

ZMIANY NASILENIA OBJAWÓW ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH W TOKU ODDZIAŁYWAŃ PSYCHOTERAPEUTYCZNYCH A EFEKTYWNOŚĆ PSYCHOTERAPII

CHANGES OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOM INTENSITY INCREASE DURING PSYCHOTHERAPY AND THE PSYCHOTHERAPY OUTCOME

Katedra Psychopatologii i Psychoterapii Wydziału Psychologii UW
Kierownik: dr hab. Jadwiga Rakowska

**psychotherapy
psychopathological symptoms
process-outcome research**

Autorzy prezentują wyniki badań dotyczących oceny efektywności procesu psychoterapii, przeprowadzonych wśród dwunastu polskich psychoterapeutów. Badania dotyczyły zmian nasilenia objawów w trakcie psychoterapii, ich wpływu na efektywność leczenia oraz związek z uaktywnianiem specyficznych czynników leczących.

Summary: This article presents results from a qualitative research based on a semi-structured interview method. The interviewees were 12 Polish psychotherapists. The interviewed psychotherapists think that a temporary increase of psychopathological symptoms experienced by the patient during the psychotherapy process is a very universal phenomenon. When one succeeds in its working-through, it should have a positive effect on the psychotherapy effectiveness, while symptoms' plateau can be seen as a sign of stagnation in the psychotherapy process and may have a negative influence on psychotherapy outcome.

Wprowadzenie

Psychoterapia jest specjalistyczną metodą leczenia, polegającą na intencjonalnym stosowaniu oddziaływań i środków psychologicznych [1, 2, 3]. Wraz z rosnącą liczbą dowodów wskazujących na jej skuteczność jako metody leczniczej [4, 5], na znaczeniu zaczęły zyskiwać badania określające relacje między procesem terapeutycznym a jego efektywnością (process-outcome research) [6]. W ramach tego nurtu badań jednym z podstawowych zagadnień jest pytanie o dynamikę zmian nasilenia objawów psychopatologicznych w toku psychoterapii [7].

W badaniach nad psychoterapią rozpowszechniony jest model, który zakłada, że zmiany nasilenia objawów psychopatologicznych w toku psychoterapii są liniowe [8, 9, 10]. Najczęściej wynika to ze schematu badań opartego na pomiarze zmiennych przed rozpoczęciem i po zakończeniu psychoterapii. Natomiast w sytuacji, gdy badacze uwzględniają wielokrotny pomiar zmiennych w toku psychoterapii, zmiany liniowe lub o kształcie krzywej logarytmicznej są efektem analiz statystycznych prowadzonych na uśrednionych

wynikach całej grupy osób badanych [11]. Analizy uwzględniające dynamikę zmian nasilenia objawów psychopatologicznych u pojedynczych pacjentów ukazują bardziej złożone rodzaje zmian. W literaturze przedmiotu trzy rodzaje zmian skupiają największą uwagę badaczy: (1) wczesna szybka poprawa (early rapid response), (2) nagła poprawa (sudden gains) oraz (3) wzór odwróconego „V” nasilenia objawów psychopatologicznych.

Wczesna szybka poprawa oznacza istotny spadek nasilenia objawów zaburzenia na samym początku psychoterapii (do czwartej sesji), po czym następuje ich stabilizacja [12]. Wyniki badania — w którym analizowano przebieg zmian nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjentów z rozpoznaniem depresji, zaburzeń lękowych uogólnionych i zaburzeń osobowości, uczestniczących w psychoterapii o zróżnicowanym czasie trwania prowadzonej według zasad psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej — informują, że istnieje pozytywny związek między wczesną szybką poprawą a efektywnością psychoterapii niezależnie od diagnozy [13]. Związek między wczesną szybką poprawą a skutecznością psychoterapii tłumaczony jest działaniem niespecyficznych czynników leczących, takich jak wzrost nadziei pacjenta na poprawę.

Nagła poprawa oznacza istotny i trwały spadek nasilenia objawów między dwiema sesjami [14]. Badania ukazują, że jest ona jednym z predyktorów efektywności psychoterapii [14, 15]. Nagła poprawa wiązana jest ze zwiększonym przetwarzaniem informacji, poprzedzającym nagły spadek nasilenia objawów. Analiza wykresów dynamiki zmian nasilenia symptomów u pojedynczych pacjentów wykazuje, że nagła poprawa jest częstym zjawiskiem w toku psychoterapii — w terapii CBT odnosiła się do 50% uczestników.

