

Irena Namysłowska

## CZASAMI SŁOWO LECZY, A CZASAMI RANI — NEGATYWNE ASPEKTY PSYCHOTERAPII

### SOMETIMES THE WORD HEALS AND SOMETIMES HURTS — NEGATIVE ASPECTS OF PSYCHOTHERAPY

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie  
Kierownik kliniki: prof. dr hab. Filip Rybakowski

#### psychotherapy negative aspects

*W artykule przedstawione są niektóre możliwe negatywne skutki psychoterapii, jak np. rodzaj psychoterapii, cechy pacjentów oraz cechy terapeutów. Autorka dużo uwagi poświęca problematyce granic w relacji terapeutycznej, zwracając szczególną uwagę na problem podejmowania przez terapeutę relacji seksualnej z pacjentem, wynikający m.in. z przekonania lub fantazji, że miłość leczy. Opisane są cztery typy terapeutów, przekraczających granice: terapeuta psychotyczny, aspołeczny, poszukujący miłości, masochistyczny.*

**Summary:** The author discusses in the paper negative aspects of the process of psychotherapy and factors, which influence it, such as the kind of therapy, type of patients and therapists. The latter are divided into psychotic, psychopathic, love seeking and masochistic therapists. The common feature of those therapists are: excessive narcissism, and defects of conscience. Methods of diminishing or preventing negative effects of psychotherapy are also discussed.

#### Wstęp

Psychoterapię traktujemy jako drugą, obok farmakoterapii, metodę leczenia zaburzeń emocjonalnych i psychicznych zgodnie z podstawowym założeniem, że jest to specjalistyczna metoda leczenia, która ma na celu korektę zaburzeń przeżywania i zachowania oraz usunięcie objawów i przyczyn choroby [1]. Niektórzy widzą ją jako towarzyszenie ludziom w modyfikacji ich zachowań, właściwości poznawczych i emocji [za: 2, str. 18].

Niezależnie jednak od nieco innego rozłożenia akcentów w obu tych podejściach, wynika z nich, że w przypadku psychoterapii mamy do czynienia z metodą leczenia, podobnie jak w przypadku farmakoterapii. Co więcej, najnowsza wiedza z neurobiologii pozwala założyć, że zarówno psychoterapia, jak i farmakoterapia oddziałują na struktury neuronalne ośrodkowego układu nerwowego. W tej sytuacji zastanawiający wydaje się fakt, że tak mało istnieje publikacji na temat negatywnych skutków psychoterapii, analogicznie do objawów ubocznych leczenia farmakologicznego, którym poświęca się znacznie więcej uwagi.

Jest to zagadnienie niepokojące psychoterapeutów od dawna, bo w gruncie rzeczy od początku psychoanalizy — dotyczyło to zwłaszcza relacji seksualnych z pacjentami. Jej twórca, zaniepokojony rodzajem relacji Junga z jego pacjentkami, pisał tak: „takie przeżycia, jakkolwiek bolesne, są konieczne i trudne do uniknięcia. Bez nich nie możemy tak naprawdę poznać życia i tego, z czym mamy do czynienia. [...] Pomagają nam one

wytworzyć grubą skórę potrzebną do dominowania nad przeciwpriemieniem, które w gruncie rzeczy jest stałym dla nas problemem” [3, str. 230]. Z tego cytatu wynika, że Freud wykazał spore zrozumienie dla problemów terapeutów. Równocześnie jednak przestrzegając, że wiedza o nich powinna pozostać w kręgu ściśle psychoanalitycznym i nie trafić do opinii publicznej, bo może to zaszkodzić rodzącej się nauce. Na szczęście, współcześnie nie musimy się obawiać głośnego mówienia na temat możliwych negatywnych skutków psychoterapii sprowadzających się przede wszystkim do przekraczania granic terapeuta—pacjent.

