych zdaje się mieć wpływ na

jakość tych emocji i postaw. Wydaje się, iż po stronie terapeuty (gdyż to on stanowi przedmiot niniejszych rozważań) istotne są dwie grupy czynników: czynniki specyficzne, będące szczególnymi właściwościami terapeuty jako reprezentanta określonego podejścia teoretycznego, i czynniki niespecyficzne, obejmujące pewne wspólne różnym terapeutom obszary i okoliczności ich pracy. Można posłużyć się alegorią, iż psychoterapeuta, jako „narzędzie zmiany”, jest „zbudowany” właśnie z takich dwóch obszarów, co ilustruje rysunek 1.



Rys. 1. Czynniki specyficzne i niespecyficzne związane z osobą psychoterapeuty

Wprowadzony w niniejszym tekście podział na czynniki specyficzne i niespecyficzne pokazuje, iż są pewne przewidywalne i łatwo identyfikowalne zmienne określające funkcjonowanie danego psychoterapeuty w procesie terapeutycznym (czynniki specyficzne) oraz obszary, które dla przeciwwagi można nazwać zmiennymi trudno przewidywalnymi, nie zawsze zauważalnymi, dodatnio lub ujemnie modyfikującymi kierunek procesu terapeutycznego (czynniki niespecyficzne). W niniejszym tekście zasadnicza część rozważań poświęcona będzie tym drugim.

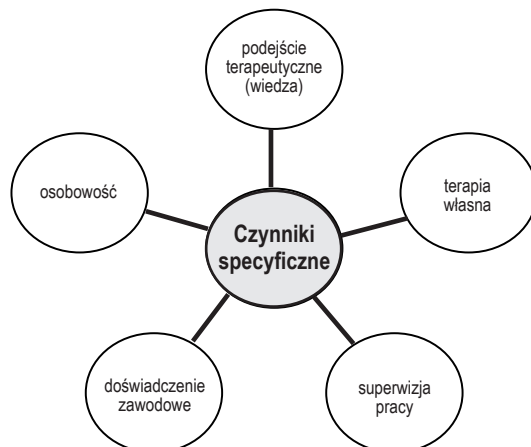
Ogólne spojrzenie na czynniki specyficzne związane z osobą psychoterapeuty

Psychoterapeuta najczęściej pracuje w określonym podejściu teoretycznym. Nawet jeśli jest tzw. eklektykiem, to aspekty różnych podejść składających się na ów eklektyzm jasno dookreślają jego sposób pracy. Bycie psychoterapeutą jest związane z procesem uczenia się i nabywania doświadczeń oraz z wewnętrznym samorozwojem.

Do czynników specyficznych, kształtujących proces psychoterapii i jakość relacji terapeutycznej, związanych z osobą terapeuty, można zaliczyć: podejście teoretyczne, w jakim prowadzona jest terapia, doświadczenie zawodowe terapeuty, terapię własną terapeuty, jego pracę pod superwizją oraz osobowość (patrz: rysunek 2). Można postawić słuszne pytanie: skąd taka propozycja ujęcia czynników specyficznych?

Otóż warto zauważyć, że każdy profesjonalny psychoterapeuta, jako moderator zmian, reprezentuje określone podejście teoretyczne, czyli dysponuje określoną wiedzą z zakresu psychoterapii, która pozwala mu kontrolować przebieg procesu leczenia. Dzięki tej wiedzy rozumie mechanizm powstawania zaburzeń i formułuje nadrzędny cel terapeutyczny, co specyficznie ukierunkowuje sposób pracy. Ponadto potrafi na każdym etapie procesu osiągania zmiany reflektować dynamikę tego procesu, dobierając adekwatne procedury lecznicze (techniki pracy terapeutycznej). Co więcej, choć pracuje w określonym podejściu teoretycznym, dysponuje wiedzą wykraczającą poza to podejście, wykazując się umiejętnością spojrzenia na dany proces terapeutyczny także z innej, niż własna, perspektywy teoretycznej. Swoją wiedzę ubogaca poprzez nabywane (skorelowane ze specyfiką podej-

ścia, którego jest reprezentantem) doświadczenie (praktyka terapeutyczna) oraz poddawanie swej pracy ocenie i kontroli tzw. superwizora, który ocenia proces leczenia w zgodzie ze specyfiką podejścia, w jakim pracuje terapeuta.



Rys 2. Czynniki specyficzne związane z osobą psychoterapeuty

Jak wspomniano we wstępie, psychoterapeuta nie tylko winien dysponować odpowiednią wiedzą teoretyczną i praktyczną, ale także mieć określone predyspozycje osobiste, czyniące go zdolnym do dobrego pomagania innym. Predyspozycje te wyznacza jego osobowość (często różne szkoły psychoterapii uwzględniają tę kwestię w procesie naboru kandydatów) oraz trening terapeutyczny czy doświadczenie terapii własnej, najczęściej prowadzonej w tym nurcie, którego będzie (jest) reprezentantem jako terapeuta.