Wzór odwróconego „V” (sekwencja wzrost—spadek) charakteryzuje się istotnym wzrostem nasilenia objawów psychopatologicznych, a następnie znaczącym ich spadkiem [11]. Taki wzór zmiany nazywany jest również szpikulcem (spike) i krzywą habituacji (habituation curve) lub szpikulcem depresji (depression spike) [10]. Najbardziej wyraźne efekty, potwierdzające związek między wzorem odwróconego „V” zmian nasilenia objawów zaburzenia a skutecznością psychoterapii, uzyskiwane są w badaniach nad technikami ekspozycyjnymi w pracy z pacjentami z zaburzeniami lękowymi [16]. Pozytywny związek między czasowym nasileniem niepokoju a efektem końcowym tłumaczony jest behawioralną koncepcją działania technik ekspozycyjnych — w momencie ekspozycji na lękotwórczy bodziec (przy jednoczesnym uniemożliwieniu jego uniknięcia) niepokój wzrasta, z czasem jednak dochodzi do wygaszania reakcji lękowej [17]. Z kolei badanie Adele Hayes i współpracowników [10] dostarcza dowodów na to, że czasowe chwilowe pogorszenia mogą wiązać się z lepszymi efektami końcowymi również w toku psychoterapii pacjentów ze zdiagnozowaną depresją. W grupie osób badanych (N = 29) 41% pacjentów uzyskało szybką wczesną poprawę, a 62% pacjentów miało przynajmniej jeden moment nasilenia objawów depresji. Okazało się, że obie zmienne (czyli szybka poprawa na początku terapii, a następnie wzór szpikulca depresji) istotnie wiązały się z lepszą poprawą objawową na końcu leczenia, a najsilniejszy związek ujawniał się, gdy oba zjawiska współwystępowały. W badaniu tym uwzględniono również zmienną „przetwarzanie emocjonalno-poznawcze” szacowaną na podstawie cotygodniowych odpowiedzi pacjentów na pytanie o „najgłębsze myśli i uczucia powiązane z ich depresją”. Przetwarzanie emocjonalne oznacza, że pacjent eksplorował zagadnienie własnej choroby i doznał pewnych wglądów we własną sytuację lub zmienił perspektywę patrzenia na własną depresję. Proces ten jest teoretycznym roz-

szerzeniem mechanizmu działania ekspozycji. Przetwarzanie emocjonalne oznacza aktywizację sieci lęku (fear network) (np. nieprzyjemnych wspomnień) w obliczu ekspozycji na bodźce lękowe, a następnie dopuszczanie nowych informacji korygujących patologiczne elementy tej struktury. Dalsze analizy wykazały, że związek między „szpikulcem depresji” a efektywnością psychoterapii był zależny od przetwarzania emocjonalno-poznawczego. Z tego wyniku może płynąć wniosek, że przetwarzanie emocjonalno-poznawcze jest odpowiedzialne za część uzyskiwanych pozytywnych efektów psychoterapii, a jednocześnie współwystępuje z okresami nasilenia objawów.

Z kolei na gruncie psychoanalizy związek czasowych nasileń objawów psychopatologicznych z pozytywnymi efektami psychoterapii można tłumaczyć zjawiskiem regresji [18]. Regresja, czyli powrót pacjenta do tego momentu, w którym rozwój jego osobowości został zahamowany, pozwala na przeżycie, poznanie i przepracowanie dziecięcych wzorów doświadczeń, co jest — według psychoanalityków — warunkiem koniecznym efektywnej psychoanalizy. Jednocześnie regresja może wiązać się z gorszym funkcjonowaniem społecznym pacjenta, jego gorszym samopoczuciem i nasileniem się objawów psychopatologicznych [19].

Wyjaśnienie zjawiska współwystępowania czasowego nasilenia objawów z pozytywnymi efektami psychoterapii można także znaleźć w zintegrowanym modelu zmiany w psychoterapii opartym na teorii złożoności, która głosi, że każda jakościowa zmiana charakteryzuje się okresem przejściowym, który cechuje się m.in. fluktuacją systemu. Model Hayes i Straussa [20] zakłada, że nowe informacje (jak np. eksploracja przeszłości, ćwiczenie nowych sposobów zachowania, ukazywanie pacjentowi zniekształceń poznawczych w sposobie jego myślenia i inne techniki psychoterapeutyczne) prowadzą do pozytywnych zmian. Efektem ubocznym takiego stanu rzeczy jest czasowa destabilizacja w zakresie funkcjonowania somatycznego, emocjonalnego, behawioralnego i poznawczego.

Istnieją również badania, które nie potwierdzają związku między wzorem odwróconego „V” a skutecznością psychoterapii. Część badaczy stoi na stanowisku, że wzrosty i spadki nasilenia objawów psychopatologicznych są zjawiskiem powszechnym i obserwowanym w psychoterapii, ale nie są predyktorem jej efektywności [8, 9, 21]. Z kolei inni badacze twierdzą, że nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjenta są wyłącznie sygnałem niepomysłnego przebiegu psychoterapii [22, 23].

Cel badania

Głównymi problemami badawczymi były trzy pytania o doświadczenia i poglądy psychoterapeutów dotyczące:

- możliwych kształtów zmian nasilenia się objawów psychopatologicznych u pacjenta podczas procesu psychoterapii;
- związku między wzrostem nasilenia objawów psychopatologicznych a efektywnością psychoterapii;
- teoretycznego uzasadnienia związku nasilenia się objawów psychopatologicznych z pozytywnymi efektami psychoterapii.