### **Ogólna ocena negatywnych skutków psychoterapii**

Siedemdziesięciu wybitnych terapeutów zapytanych o to, czy istnieją negatywne efekty ich pracy, odpowiedziało zdecydowanie twierdząco, mówiąc, że ten problem nie jest obcy żadnym, nawet najbardziej doświadczonym terapeutom — jest niezależny od doświadczenia terapeutów, rodzaju psychoterapii i profilów diagnostycznych leczonych pacjentów [4]. Warto tu może przytoczyć skrajne zdanie jednego z badaczy psychoterapii: „W pewnym sensie uważam działania zmierzające do wywołania zmiany w innym człowieku za pomocą nacisku środowiskowego, technik kształtujących lub jakichkolwiek innych środków niebędących częścią autentycznego dialogu za coś szkodliwego, wprowadzającego w błąd i prawdopodobnie źle działającego na samopoczucie i rozwój tych, wobec których takie usiłowania się podejmuje, ale także za coś niezbyt szlachetnego ze strony osób je podejmujących” [5, str. 10]. Jest to oczywiście opinia skrajna, z którą trudno się zgodzić. Jest jednak ważna z jednego punktu widzenia — zwraca uwagę na problem władzy i możliwości nacisku na pacjenta w procesie psychoterapii, w opozycji do autentycznego z nim dialogu.

Istnieje bardzo mało badań nad negatywnymi skutkami psychoterapii. Fakt ten nie może jednak dziwić wobec trudności w zaprojektowaniu i wykonaniu poprawnych metodologicznie badań w tym zakresie. Z tych dostępnych wynika, że około 10% pacjentów doświadcza negatywnych skutków psychoterapii. Gurman i Kniskern [6] sądzą, że w terapii par mniej jest skutków negatywnych, jeśli pacjentami są jednocześnie oboje partnerzy niż jeśli leczy się ich osobno lub naprzemiennie. Stąd ich wniosek, że „bezpieczniej” jest leczyć relacje niż indywidualną osobę.

### **Zmienne mające znaczenie dla negatywnych skutków psychoterapii**

#### Rodzaj psychoterapii

Wśród zmiennych, które mają znaczenie dla negatywnych skutków psychoterapii, wymienia się przede wszystkim rodzaj psychoterapii, cechy pacjentów oraz cechy terapeutów. Wszystkie rodzaje psychoterapii mogą mieć negatywne skutki dla pacjentów. Najwięcej badań dotyczy terapii behawioralnej, której zarzuca się koncentrację na objawie, a nie na pacjencie, stosunkowo większą możliwość manipulowania chorym. Terapia behawioralna została ośmieszona w wielu filmach — klasycznym przykładem jest film Kubricka „Mechaniczna pomarańcza”. Jednak te zastrzeżenia dotyczyły przede wszystkim prymitywnie rozumianej terapii behawioralnej, a nie dominującej obecnie nowoczesnej terapii behawioralno-poznawczej sięgającej do źródeł, a więc często najwcześniejszych przeżyć, warunkujących kształtowanie się nieadaptacyjnych schematów poznawczych. Inne rodzaje

psychoterapii nie są wolne od możliwości wystąpienia skutków dla pacjenta. W odniesieniu do terapii grupowej podkreśla się promowanie wyrażania negatywnych, często agresywnych uczuć pacjenta, tworzenie norm grupowych, które są trudne do zaakceptowania dla niektórych członków grupy. Dla przykładu, niektórzy samotni pacjenci z bardzo trudnymi relacjami społecznymi, źle znoszą normę niespotykania się poza psychoterapią z innymi członkami grupy, z którymi czują się bezpiecznie. Z kolei, w odniesieniu do terapii psychodynamicznej, psychoanalitycznie zorientowanej i psychoanalizy podkreśla się przewlekłość procesu terapeutycznego nasilającą zależność pacjenta od terapeuty.

Na bardziej szczegółowym poziomie w tych rodzajach psychoterapii wymienia się nieprzebrnięcie ustalonych warunków terapii (ang. setting), niedostateczną analizę przeniesienia, koncentrację na gratyfikacji libidinalnych potrzeb, zamiast tworzenia przestrzeni do analizy przeszłości i przeniesienia. Inni, jak Searles [7], podkreślają zagrożenie przedwczesnymi interpretacjami, często raniącymi nieprzygotowanego jeszcze pacjenta.

Ten sam autor podkreśla, że czasami terapeuci traktują swoich bliskich jak pacjentów i ranią ich interpretacjami, do których ci nie są zupełnie przygotowani.