Należy mocno podkreślić, że osobowość terapeuty zdaje się wyznaczać odrębny obszar dyskusji na temat jej miejsca w gronie czynników specyficznych bądź niespecyficznych istotnych dla przebiegu terapii. Zdaniem autorki niniejszego artykułu warto zastanowić się nad związkiem pomiędzy osobowością psychoterapeuty a podejściem terapeutycznym, jakie ów terapeuta wybiera w swojej pracy terapeutycznej. Empiryczne wykazanie takiego związku sugerowałoby zaliczenie osobowości do czynników specyficznych (specyfika podejścia terapeutycznego przyciągająca osoby o specyficznej osobowości).

Jak ważną rolę odgrywają czynniki osobowościowe w pracy terapeuty, niech świadczy fakt, iż zaczęto zwracać na nie uwagę już ponad ćwierć wieku temu. W badaniach Struppa i Hadley [4] pozytywne zmiany, jakich doświadczali pacjenci — niezależnie, czy byli leczeni przez grupę profesjonalnych terapeutów (a więc mających przygotowanie teoretyczne), czy przez grupę dobranych do badań amatorów (niemających przygotowania teoretycznego, ale dobranych pod względem takich cech osobowości, jak ciepło, otwartość, serdeczność, wiarygodność) — były efektem nawiązanej relacji międzyludzkiej. Te wyniki umiejscawiałyby osobowość terapeuty wśród czynników niespecyficznych istotnych dla przebiegu terapii.

Zdaniem Struppa i współautorów *należy wątpić w mądrość uczenia technik terapeutycznych, które nie są zakotwiczone w szerokiej koncepcji rozwoju osobistego* [5, s. 690]. A więc ani sama wiedza dotycząca określonego podejścia terapeutycznego, ani sama znajomość charakterystycznych technik pracy nie są wystarczające. Dopiero połączone z wewnętrzn-

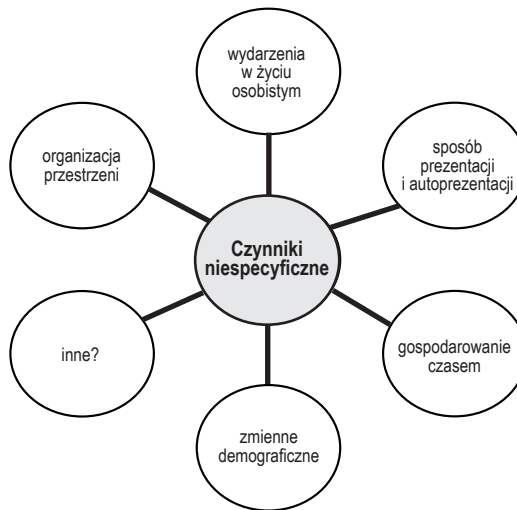
nym samorozwojem dają pełny obraz możliwości i ograniczeń danego terapeuty. Zatem, biorąc pod uwagę znaczenie specyficznych predyspozycji osobowościowych przy wyborze określonego (specyficznego) podejścia pracy terapeutycznej, można włączyć osobowość terapeuty w wiele czynników specyficznych istotnych dla przebiegu terapii.

Z uwagi na powyższe rozważania, osobowość terapeuty być może powinna być przedmiotem zupełnie odrębnej, niezależnej dyskusji i analizy, niemniej w niniejszych rozważaniach włączono ją do grupy czynników specyficznych.

Wydaje się, że wyróżnionych pięć czynników, z których część stanowi potencjał wrodzony terapeuty jako osoby, a część potencjał nabyty, wpływa na specyfikę pracy terapeutycznej i jakość budowanych relacji z pacjentami. Biorąc pod uwagę fakt, iż w psychoterapii istnieją różne paradygmaty pracy, które wymagają różnych predyspozycji osobowościowych, w różny sposób rozumieją mechanizm powstawania zaburzeń, w różny sposób definiują problem i formułują nadrzędny cel terapii, a także dysponują różnymi sposobami (technikami) osiągania zmiany, różnie wreszcie rozumiejąc także relację terapeutyczną, można powiedzieć, nawiązując do wprowadzonej wcześniej alegorii, że terapeuta jest bardzo precyzyjnym „narzędziem zmiany”.