Metoda

Badanie miało charakter jakościowy [24] i zostało przeprowadzone metodą wywiadu częściowo ustrukturyzowanego [25]; wykorzystano również wyniki z przeprowadzonej ankiety.

W badaniu wzięło udział 12 psychoterapeutów, mieszkających i praktykujących w Warszawie i okolicach (poniższa tabela przedstawia ich charakterystykę pod względem płci, wieku i doświadczenia zawodowego). Badani uprawiają psychoterapię w nurtach: analitycznym grupowym (4 osoby), psychoanalitycznym (3 osoby), poznawczo-behawioralnym (2 osoby), integratywnym w ujęciu chrześcijańskim (2 osoby) oraz NLPt (1 osoba). Zadeklarowali, że pracują z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia nerwicowe i/lub z pacjentami, u których zdiagnozowano zaburzenia osobowości. Ponadto 2 osoby zadeklarowały, że pracują także z pacjentami psychotycznymi, a 2 inne — że również z pacjentami z zaburzeniami rozwojowymi.

Płeć	Liczba osób	Wiek			Doświadczenie zawodowe		
		przedział	średnia	odchylenie standardowe	osoby w trakcie szkolenia	osoby posiadające certyfikat	osoby z uprawnieniami supervisorów
Kobiety	6	30–52	42	7	2	3	1
Mężczyźni	6	30–59	44	12	2	1	3

Badanie z każdą osobą było przeprowadzane w jej miejscu pracy i trwało około 1 godziny. Na początku osoby badane były informowane o celu badania, przewidywanym czasie trwania spotkania, dobrowolnym uczestnictwie i poufności przekazywanych przez nich informacji. Badani byli proszeni o to, aby w rozmowie odwoływali się przede wszystkim do własnych doświadczeń w pracy z pacjentami i aby podawali przykłady z własnej praktyki terapeutycznej. Wywiady były rejestrowane. Każda osoba badana przechodziła przez trzy etapy badania w następującej kolejności:

(1) Częściowo ustrukturyzowany wywiad. Podczas tego etapu, każda osoba odpowiadała na wcześniej przygotowany zestaw pytań. Wywiad został podzielony tematycznie na trzy części. Pierwsza część zawierała pytania dotyczące procesu psychoterapii (pytania o czynniki leczące i dynamikę zmian w psychoterapii), druga — zawierała pytania dotyczące zmian nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjenta podczas procesu psychoterapii, natomiast trzecia — zawierała pytania dotyczące związku nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjenta z efektywnością psychoterapii.

(2) Rysowanie schematów przebiegów zmian nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjenta zaobserwowanych w toku psychoterapii. Podczas tego etapu, osoby badane

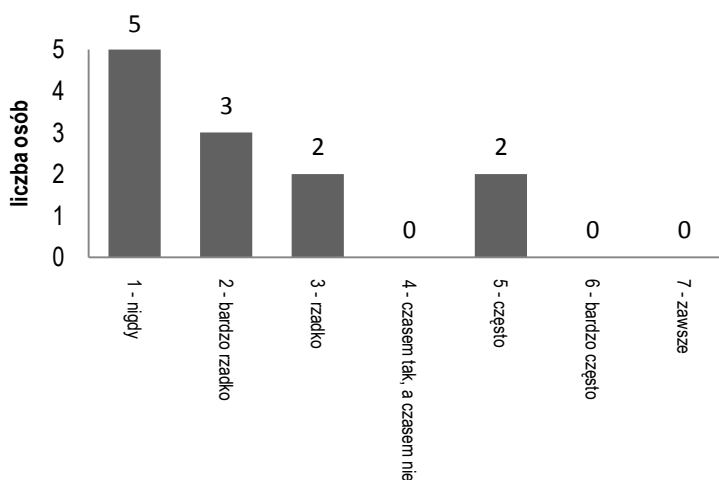
były proszone o zaznaczenie, na wcześniej przygotowanych w tym celu schematach, zmian nasilenia objawów psychopatologicznych w trakcie psychoterapii, które uważały za najczęstsze.

(3) Wypełnianie ankiety testującej hipotezy badawcze w sposób ilościowy. Pod koniec badania terapeuci wypełniali ankietę, która zawierała pytania analogiczne do pytań z pierwszego etapu, a więc takie, które dotyczyły procesu psychoterapii, wzrostu nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjenta podczas psychoterapii oraz związku nasilenia tych objawów z jej efektywnością. Odpowiedzi były oceniane wg 7-stopniowej skali Likerta. Część ankietowa badania zawierała także metryczkę z pytaniami o płeć, wiek, staż pracy, posiadane certyfikaty, miejsce pracy oraz rodzaj pacjentów, z jakimi najczęściej pracuje osoba badana*.