### Cechy pacjenta

Kolejną zmienną jest typ pacjenta. Większość autorów jest zgodna, że najtrudniej zaszkodzić najmniej zaburzonemu pacjentom. Odwrotnie, najłatwiej przekroczyć granice i zaszkodzić pacjentom o słabej strukturze ego, między innymi z poważnymi, przewlekłymi zaburzeniami, takimi jak schizofrenia lub zaburzenia osobowości z pogranicza [8]. Według Kernberga i wsp. [9] także osoby o złych relacjach interpersonalnych i z niską tolerancją niepokoju są narażone na naruszenie przez terapeutę zasad psychoterapii, natomiast Gabbard i Lester [10] uważają, że łatwo zaszkodzić pacjentom, którzy byli wykorzystani seksualnie w przeszłości.

### Cechy terapeuty

Różni autorzy koncentrują się na wielu cechach dotyczących terapeuty. I tak, wymieniane są takie cechy, jak brak empatii, negatywne postrzeganie, brak zaangażowania w terapię, niedawanie oparcia, brak bezpośredniości, niedojrzałość emocjonalna, wykorzystywanie pacjenta w celu zaspokajania własnych potrzeb, a także przedkładanie wygodnego i ekscytyującego życia nad wartości takie jak refleksyjność [11].

Warto tutaj zastanowić się nad pojęciem barier w psychoterapii, dotyczących zarówno struktury osobowości psychoterapeutów, jak i relacji terapeuta—pacjent (klient).

### Pojęcie granic w relacji terapeutycznej

Pojęcie granic (boundaries) ego znane jest od dawna i zajmuje ważne miejsce w psychologii i psychoterapii, jakkolwiek nie jest konstruktem do końca jasnym i dobrze zdefiniowanym. Szersze omówienie tego zagadnienia wymagałoby odrębnego, wyczerpującego opracowania, przekraczającego ramy tego artykułu. Omówimy je jedynie w tym aspekcie, który jest przydatny w opisie przekraczania granic terapeuta—pacjent. Twórcy pojęcia granic ego to przede wszystkim Federn [12], a następnie Hartmann, twórca psychologii ego i autor pracy „Granice umysłu” (ang. Boundaries of the mind) [13]. Przyjmuje się, że granice można za Federnem podzielić na zewnętrzne i wewnętrzne, Hartmann zaś

wprowadził cztery ich wymiary, dodając, do zewnętrznych i wewnętrznych granic, pojęcie granic płynnych i wyraźnych (ang. thin and thick boundaries). Do ich oceny posługiwał się stworzonym przez siebie kwestionariuszem. Podkreślał także, że raczej należy mówić i myśleć o granicach umysłu (mind), ze względu na ich neurobiologiczny charakter, niż o granicach ego. Warto w tym miejscu wspomnieć, że pojęciem granic posługują się także terapeuci systemowi, szczególnie strukturalni, w odniesieniu do rodziny, uwzględniając zarówno granice wewnątrzrodzinne, jak i pomiędzy rodziną a światem zewnętrznym. Francuscy analitycy [14] wprowadzili też ciekawe pojęcie skórnej granicy, która oddziela self od obiektu.

Można powiedzieć, że pewna siła granic wewnętrznych pozwala na adekwatne funkcjonowanie aparatu psychicznego, pewna zaś słabość granic zewnętrznych pozwala na dobrą komunikację ze światem zewnętrznym i zwiększa wrażliwość na uczucia i stany psychiczne innych ludzi.

Jeżeli chodzi o charakterystykę terapeuty w aspekcie optymalnych granic, Kohut [15] wymienia stałe i silne granice wewnętrzne i przepuszczalność granic zewnętrznych, tak, aby terapeuta mógł komunikować się i empatycznie dopasowywać do wewnętrznych przeżyć pacjenta.