Czynniki niespecyficzne związane z osobą terapeuty

Niespecyficzne czynniki związane z osobą terapeuty obejmują pewne wspólne różnym terapeutom obszary i okoliczności ich pracy — a więc niezależne od reprezentowanego przez nich podejścia teoretycznego — które mogą modyfikować relację terapeutyczną (konfigurację przeniesień) oraz proces zmiany. W sposób graficzny przedstawione one zostały na rysunku 3.



Rys 3. Czynniki niespecyficzne związane z osobą psychoterapeuty

Praktyka terapeutyczna pokazuje, że różne zmienne (nazwano je czynnikami niespecyficznymi) mogą mieć „nieoczekiwane” znaczenie w procesie terapeutycznym, w szczególności w odniesieniu do relacji terapeutycznej. Wydaje się, iż wśród najważniejszych

czynników niespecyficznych można wyróżnić: zmienne demograficzne, organizację przestrzeni terapeutycznej, gospodarowanie czasem, wydarzenia w życiu osobistym terapeuty, sposób prezentacji i autoprezentacji terapeuty oraz inne nieokreślone czynniki.

- Zmienne demograficzne

Każdy terapeuta (i pacjent) jest reprezentantem określonej płci, grupy wiekowej, a także rasy i kultury narodowej. Pojawia się pytanie, czy i w jakim stopniu cechy te mogą wpływać na relację terapeutyczną i modyfikować przebieg procesu leczenia, czyli jak interakcja wieku, płci, rasy i przynależności kulturowej terapeuty i pacjenta wpływa na jakość relacji terapeutycznej i efektywność psychoterapii?

Badania pokazują, iż zmienna wieku zasadniczo nie ma wpływu na uzyskiwane wyniki terapii, niemniej są także i takie badania, które wpływ taki wykazują. Przynoszą one jednak niespójne wnioski — z jednej strony mówiące o tym, że podobieństwo terapeuty i pacjenta pod względem wieku jest korzystniejsze niż różnice, z drugiej strony pokazujące, że terapeuci odnoszą sukcesy w pracy z pacjentami zarówno starszymi, jak i młodszymi od nich.

Dla przykładu — badania Dembo i wsp. [6] pokazują, że pacjenci z określonej grupy wiekowej, którzy pracowali z terapeutami w tym samym wieku, uzyskiwali lepsze efekty terapii niż pacjenci, którzy pracowali z terapeutami starszymi lub młodszymi o więcej niż 10 lat. Dla przeciwwagi — badania Beck [7] przeprowadzone wśród ponad 200 terapeutów i ponad 1500 pacjentów pokazują, że terapeuci młodszy o ponad 10 lat od swych pacjentów uzyskiwali gorsze wyniki niż ci terapeuci, którzy byli w tym samym wieku — lub nieco starsi — co ich pacjenci.

Podobne rozbieżności można spotkać analizując badania dotyczące znaczenia podobieństw vs różnic między terapeutą a pacjentem, pod względem płci i pochodzenia etnicznego w procesie psychoterapii — jedne dostarczają dowodów na temat braku ich związku z efektami terapii, inne z kolei wykazują taki związek. Na przykład badania Jonesa i wsp. [8] pokazują, że kobiety uzyskują lepsze rezultaty w pracy z psychoterapeutami będącymi kobietami niż z psychoterapeutami będącymi mężczyznami. Płeć terapeuty ma tutaj szczególne znaczenie w przypadku terapii kobiet będących ofiarami gwałtu. Ciekawych wniosków dostarczyły także badania Jonesa i Zoppel [9]. W zależności od tego, czy znaczenie płci miało być oceniane przez terapeutę czy przez pacjenta, wyniki były różne: psychoterapeutki oceniały, że uzyskiwały lepsze wyniki w pracy z kobietami, natomiast pacjenci stwierdzali podobną efektywność terapii prowadzonej zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn.

Podobnie niejednoznaczne wnioski wynikają z wielu badań nad wpływem pochodzenia etnicznego terapeuty i pacjenta na jakość terapii. Jedne dostarczają dowodów na brak związku, inne — przeciwnie — wykazują taki związek, najczęściej polegający na tym, że lepsze efekty terapeutyczne uzyskiwane są, kiedy istnieje podobieństwo etniczne między terapeutą a pacjentem.

Dostępne wyniki badań nie dostarczają spójnych wniosków, mogą potwierdzić lub obalić niemal każdą hipotezę dotyczącą wpływu zmiennych demograficznych terapeuty i pacjenta na proces psychoterapii i jakość relacji terapeutycznej. To wzmacnia przekonania

nie o zmiennych demograficznych jako czynnikach niespecyficznych kształtujących ten proces i tę relację.