Wyniki

Wykresy zmiany nasilenia objawów psychopatologicznych

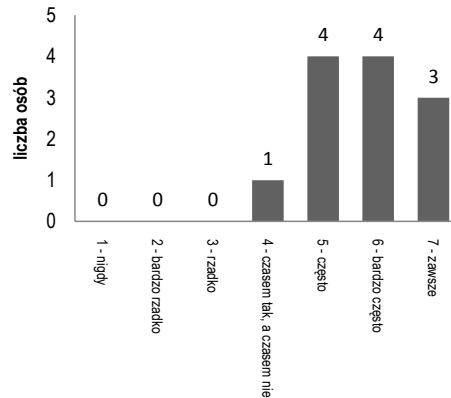
Średnia odpowiedzi na pytanie: „Jak często w trakcie trwania psychoterapii pacjent przeżywa ciągłą, sukcesywną poprawę prowadzącą do wyleczenia, bez okresowych pogorszeń stanu zdrowia, wahań?”, która obliczona była na podstawie 7-stopniowej skali Likerta (1 – nigdy, 7 – zawsze), wyniosła 2,25 (patrz rys. 1).



Rys. 1. Proporcje osób udzielających poszczególnych odpowiedzi na pytanie: „Jak często w trakcie trwania psychoterapii pacjent przeżywa sukcesywną poprawę prowadzącą do wyleczenia, bez okresowych pogorszeń stanu zdrowia, wahań?”

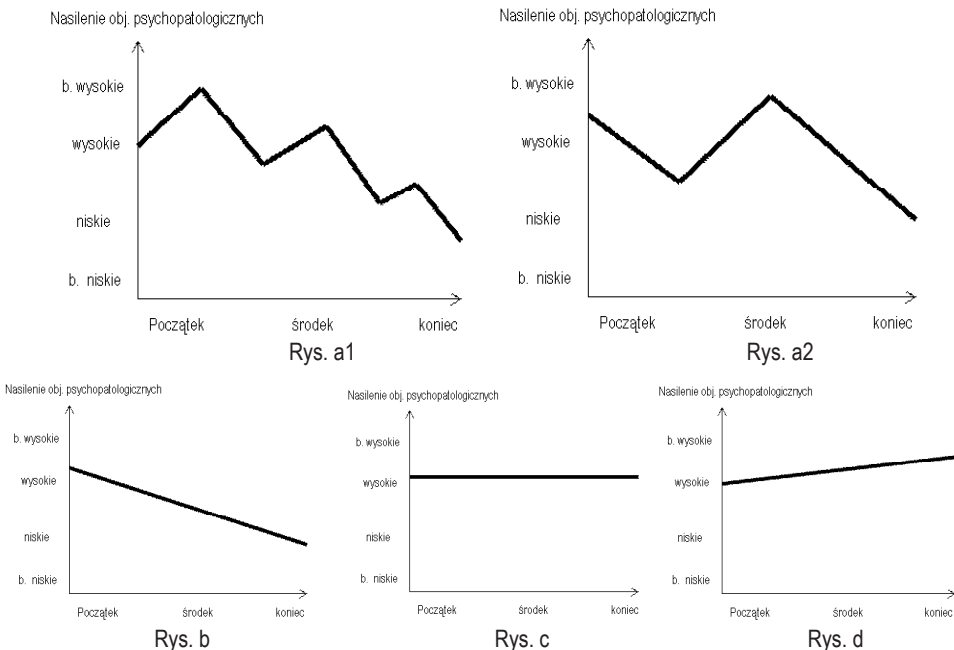
Natomiast średnia odpowiedzi na pytanie: „Jak często podczas psychoterapii u pacjentów występują momenty nasilenia się różnego rodzaju objawów zaburzeń?”, wyniosła 5,5, co wskazuje na odpowiedź pośrednią między często a bardzo często (patrz rys. 2).

* Scenariusz wywiadu oraz ankieta mogą zostać udostępnione na prośbę skierowaną drogą e-mailową do pierwszego autora



Rys. 2. Proporcje osób udzielających poszczególnych odpowiedzi na pytanie: „Jak często podczas psychoterapii u pacjentów występują momenty nasilania się różnego rodzaju objawów zaburzeń?”

Na podstawie wykresów zmian nasilenia objawów psychopatologicznych w toku psychoterapii, rysowanych przez osoby badane, wyodrębniono pięć rodzajów zmian (w analizie pominięto rysunki dotyczące przedwcześnie zakończonej psychoterapii). Badani rysowali od 2 do 5 różnych wykresów zmian procesu psychoterapii (średnio 3). Rysunek 3 przedstawia schematyczne wykresy procesów psychoterapii najczęściej rysowane przez psychoterapeutów.



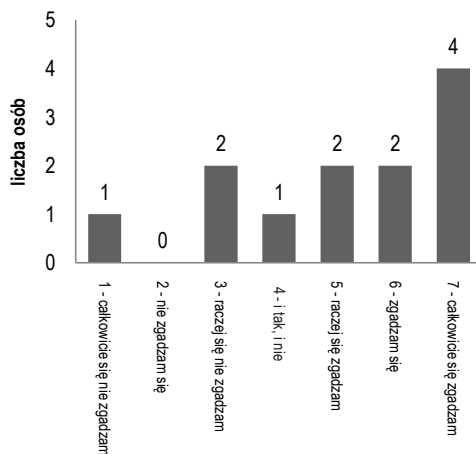
Rys. 3. Przykłady rodzajów zmian nasilenia objawów psychopatologicznych: zmiana nieliniowa; a.1) odwrócone „V”; a. 2) fluktuacje; b) liniowy spadek c) plateau d) liniowy wzrost nasilenia objawów

Jedenaście badanych osób narysowało wykresy zmian zaklasyfikowanych jako fluktuacje nasilenia objawów psychopatologicznych, a więc taki przebieg procesu psychoterapii, w którym u pacjenta występuje co najmniej jedno znaczące nasilenie się objawów psychopatologicznych. Według subiektywnej oceny badanych psychoterapeutów ten rodzaj zmiany jest najbardziej powszechny w ich praktyce klinicznej — średnia podawanych przez osoby badane oszacowań tego typu zmiany wyniosła 73,5%. Pięciu psychoterapeutów narysowało wykres procesu psychoterapii, który charakteryzuje się ciągłym spadkiem nasilenia objawów psychopatologicznych. Średnia podawanych przez osoby badane oszacowań tego typu przebiegu wyniosła 17%.

Kolejne dwa rodzaje wykresów, które były rysowane przez osoby badane, charakteryzują nieefektywnie zakończoną psychoterapię (wzrost lub utrzymanie się objawów psychopatologicznych na takim samym poziomie). Cztery osoby badane przedstawiły przebieg procesu psychoterapii, który charakteryzuje się takim samym poziomem nasilenia objawów psychopatologicznych (plateau) podczas całej psychoterapii — średnia częstość występowania tego rodzaju przebiegu według badanych terapeutów wyniosła 5%. Z kolei trzy osoby badane narysowały wykres zmiany, które charakteryzują się wzrostem nasilenia objawów psychopatologicznych podczas trwania terapii — średnia częstość występowania tego rodzaju zmiany w toku terapii w ocenie osób badanych wyniosła 4,5%.

Nasilenie objawów psychopatologicznych a efektywność psychoterapii

Średnia odpowiedzi, według 7-stopniowej skali Likerta (1 — całkowicie się nie zgadzam, 7 — całkowicie się zgadzam), dotyczy stwierdzenia: „Warunkiem koniecznym skutecznej psychoterapii w przypadku pacjentów nerwicowych jest wystąpienie kryzysu rozumianego jako nasilenie się objawów psychopatologicznych w trakcie trwania psychoterapii”, wyniosła 4,92 (raczej się zgadzam) (patrz rys. 4).



Rys. 4. Proporcje osób udzielających poszczególnych odpowiedzi na stwierdzenie: „Warunkiem koniecznym skutecznej psychoterapii w przypadku pacjentów nerwicowych jest wystąpienie kryzysu rozumianego jako nasilenie się objawów psychopatologicznych w trakcie trwania psychoterapii”

W wywiadzie jedna osoba oświadczyła, że często spotyka się z sytuacją, gdy podczas procesu psychoterapii u pacjenta następuje ciągły spadek nasilenia objawów psychopatologicznych — był to terapeuta prowadzący terapię krótkoterminową poznawczo-behawioralną. Natomiast cztery osoby stwierdziły, że sytuacja, gdy nasilenie objawów psychopatologicznych sukcesywnie spada, zdarza się rzadko w ich praktyce psychoterapeutycznej. Osoby te podkreślały, że taki przebieg zmiany nasuwa pytanie, czy pacjent nie żyje w iluzji, czy nie stara się zadowolić terapeuty, czy nie przeżywa lęku przed konfrontacją z własnymi problemami? Psychoterapeuci relacjonowali także, że ciągły spadek objawów psychopatologicznych u pacjenta podczas terapii prowadzi do poprawy jego stanu, ale na powierzchownym poziomie; nie doprowadza do trwalszych zmian cech osobowości. Siedem osób badanych odpowiedziało, że sytuacja ciągłego spadku nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjenta w trakcie psychoterapii nigdy nie miała miejsca w ich dotychczasowej praktyce psychoterapeutycznej. Dodatkowo podczas wywiadów pięć osób badanych stwierdziło, że zjawiskiem, które ma negatywny wpływ na efektywność psychoterapii, jest brak wahań nasilenia objawów psychopatologicznych podczas trwania oddziaływań terapeutycznych (stan plateau). Osoby te uważają, że taki stan rzeczy może być rozumiany jako faktyczny kryzys w procesie psychoterapii; według nich niepokojący jest moment, „gdy występuje przestój”, „gdy nic się nie dzieje”, „gdy psychoterapia zaczyna być pogawędką, a nie pracą”.

Teoretyczne uzasadnienie pozytywnego związku nasilenia objawów zaburzenia ze skutecznością psychoterapii

Kolejnym celem badania było sprawdzenie, jak psychoterapeuci rozumieją na płaszczyźnie teorii zjawisko, że doświadczane przez pacjenta nasilenie się objawów psychopatologicznych w toku psychoterapii może współwystępować z pozytywnymi efektami leczenia. Byli proszeni o własne teoretyczne uzasadnienie przedstawionego związku. Mogli zarówno odnosić się do teorii istniejących w literaturze, jak i przedstawić swoje autorskie poglądy.

Każdy z terapeutów podał od 1 do 3 możliwych sposobów rozumienia tego zjawiska. Przedstawione przez nich wyjaśnienia można zaklasyfikować do jednej z siedmiu grup:

(1) Dziewięciu psychoterapeutów oświadczyło, że pozytywny wpływ wzrostu nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjenta na proces psychoterapii rozumieją w następujący sposób. Nasilenie się objawów podczas procesu psychoterapii pojawia się, gdy pacjent zaczyna dostrzegać nowe rzeczy i perspektywy w swoim dotychczasowym życiu, o których do tej pory nie miał pojęcia (wgląd). Powraca do trudnych wspomnień i spostrzega nowe możliwości rozumienia różnych rzeczy, spostrzega mechanizmy obronne, które powodowały, że działał w dotychczasowym życiu w sposób dysfunkcyjny. To wywołuje trudne emocje, niezgodę, bezradność, że tak długo żył w błędzie. Z drugiej strony dzięki tym trudnym emocjom zdaje sobie sprawę, że to są ważne sprawy w jego życiu, uświadamia sobie ich wagę i dotychczasową dysfunkcyjność i konieczność zmian. To powoduje, że może uczyć się nowych sposobów myślenia, postępowania, które doprowadzą do rozwiązania jego dotychczasowych problemów.

(2) W czterech opiniach pojawiło się przekonanie, że wzrost nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjenta podczas psychoterapii może mieć pozytywny wpływ na jej efektywność, ponieważ jest bardzo silnym czynnikiem motywującym rozwój. W sytuacji, gdy pojawiają się problemy, trudne emocje i przeżycia, pojawia się też mobilizacja, żeby to zmienić, żeby coś udoskonalić i uczynić lepszym, i już tych trudności nie przeżywać. Dlatego też podczas procesu psychoterapii czasowe nasilenie się objawów u pacjenta jest szczególnie ważne, gdyż w innym razie terapia mogłaby się przemienić w spotkania, które byłyby miłe (bo nie pojawiałyby się negatywne emocje), ale też w rzeczywistości wtedy by nie pomagała. Ilustracją tego sposobu myślenia jest następująca wypowiedź jednego z terapeutów: „ludzie z natury są leniwi i kryzys jest po prostu czymś, co motywuje do zmiany sam z siebie. Jeżeli nie ma kryzysu, nie ma poziomu cierpienia odpowiedniego, to pacjent może przychodzić i trwać w takim błogostanie czy takim słodko-gorzkim stanie, ale nic z tym nie zrobi. Trzeba czasem spowodować kryzys, żeby to poszło naprzód, bo z niego bierze się energia do zmian”.

(3) Trzech psychoterapeutów wyraziło opinię, że trudne, kryzysowe okresy związane ze wzrostem nasilenia objawów psychopatologicznych, pozwalają pacjentowi pozbywać się różnych iluzji na temat siebie samego, na temat otaczającego go świata. Kryzys konfrontuje pacjenta z rzeczywistością, przybliża go do życia zgodnego z nią, do życia „w prawdzie”, która choć często bolesna, to jednak jest „zdrowsza”. Ponadto ci psychoterapeuci uważają, że przeżywanie trudnych, kryzysowych doświadczeń w terapii jest jak najbardziej potrzebne i zgodne z naturą ludzką. Zilustrować to można następującymi cytatami: „ja myślę o takiej pozycji depresyjnej jako o czymś zdrowym, smutniejszym, ale w perspektywie — szczęśliwszym”, „życie z prawdą jest zdrowym życiem, nawet jeżeli ona czasami jest bolesna, a taki stan okołodepresyjny, nie myślę tu o chronicznej depresji, jest zgodny z rzeczywistością”.

(4) Dwie osoby badane uważają, że przeżywany przez pacjenta wzrost nasilenia objawów psychopatologicznych jest szansą na jego wzmocnienie, na zbudowanie siebie od nowa, ale już w nowej, silniejszej, bardziej zintegrowanej postaci. Pacjent w takiej sytuacji „rozpada się”, jego tożsamość jest zachwiana, ale dzięki temu może zrozumieć pewne rzeczy i „ulożyć się” na nowo, w bardziej stabilną strukturę niż przed przeżyciem trudnych, kryzysowych doświadczeń.

(5) Zdaniem dwóch osób badanych wzrost nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjenta może mieć pozytywny wpływ na efektywność procesu psychoterapii, ponieważ stwarza możliwość przeżycia wartościowego doświadczenia w relacji z drugą osobą (z terapeutą). Przepracowany kryzys, objawiający się wzrostem nasilenia objawów psychopatologicznych, wzmacnia zaufanie i więź w relacji, a także prowadzi wg nich do „rozszerzenia sposobu różnicowania się spostrzegania świata, innych ludzi, rozumienia siebie i innych ludzi, zarówno przez terapeutę, jak i przez pacjenta. Wiąże się to z większym zróżnicowaniem takich możliwości poznawczych i emocjonalnych obojga — terapeuty i pacjenta, z takim zwiększeniem wrażliwości”.

(6) Pojawiły się dwie opinie, zgodnie z którymi nasilenie się objawów psychopatologicznych u pacjenta w terapii może sprzyjać jej efektywności, ponieważ jest to sygnał dla terapeuty, by bliżej przyjrzeć się pacjentowi i określonej sferze jego życia. Taki stan rzeczy motywuje terapeuta do tego, by myśleć intensywniej o problemach pacjenta, zasięgnąć

opinii superwizora, przeczytać coś na ten temat, zastosować jakąś określoną technikę terapeutyczną, co w efekcie przybliży go do rozwiązania problemu pacjenta.

(7) Dwóch psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych wyraziło przekonanie, że nasilenie się objawów psychopatologicznych u pacjenta może wpływać na efektywność psychoterapii, ponieważ daje okazję terapeutce do skoncentrowania się na bieżących doświadczeniach pacjenta oraz umożliwia ukazanie mu tego, w jaki sposób zniekształcenia w sposobie myślenia, mylne interpretacje zdarzeń i dysfunkcjonalne zachowania prowadzą do pogorszenia się samopoczucia i funkcjonowania.

Dyskusja wyników

Badania nad psychoterapią analizujące całe grupy pacjentów sugerują, że najczęstszym rodzajem zmian jest liniowy lub logarytmiczny spadek nasilenia objawów psychopatologicznych [8, 26, 27], natomiast badania uwzględniające rodzaje zmian u pojedynczych pacjentów wskazują, że nieliniowe zmiany nasilenia objawów są zjawiskiem stosunkowo częstym. Na przykład w badaniu Hayes i wsp. [10] 62% uczestników psychoterapii doświadczyło nasilenia się objawów depresji w postaci wzoru odwróconego „V”. Z kolei w badaniu Styły [11] przeprowadzonym w grupie pacjentów z rozpoznaniem nerwicy i zaburzeń osobowości 23% osób badanych doświadczyło czasowego istotnego wzrostu nasilenia objawów nerwicy. Niniejsze badanie potwierdza te wyniki badań ilościowych [10, 11]. Badani psychoterapeuci uważają, że w prawie $\frac{3}{4}$ przypadków mają do czynienia z czasowym nasileniem się symptomów zaburzenia oraz że ciągła poprawa stanu zdrowia jest zjawiskiem rzadkim. Zatem, wydaje się wręcz, że w subiektywnej ocenie psychoterapeutów zjawisko fluktuacji nasilenia objawów jest częstsze niż wskazują na to badania ilościowe [10, 11].

Jednocześnie każdy z badanych psychoterapeutów — niezależnie od reprezentowanej orientacji teoretycznej i doświadczenia zawodowego — uważa, że wzrosty nasileń objawów psychopatologicznych przeżywane przez pacjenta podczas psychoterapii mogą mieć pozytywny wpływ na jej efektywność. Wynik ten zgodny jest z rezultatami niektórych badań sugerujących, że czasowa destabilizacja w toku psychoterapii jest powiązana z poprawą [28, 29]. Jednocześnie wyniki te stoją w sprzeczności ze stanowiskiem, według którego wzrost nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjenta jest wyłącznie sygnałem niepomyślnego przebiegu psychoterapii [22, 23]. Polscy psychoterapeuci za prognostycznie niekorzystne dla wyników terapii uważają występowanie momentów wyraźnych braków zmian nasileń objawów psychopatologicznych (plateau), co zgodne jest z wynikami badania Sobańskiego [30].

W niniejszym badaniu skoncentrowano się także na tym, jak psychoterapeuci tłumaczą zjawisko współwystępowania wzrostu nasilenia objawów psychopatologicznych z pozytywnymi efektami terapii. Najczęstszym sposobem rozumienia tego zjawiska była teza głosząca, że powrót do bolesnych wydarzeń z przeszłości wywołuje nasilenie symptomów zaburzenia, ale jednocześnie umożliwia wgląd w naturę problemów pacjenta. Teza ta nawiązuje do koncepcji psychoanalitycznych [31, 32, 33], co tłumaczyć można tym, że siedem z 12 osób badanych można zaklasyfikować jako psychoterapeutów psychodynamicznych.

Niniejsze badanie miało charakter jakościowy i przeprowadzone zostało w nielicznej grupie psychoterapeutów, stąd wynikają podstawowe ograniczenia generalizacji uzyskanych wyników. Ponadto, terapeuci, którzy wzięli w nim udział, pracują w głównej mierze z pacjentami z rozpoznaniem nerwicy i zaburzeń osobowości — nie wiadomo więc, czy zaprezentowane zależności można także uzyskać w badaniach terapeutów pracujących z innymi grupami pacjentów. Należy dodać, że w badanej próbie większość stanowili psychoterapeuci o orientacji psychodynamicznej, brakowało natomiast psychoterapeutów humanistycznych. Mimo przedstawionych ograniczeń, niniejsze badanie umożliwiło eksplorację zagadnienia kształtu zmiany nasilenia objawów psychopatologicznych z perspektywy psychoterapeuty. Podjęte w nim zagadnienie przybliża badania naukowe do problemów, które są bliskie doświadczeniom psychoterapeutów praktyków.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz J. *Nerwice: psychopatologia i psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1988.
2. Bilikiewicz T. *Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1976.
3. Leder S, Kuliszkiwicz D. *Psychoterapia*. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. *Psychiatria*, t. 3. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1989.
4. Bergin A, Lambert M. *Ocena wyników terapii*. W: Garfield S, Bergin A, red. *Psychoterapia i zmiana zachowania: analiza empiryczna*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1990.
5. Rakowska JM. *Skuteczność psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2005.
6. Garfield SL. Issues and methods in psychotherapy process research. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1990; 58: 273–280.
7. Laurenceau JP, Hayes AM, Feldman GC. Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clin. Psychol. Rev.* 2007; 27: 682–695.
8. Barkham M, Stiles WB, Shapiro DA. The shape of change in psychotherapy: longitudinal assessment of personal problems. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1993; 61: 667–677.
9. Stulz N, Lutz W, Leach C, Lucock M, Barkham M. Shapes of early change in psychotherapy under routine outpatient conditions. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2007; 75: 864–874.
10. Hayes AM, Feldmann GC, Beevers CG, Laurenceau JP, Cardaciotto LA. Discontinuities and cognitive changes in an exposure-based cognitive therapy for depression. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2007; 75: 409–421.
11. Styła R. *Dynamika zmian integracji Ja i nasilenia objawów nerwicowych w toku oddziaływań psychoterapeutycznych a skuteczność psychoterapii*. Niepublikowana praca doktorska. Warszawa: Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego; 2011.
12. Ilardi SS, Craighead WE. The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clin. Psychol. Sc. Pract.* 1994; 1: 138–156.
13. Crits-Christoph P, Connolly MB, Gallop R, Barber JP, Gladis M, Siqueland L. Early improvement during manual-guided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16-week remission status. *J. Psychother. Pract. Res.* 2001; 10: 145–154.
14. Tang TZ, DeRubeis RJ. Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1999; 67: 894–904.

15. Stiles WB, Leach C, Barkham M, Lucock M, Iveson S, Shapiro DA, Iveson M, Hardy GE. Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: Practice-based evidence. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2003; 71: 14–21.
16. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychol. Bull.* 1986; 99: 20–35.
17. Prochaska JO, Norcross JC. Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2006.
18. Killingmo B. Psychoanalityczna metoda leczenia. Zasady i pojęcia. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwa Psychologiczne; 1995.
19. Sokolik Z, Dudek ZW. Psychoanaliza. W: Grzesiuk L, red. *Psychoterapia. Teoria*, wyd. 1. Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2005, s. 31–132.
20. Hayes AM, Strauss JL. Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: An application to cognitive therapy for depression. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1998; 66: 939–947.
21. Sobański JA. Dynamika objawów a wyniki leczenia zaburzeń nerwicowych. Niepublikowana praca doktorska. Kraków: Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2001.
22. Lambert MJ, Whipple JL, Smart DW, Vermeersch DA, Nielsen SL, Hawkins EJ. The effects of providing therapists with feedback on patient progress turning psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychother. Res.* 2001; 11: 49–68.
23. Lambert MJ, Hansen NB, Finch AE. Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *J. Con. Clin. Psychol.* 2001; 69: 159–172.
24. Brzeziński J. Metodologia badań psychologicznych. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1996.
25. Stemplewska-Żakowicz K. Metoda wywiadu w psychologii. W: Stemplewska-Żakowicz K, Krejtz K, red. *Wywiad psychologiczny*, t. 1. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2005.
26. Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am. Psychol.* 1986; 4: 159–164.
27. Kopta SM. The dose-effect relationship in psychotherapy: a defining achievement for dr. Kenneth Howard. *J. Clin. Psychol.* 2003; 59: 727–733.
28. Hayes AM, Laurenceau JP, Feldman G, Strauss JL, Cardaciotto LA. Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clin. Psychol. Rev.* 2007; 27: 715–723.
29. Strauss JL, Hayes AM, Johnson SL, Newman CF, Brown GK, Barber JP, Laurenceau JP, Beck AT. Early alliance, alliance rupture and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2006; 74: 337–345.
30. Sobański JA. Zmiany objawów zaburzeń nerwicowych podczas intensywnej psychoterapii w oddziale dziennym i ich związek z wynikami leczenia. *Przegląd piśmiennictwa. Psychoter.* 2004; 3: 81–90.
31. Freud A. Ego i mechanizmy obronne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997.
32. Freud S. Poza zasadą przyjemności. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000.
33. Freud S. Wstęp do psychoanalizy. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1995.

Adres: dr Rafał Styła
Wydział Psychologii UW
ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa
e-mail: rstyla@gmail.com