### **Przekraczanie granic w procesie psychoterapii głównie w aspekcie naruszania granic seksualnych**

Według Kernberga w miłości, namiętności, pożądaniu zawsze dochodzi do przekroczenia granic, paradoksalnie z jednej strony dochodzi do przekroczenia granic self w identyfikacji z obiektem miłości, a z drugiej do utrzymywania tych granic [16]. Sądzi, tak jak inni autorzy, że podobnie dzieje się w procesie psychoterapii. Gabbard [17] na przykład uważa, że w trakcie terapii jesteśmy potencjalnie narażeni na możliwość różnego stopnia przekraczania granic, ponieważ nosimy w sobie świadome lub nieświadome przekonanie, że miłość leczy. Od tego przekonania, mniej lub bardziej świadomego, nie są także wolni psychoterapeuci. Wspiera ich w tym literatura i filmy, w których pojawia się terapeuta, ratujący pacjenta poprzez związek uczuciowy.

Przekroczenie granic, zwłaszcza seksualnych, jest zwycięstwem dla pacjenta, a klęską procesu terapeutycznego. Jest to pyrrusowe zwycięstwo. Inni autorzy podkreślają, że w przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowym wymiarze procesu psychoterapii jego uczestnicy reprezentują obiekty zakazane, stąd relacja seksualna staje się zawsze relacją incestualną. Dlatego pewne zaskoczenie, że najczęstsze przekraczanie granic dotyczy właśnie relacji seksualnych pomiędzy uczestnikami psychoterapii. Nie wiadomo do końca, jak często się to zdarza, ale z różnych badań i wywiadów z terapeutami wynika, że prawdopodobnie częściej niż wszyscy myślimy. Niektórzy sądzą nawet, że około 40% terapeutów tak czy inaczej wchodzi w jakiś rodzaj relacji seksualnej z pacjentem. Nigdy jednak nie zaczyna się ona jako relacja seksualna, zwykle dochodzi do stopniowego przekraczania kolejnych barier, np. terapeuta zaczyna coraz częściej mówić o swoim życiu osobistym, potem często o nieudanym małżeństwie, braku miłości i byciu nieszczęśliwym. W ten sposób mobilizuje w pacjencie fantazje o uratowaniu go. Stąd już niedaleka droga

do relacji seksualnej. Wydaje się prawdziwe stwierdzenie, że pomiędzy chęcią leczenia i bycia leczonym jest bardzo cienka granica.

Gabbard i Lester [10] wymieniają cztery typy terapeutów, którzy mają tendencje do przekraczania granic, zwłaszcza wchodzenia w relacje seksualne z pacjentami. Są to: terapeuci psychotyczni, o aspołecznych wymiarach osobowości, poszukujący miłości, masochistyczni.

Pierwsi z wymienionych to osoby cierpiące na zaburzenia psychotyczne, w tym także nasilone zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Stanowią ułamek tej grupy i po prostu wymagają leczenia.

Drugi typ terapeutów, których Gabbard nazywa niereformowalnymi lub psychopatycznymi, to osoby narcystyczne, jednocześnie z wyraźnymi defektami superego. Czasami są to wybitni terapeuci, będący uznanymi autorytetami, którzy stawiają siebie ponad normami, znajdując usprawiedliwienie dla swoich błędów. Terapeuci „poszukujący miłości” są to ludzie, którzy nie zaznali miłości w dzieciństwie i usiłują ją odnaleźć w swoich pacjentach. Z kolei terapeuci „masochiści”, poddający się pacjentowi, znajdują sobie trudnych pacjentów, ulegają ich dążeniom do przekraczania granic, często oszukując się, że w ten sposób ratują ich przed samobójstwem. W życiu prywatnym są często „ofiarami”, którym się nie wiedzie.

Można znaleźć pewne wspólne cechy dla wszystkich psychoterapeutów przekraczających granice w psychoterapii. Są to:

- nasilone cechy narcystyczne wyrażające się w przekonaniu „tylko ja mogę ci pomóc”
- rysy sadomasochistyczne
- przekonanie o deficycie w pacjencie, który musi być czymś wypełniony
- zaburzenia w roli — terapeuta czy ojciec?
- fantazje o ratowaniu pacjenta.