Badania nie zawsze potwierdzają znaczenie tych zmiennych, które wielu uznawałoby za znaczące dla przebiegu terapii. Trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że coś jest nieistotne (bądź niejednoznaczne) statystycznie, ale znaczące klinicznie. W tym kontekście pojawia się warte pogłębionej refleksji pytanie: dla której ze stron relacji terapeutycznej wiek, płeć i pochodzenie etniczne (rasa, kultura) mają większe znaczenie, jakie konfiguracje przeniesieniowe mogą być prowokowane przez zmienne demograficzne oraz jakie konsekwencje wynikają z tego dla procesu terapeutycznego na różnych jego etapach?

Należy podkreślić, że badania dotyczące wpływu zmiennych demograficznych na pacjenta były przeprowadzane w populacji amerykańskiej, niemieckiej i angielskiej, w których wielokulturowość jest zjawiskiem powszechnym, podobnie jak, mająca już relatywnie długą historię, dostępność psychoterapii. Trudno wyniki tych badań bezkrytycznie adaptować do warunków polskich. Polska, jako kraj transformacji ustrojowej, będący od niedawna w strukturach europejskich, dopiero otwiera się na znaczący napływ innych kultur i narodowości. Rysująca się od niedawna możliwość szkoleń w zakresie psychoterapii i dostępność psychoterapii jako formy leczenia, dopiero stwarza terapeutom i pacjentom możliwość wzajemnego poznawania się i budowania oczekiwań. Warto zadać pytanie, czy polscy terapeuci są przygotowani na nowych pacjentów – różnej płci, bądź też tej samej, ale o różnej orientacji seksualnej, o innym kolorze skóry, wyznających odmienne wartości kulturowe, w różnym wieku — a także, czy pacjenci są otwarci na nowych terapeutów, szukających zatrudnienia w naszym kraju?

Wydaje się, iż pomimo niespójnych doniesień naukowych, wzajemne interakcje pomiędzy terapeutą a pacjentem oparte na podobieństwie lub odmienności demograficznej, jako znaczące klinicznie, muszą być przedmiotem uwagi zarówno terapeutów, jak i superwizorów. Zwłaszcza że ich znaczenie może nabierać mocy dopiero w odniesieniu do indywidualnego problemu pacjenta lub nieprzepracowanych obszarów funkcjonowania terapeuty.

- Organizacja przestrzeni terapeutycznej

Każdy terapeuta pracuje z pacjentem w określonej przestrzeni fizycznej. Sposób organizacji tej przestrzeni może spowalniać lub dynamizować proces zmiany. *Należy w większym stopniu przejawiać dbałość o stronę socjotechniczną psychoterapii, gdyż może ona stać się efektywnym niespecyficznym czynnikiem terapeutycznym* [10, s. 90].

Dla właściwego kształtowania przebiegu procesu terapeutycznego duże znaczenie ma optymalny dystans między terapeutą a pacjentem. Zarówno zbyt bliska odległość (naruszająca intymność), jak i zbyt daleka (prowokująca odrzucenie) mogą niepostrzeżenie wpływać na jakość terapii. W zachowaniach przestrzennych wyróżnia się cztery strefy kontaktów i interakcji międzyludzkich (strefa intymna 0–45 cm; strefa osobista 45–120 cm; strefa społeczna 1,2–3,6 m; strefa publiczna 3,6–6 m) [11, 12]. Najlepszym dystansem dla rozwoju dobrej relacji terapeutycznej jest odległość wyznaczona górną granicą strefy osobistej lub dolną granicą strefy społecznej, czyli odległość 120 cm [10]. Pacjenci zależni, ze zwiększoną potrzebą kontaktu, deprywacją emocjonalną, prawdopodobnie będą dążyć do przekroczenia tej granicy (zbliżenia do terapeuty), z kolei pacjenci zdystansowani,

lękowi, z różnych powodów nieufni, prawdopodobnie będą dążyć do poszerzania tej granicy (oddalenia od terapeuty). Kreowanie strefy kontaktu przez terapeutę może zatem być istotnym niespecyficznym czynnikiem diagnostycznym i terapeutycznym.

Kształtowanie przez psychoterapeutę otoczenia, podyktowane świadomością jego komunikacyjnej funkcji, może wpływać na komfort leczenia pacjenta. Bardzo wnikliwą analizę zachowań przestrzennych w relacji terapeutycznej przeprowadza W. Sikorski [10]. Urządzając gabinet, warto pamiętać o zachowaniu optymalności. Optymalna powinna być powierzchnia gabinetu — zbyt duża utrudnia nawiązanie bliskiej relacji terapeutycznej, zbyt mała może naruszać strefę intymną. Umeblowanie i kolorystyka pomieszczenia także powinny być optymalne — przesadny komfort może wyzwać nadmierną bliskość, zbytnia zaś surowość wnętrza powodować dyskomfort i utrzymywanie dystansu. Wystrój wnętrza powinien być optymalny — nie powinien zbyt „odkrywać” osoby terapeuty, jego upodobań, pasji, przyzwyczajęń, sposobu bycia, gdyż może to zaburzać neutralność i prowokować określone reakcje pacjentów, wpływając na jakość relacji terapeutycznej. Usytuowanie gabinetu powinno być optymalne — najlepiej w miejscu zacisznym, budzącym pozytywne skojarzenia.

W zależności od reprezentowanego podejścia, terapeuta może w różnorodny sposób wykorzystywać przestrzeń, w której odbywa się terapia. Stałość i neutralność w organizacji przestrzeni charakteryzuje terapie analityczne. Wynika to oczywiście z ich specyfiki — odpowiednia organizacja przestrzeni pomaga uruchomić mechanizm przeniesieniowy. Ewolucja psychoterapii, podyktowana rozwojem psychologii jako nauki, a także pojawianiem się coraz to nowych odbiorców psychoterapii (formy terapii grupowych, terapia par, rodzin) spowodowało zmiany w przestrzeniach poprzez zwiększanie powierzchni pomieszczeń, ich wystroju i funkcjonalności. Krąg terapeutyczny i zajmowanie określonych miejsc w terapii grupowej, lustra weneckie w terapii systemowej, wyposażanie gabinetów w różnego rodzaju miejsca siedzące (krzesła, kanapy, fotele) oraz sposób ich zajmowania przez pacjentów, mający dla terapeuty znaczenie diagnostyczne, to tylko nieliczne przykłady psychoterapeutycznego wykorzystania przestrzeni w terapii.

Wykorzystywanie przestrzeni zaczyna mieć coraz większe znaczenie w psychoterapii — komunikacyjna funkcja otoczenia daje nowe możliwości diagnostyczne i terapeutyczne. Warto, aby terapeuta zdawał sobie sprawę ze znaczenia, jakie organizacja przestrzeni ma w budowaniu dobrej relacji terapeutycznej, świadomie tę przestrzeń kreował, pozostając w zgodzie z reprezentowanym podejściem pracy terapeutycznej.

● Gospodarowanie czasem

Bardzo ważnym aspektem pracy terapeutycznej jest dobre gospodarowanie czasem i związana z tym dbałość terapeuty o własną higienę psychiczną. Należy podkreślić, iż praca terapeuty jest bardzo energochłonna i ważne jest takie jej zaplanowanie, aby możliwa była jak największa wydajność przy jak najmniejszych kosztach psychicznych i fizycznych.

Warto przy tej okazji przyjrzeć się biologicznym rytmom okołodobowym [13]. Umysł jest w szczytowej formie w ciągu dnia około godz. 10.00 oraz od godz. 17.00 do godz. 20.00. Z kolei naturalny spadek wydajności umysłowej następuje między godz. 14.00 a 15.00 oraz około godz. 22.00. Ważne, aby każdy terapeuta obserwował własne rytmy okołodobowe — kiedy jego energia jest na wysokim, a kiedy na niskim poziomie — gdyż

indywidualna zwiększona wydajność umysłowa może odpowiadać podanym przedziałom czasowym bądź nieco się od nich odchyłać. Warto tak zorganizować czas pracy, aby sesje z pacjentami odbywać w godzinach popołudniowych oraz późnym popołudniem i wieczorem, unikać zaś intensywnego wysiłku umysłowego, a takim bez wątpienia jest dla psychoterapeuty spotkanie z pacjentem, w momentach naturalnego dobowego spadku energii. Naturalny spadek energii u terapeuty, objawiający się określonym zachowaniem niewerbalnym (np. ziewanie), pacjent niekoniecznie musi zinterpretować jako zmęczenie, ale odczytać jako brak zainteresowania jego osobą, brak zaangażowania w pomoc, odrzucenie, bezradność itp.

Pacjenci także funkcjonują na określonych poziomach energetycznych — np. osoby depresyjne pochłaniają energię (potrzebują od innych energii do życia, której sami nie mają). Warto tak organizować spotkania terapeutyczne z nimi, aby ich poziom energetyczny nie był jednostajny. Z pewnością sesje terapeutyczne z kilkoma pacjentami depresyjnymi z rzędu mogą niepostrzeżenie i niepotrzebnie powodować u terapeuty sukcesywny spadek energii, podczas gdy większa różnorodność przypadków pozwalałaby na utrzymanie energii na bardziej optymalnym poziomie. Choć w rzeczywistości terapeutycznej (zwłaszcza w warunkach poradni) trudno o tak przemyślaną organizację przyjmowania pacjentów, to jednak warto wziąć to pod uwagę i bardziej uświadomić sobie znaczenie różnych czynników niespecyficznych dla jakości pracy terapeutycznej.

Ważne, aby terapeuta dbał o regenerację sił, a więc właściwie odpoczywał — najlepiej, aby przeciwwagą dla wzmożonego wysiłku umysłowego był odpoczynek fizyczny. Relatywnie często można spotkać się z przykładami terapeutów, którzy cały okres wakacyjny przeznaczają na regenerację sił, całkowicie zawieszając w tym czasie swoją działalność terapeutyczną. Wydaje się to adekwatną przeciwwagą dla wzmożonego wysiłku umysłowego, jaki wkładają w swoją pracę w ciągu pozostałych miesięcy w roku. Ważne, aby pacjenci odpowiednio wcześniej byli informowani o takich przerwach i adaptowani do nich.

Wiele drobnych kwestii wydaje się mieć nie mniejsze znaczenie, jeśli chodzi o gospodarowanie czasem. Są nimi bez wątpienia: dbałość psychoterapeuty o chwile przerwy między sesjami, jego punktualność, przewidywalność związana z czasem (tzn. czy często odwołuje sesje; czy odwołuje je w ostatniej chwili, czy też daje pacjentowi czas na adaptację do tego faktu), a także optymalna liczba pacjentów (grup), jaka pozostaje u niego w terapii i związana z tym liczba sesji (spotkań terapeutycznych) w miesiącu.

Właściwe gospodarowanie czasem przez psychoterapeutę może mieć bardzo duże znaczenie w procesie psychoterapii. Warto, aby terapeuta zdawał sobie sprawę z roli, jaką odgrywają czynniki niespecyficzne związane z czasem w budowaniu dobrej relacji terapeutycznej i świadomie ten czas organizował.

● Wydarzenia w życiu osobistym

Psychoterapeuta ma za zadanie zapewniać relację terapeutyczną niezamąconą wydarzeniami i okolicznościami ze swojego własnego życia. Często jednak zapewnienie niezmienności terapeuty w tym zakresie jest niemożliwe, wpływ wielu wydarzeń życiowych jest bowiem na tyle istotny, że w sposób bardzo widoczny może modyfikować relację terapeutyczną.

Jak zauważył Flaherty [14], istnieje bardzo szeroka interpretacja problemu odkrywania się przez terapeutę, rozciągająca się, zależnie od jego orientacji teoretycznej oraz osobowości, od niemalże żadnego odsłonięcia do przyzwolenia na ekstremalne ujawnienie. W związku z tym nie ma jednolitego stanowiska w tej kwestii, za którym mogliby podążać terapeuci, co wzmacnia traktowanie tej zmiennej jako czynnika niespecyficznego w procesie terapeutycznym.

J. Guy [15]¹ przeprowadził szeroką metaanalizę dotyczącą wpływu znaczących wydarzeń z życia osobistego psychoterapeuty na relację terapeutyczną i przebieg terapii. Uwzględnił w niej takie wydarzenia z życia terapeuty, jak: małżeństwo, ciąża i rodzicielstwo, przeprowadzka, wejście w wiek średni, rozwód, odejście dzieci, śmierć bliskiej osoby, choroba i niepełnosprawność, późna dorosłość, starzenie się i przechodzenie na emeryturę oraz choroba terminalna. Oczywiście wydarzenia te mogą nabierać istotnego znaczenia, jeśli związana z nimi zmiana w życiu osobistym terapeuty następuje w trakcie trwającego procesu terapeutycznego danego pacjenta.

Aby pokazać wpływ znaczących wydarzeń z życia osobistego terapeuty na jakość relacji terapeutycznej i przebieg terapii, warto przytoczyć obserwacje innego autora. Analityk L. Anisfeld [16] podaje wiele przykładów z własnej praktyki terapeutycznej, kiedy to jego widoczna niepełnosprawność wpłynęła na rozwój przeniesienia u pacjentów i jakość relacji terapeutycznej. W przypadku jednego z pacjentów niepełnosprawność terapeuty stworzyła możliwość przepracowania przez pacjenta negatywnego obrazu siebie; w pracy terapeutycznej z innym pacjentem (z zaburzeniami wzrokowo-motorycznymi) interpretacja nieświadomej pogardy tego pacjenta wobec niepełnosprawnego terapeuty oraz interpretacja jego lęków przed identyfikacją z kimś, kogo postrzegał jako tak niepełnowartościowego, jak on sam mógłby być, umożliwiły mu skonfrontowanie się z jego ograniczeniami w bardziej realistyczny sposób i uzyskanie lepszego przystosowania; jeszcze innemu pacjentowi niepełnosprawność terapeuty ułatwiła rozwiązanie w przeniesieniu niezakończony żałoby po ojcu. Tak więc niepełnosprawność terapeuty jako niespecyficzny czynnik leczący odegrała istotną rolę w procesie zmiany. Jednak, jak podkreśla sam autor: *nie twierdzą, że moja niepełnosprawność posłużyła któremuś z tych pacjentów jako jedyna czy nawet najlepsza droga do przepracowania różnych historycznie nierozwiązanych kwestii, ale że może zostać wykorzystana w różnych kontekstach do osiągnięcia takiego przepracowania* [16, art. 3].

Pacjenci często poszukują pomocy terapeutycznej w nevralgicznych momentach swojego życia. Momenty te wiążą się często z przechodzeniem przez określone fazy rozwojowe i związane z tym kryzysy. Jeśli obszar problemowy pacjenta styka się wyraźnie z obszarem problemowym terapeuty (faza życia, w której się znajdują pacjent i terapeuta i związane z nią problemy zbiegają się, bądź doświadczają oni podobnych kryzysów w tym samym momencie) może to wpływać na pojawianie się przeniesień i przeciwprzeniesień w relacji terapeutycznej. Obecność takiego czynnika niespecyficznego ma istotne znaczenie modyfikujące proces leczenia. Warto, aby terapeuta miał na uwadze to, jak ważną rolę odgrywają tego typu czynniki niespecyficzne w budowaniu dobrej relacji terapeutycznej i potrafił je konstruktywnie reflektować w procesie psychoterapii.

¹ Pełne tłumaczenie monografii J. Guya znajdzie Czytelnik w kolejnych 4 numerach 2 tomu kwartalnika internetowego *Psychiatria i Psychoterapia* wydanych w 2006 roku. www.psychiatriapsychoterapia.pl

● Sposób prezentacji i autoprezentacji

Pacjenci w różny sposób trafiają do swoich terapeutów — jedni przypadkowo, inni z polecenia lekarza lub któregoś pacjenta, jeszcze inni z ogłoszenia w gazecie bądź internecie, lub na podstawie informacji na szyldzie. Warto zastanowić się nad tym, w jaki sposób terapeuta prezentuje swoją ofertę terapeutyczną potencjalnym pacjentom oraz jak jego osoba jest rekomendowana przez innych danemu pacjentowi.

Nie bez znaczenia jest zakres treści i sposób jej komunikowania otoczeniu zewnętrznemu, która dotyczy posiadanych kompetencji terapeuty.

Obwieszane licznymi dyplomami ściany gabinetów z jednej strony mogą wzmacniać pozycję terapeuty jako autorytetu, z drugiej zaś, paradoksalnie, osłabiać jego pozycję poprzez prowokowanie agresji (szczególnie u pacjentów mających problem z uznawaniem autorytetów) lub potęgować lęk (zwłaszcza u pacjentów mających problem z nadmiernym podporządkowaniem się autorytetom). Z pewnością różni pacjenci będą reagowali różnie — niektórzy obojętnie, niektórzy pozytywnie, niektórzy negatywnie.

Szczegółowe informacje w ogłoszeniach prasowych, internetowych czy na szyldach, dotyczące posiadanych kompetencji i stosowanych metod leczenia, mogą wpływać na motywację pacjenta do podjęcia psychoterapii. Dla przykładu, komunikat o treści: *rzuć palenie w hipnozie* może u określonego pacjenta prowokować myślenie lękowe, że coś będzie się działo poza jego kontrolą, i zniechęcać do uczestnictwa w terapii, u innego zaś prowokować motywację zewnętrzną, że coś się zmieni w jakiś cudowny sposób bez konieczności wkładania w to wysiłku.

Podobne znaczenie może mieć sposób, w jaki dany terapeuta jest rekomendowany danemu pacjentowi, oraz to przez kogo jest rekomendowany zwłaszcza gdy pacjent komunikuje psychoterapeucie opinie, jakie o nim słyszał, oraz kto go polecał. Może to prowokować terapeuta do traktowania pacjenta w wyjątkowy sposób (pacjent protekcyjny albo VIP wśród pacjentów), a co za tym idzie wprowadzać niebezpieczeństwo utraty neutralności.

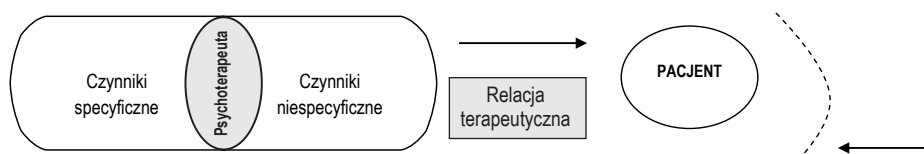
Warto, aby psychoterapeuta był świadomy własnej podatności na takie wpływy poprzez superwizowanie pracy terapeutycznej i pracę własną.

Podsumowanie

Kiedy zauważalny jest brak progresu w procesie terapeutycznym, warto przyjrzeć się jakości relacji terapeutycznej i znaczeniu różnych czynników niespecyficznych, mogących tę relację kształtować, po to, aby wyeliminować ich zły wpływ. Kiedy pojawia się refleksja, że w sposób konstruktywny dla terapii można spożytkować obecność określonego czynnika niespecyficznego, warto włączyć go w kontrolowane oddziaływania terapeutyczne.

Funkcjonowanie psychoterapeuty kształtowane przez czynniki specyficzne i niespecyficzne wpływa na jakość relacji z pacjentem. Ważna jest taka ich kontrola, aby jakość relacji terapeutycznej była jak najlepsza, gdyż to ona tak naprawdę katalizuje proces zmiany.

Warto zadać pytanie, w jakim stopniu wyróżnione w niniejszym tekście czynniki leczące związane z osobą terapeuty (zwłaszcza niespecyficzne) stanowią obiektywne spojrzenie na problem, a w jakim ich dobór został podyktowany w dużej mierze subiektywnym spojrzeniem autorki tekstu (będącej nie tylko teoretykiem, ale i praktykującym



Rys 4. Relacja terapeutyczna kształtowana przez czynniki specyficzne i niespecyficzne związane z osobą psychoterapeuty

psychoterapeuta). Z pewnością każdy psychoterapeuta znajdzie wiele przykładów, kiedy to nietypowe, niespodziewane i bardzo zindywidualizowane czynniki niespecyficzne miały decydujący wpływ na postęp procesu terapeutycznego. Być może niektóre z nich mieszczą się w kategoriach proponowanych w niniejszym tekście, inne zaś wykraczają daleko poza te kategorie. Najlepszym wyjściem będzie pozostawienie otwartej przestrzeni do dalszych rozważań i refleksji, którą wypełni, ostatnia z wyróżnionych, kategoria czynników niespecyficznych, nazwana w niniejszych rozważaniach określeniem: „inne”.

Piśmiennictwo

1. Czabała Cz. Czynniki leczące w psychoterapii. Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
2. Prochaska JO, Norcross JC. Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2006.
3. Elso ChJ, Hayes JA. Relacja terapeutyczna. Gdańsk: GWP; 2005.
4. Strupp HH, Hadley SW. Specific vs nonspecific factors in psychotherapy. W: Arch. Gen. Psychiatry 1979; 36: 1125–1136.
5. Strupp HH, Butler SF, Rosser L. Training in psychodynamic therapy. J. Consulting Clin. Psychol. 1988; 5: 689–695.
6. Dembo R, Ikle DN, Ciarlo JA. The influence of client – clinician demographic match on client treatment outcomes. J. Psychiatr. Treat. Evaluat. 1983; 5: 45–53.
7. Beck DF. Counselor characteristics: how they affect outcomes. Milwaukee: Family Service America; 1988.
8. Jones EE, Krupnick JL, Kerig PK. Some gender effects in brief psychotherapy. Psychother. 1987; 24: 336–352.
9. Jones EE, Zoppel CL. Impact of client therapist gender on psychotherapy process and outcome. J. Consul. Clin. Psychol. 1982; 50: 259–272.
10. Sikorski W. Zachowania proksemiczne (przestrzenne) w relacji terapeutycznej. Psychoter. 2004; 4(131): 89–105.
11. Argyle M. Psychologia stosunków międzyludzkich. Warszawa: PWN; 1991
12. Pease A. Mowa ciała. Jak odczytywać myśli innych ludzi z ich gestów. Kielce: Wydawnictwo Jedność; 2004.
13. Rossi EL, Lloyd D. Ultradian rhythms in life processes: inquiry into fundamental principles of chronobiology and psychobiology. Berlin–Heidelberg: Springer-Verlag Berlin and Heidelberg; 1992.
14. Flaherty JA. Self-disclosure in therapy: marriage of the therapist. Am. J. Psychoth. 1979; 38: 442–452.

15. Guy JD. The personal life of the psychotherapist. New York: Wiley and Sons; 1987.
16. Anisfeld L. O niepełnosprawności terapeuty. Możliwości rozwiązania niezakończonych żałoby w przeniesieniu. *Psychiatr. Psychoter.* 3, 3: artykuł 3; 2007.

Adres: 40-126 Katowice
ul. M. Grażyńskiego 53