Osobnym zagadnieniem, pośrednio związanym z powyższymi rozważaniami, jest kwestia relacji z pacjentami po zakończeniu procesu psychoterapii. W tej sprawie zdania są podzielone. Jedni wyrażają skrajne opinie, że relacja terapeutyczna nigdy nie ustaje, nawet wiele lat po jej zakończeniu, ponieważ relacje przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowe pozostają zawsze żywe, inni próbują wyznaczyć pewne granice, po których kontakty z byłymi pacjentami są możliwe. Trudno jednoznacznie powiedzieć, kto ma rację. Polskich psychoterapeutów obowiązuje kodeks etyczny [18], który mówi o wystrzeganiu się kontaktów z byłymi pacjentami. Powinniśmy się do niego stosować.

W nielicznych publikacjach na ten temat zadziwia tolerancja środowiska terapeutycznego wobec przekraczania granic, która zaczęła się wraz z początkiem psychoanalizy. Wśród największych autorytetów (myślę tu o psychoanalitykach z zeszłego wieku) trudno znaleźć osoby, którym nie przydarzyło się mniejsze lub większe przekroczenie granic, w tym także w postaci nawiązywania relacji seksualnych. Jeśli jednak takie fakty, zwykle znane zresztą w środowisku, miały zostać publicznie ujawnione, środowisko stawało murem za sprawcą, głównie argumentując, że przyniesie to zbyt wielką szkodę całemu środowisku terapeutycznemu. Często też padało stwierdzenie, że miłość pomiędzy terapeutą i pacjentem wszystko tłumaczy, a przerwanie psychoterapii wystarczy jako czynnik naprawczy. Trzeba też przyznać, że część takich związków została sformalizowana i trwała bardzo długo.

Wszyscy są zgodni w tym, że nadużyciom w procesie psychoterapii należy przede wszystkim zapobiegać. Oczywiście najlepszym sposobem jest własna terapia, stała superwizja, także w przypadku doświadczonych terapeutów. Kolejnym sposobem jest poświęcenie więcej czasu dylematom etycznym psychoterapii w programie kształcenia terapeutów, co wydaje się także aktualnym postulatem w warunkach polskich. Problemy etyczne psychoterapii w większym niż dotychczas stopniu powinny być poruszane w trakcie egzaminu na certyfikat terapeuty.

### Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz J. Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
2. Czabała JCz. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
3. McGuire W, red. The Freud/Jung letters: the correspondence between Sigmund Freud and CG Jung. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1974.
4. Hadley SW, Strupp HH. Contemporary views on negative effects in psychotherapy. An integrated account. Arch. Gen. Psychiatry 1976; 33: 1291–1302.
5. Jouard SM. Changing personal worlds. Corn. J. Social Relat. 1976; 8:1–11.
6. Gurman AS, Kniskern DP. Deterioration in marital and family therapy. Empirical and conceptual issues. Referat przedstawiony na 7th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, San Diego, Cal. June 1976.
7. Searles HF. Countertransference and related subjects. Selected Subjects. Madison: International University Press; 1979.
8. Strupp HH, Hadley SW, Gomez-Schwartz B. Psychotherapy for better or worse: an analysis of the problem of negative effects. New York: Jason Aronson; 1977.
9. Kernberg OF, Burstein ED, Coyne L, Appelbaum A i in. Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. Bull. Menn. Clin. 1972; 36:1–276.
10. Gabbard GO, Lester EP. Boundaries and boundary violations in psychoanalysis. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc; 2003.
11. Yalom ID, Leiberman MA. A study of encounter group casualties. Arch. Gen. Psych. 1971; 25: 16–30.
12. Federn P. The ego as the subject and object in narcissism W. Weiss SS, red. Ego psychology and the psychosis. New York: Basic Books; 1952.
13. Hartmann E. Boundaries in the mind. A new psychology of personality. New York: Basic Books; 1991.
14. Anzieu D. The skin ego. New Haven, London: Yale University Press; 1989.
15. Kohut H. How does analysis cure. Chicago: University Press of Chicago; 1984.
16. Kernberg OF. Związki miłosne. Norma i patologia. Poznań: Zysk i S-ka; 2007.
17. Gabbard GO. Psychotherapists who transgress sexual boundaries with the patients. Bull. Menn. Clin. 1994; 58:124–135.
18. Kodeks etyczny psychoterapeuty. Psychoter. 2009; 3 (150): 90–92.

Adres: Irena Namysłowska, namyslow@ipin.edu.pl

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa