

Robert Trzop

PROCES DIAGNOZY KLINICZNEJ I PRZYGOTOWANIA PACJENTA DO PSYCHODYNAMICZNEJ PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ

THE PROCESS OF CLINICAL DIAGNOSIS AND PREPARATION OF THE PATIENT FOR PSYCHODYNAMIC GROUP PSYCHOTHERAPY

Samodzielny Publiczny Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Siemianowicach Śląskich

**clinical diagnosis
group psychotherapy
qualification for psychotherapy**

Streszczenie

Niniejszy artykuł podejmuje temat diagnozy i kwalifikacji pacjentów do psychoterapii grupowej. Skrupulatnie przeprowadzona diagnoza i właściwe przygotowanie do rozpoczęcia leczenia w grupie zmniejsza ryzyko nagłej z niej rezygnacji, zwiększa efektywność interwencji terapeutycznych, daje leczącym się większe poczucie bezpieczeństwa, szczególnie w początkowym okresie terapii, i umożliwia terapeutom przewidywanie funkcjonowania pacjenta w relacjach. W literaturze możemy znaleźć informacje na temat czynników dyskwalifikujących oraz cech sprzyjających i ułatwiających korzystanie z leczenia w grupie, w rzeczywistości jednak decyzje związane z kwalifikacją rzadko bywają jednoznaczne i proste. W pierwszej części artykułu podjęto refleksję nad dylematami związanymi z kwalifikowaniem pacjentów z różnymi dodatkowymi trudnościami i dysfunkcjami, opisywanymi często jako wykluczające z terapii grupowej. Następnie odniesiono się do znaczenia diagnozy procesów mentalizacji oraz oceny osobowości jako istotnych predyktorów funkcjonowania leczących się w grupie terapeutycznej. Na koniec rozważono znaczenie diagnozy dla opisu problemów badanych i przygotowania ich do psychoterapii, mających zasadnicze znaczenie dla dalszego leczenia.

Summary

This article deals with the issue of diagnosis and qualification of patients for group psychotherapy. Meticulously conducted diagnosis and appropriate preparation for the beginning of treatment in a group reduces the risk of sudden resignation, increases the effectiveness of therapeutic interventions, gives the patients a greater sense of security, especially in the initial period of therapy. It also enables therapists to predict the patient's functioning in relations. In the literature we can find information about disqualifying factors as well as features favoring and facilitating the use of group therapy, but in reality qualification decisions are rarely clear and simple. The first part of the article reflects on the dilemmas related to the qualification of patients with various additional difficulties and dysfunctions, often described as excluding from group therapy. Next, reference is made to the importance of the diagnosis of mentalizing processes and personality assessment as significant predictors of functioning in a therapeutic group. Finally, the importance of diagnosis for

the description of the subjects' problems and their preparation for psychotherapy, which is crucial for further treatment, was considered.

Wprowadzenie

W niniejszej pracy chciałbym podjąć temat procesu poprzedzającego przyjęcie pacjenta do psychoterapii, ze szczególnym uwzględnieniem psychodynamicznej psychoterapii grupowej. Proces ten wiąże się z rozpoznaniem psychologicznych problemów pacjenta, diagnozą osobowości i zdolności do mentalizacji, a także opracowaniem jego psychologicznego rozumienia, jego psychopatologii oraz zakwalifikowaniem i przygotowaniem do psychoterapii grupowej prowadzonej w nurcie psychodynamicznym. Pełniąc rolę diagnosty i psychologa kwalifikującego pacjentów, a jednocześnie prowadząc terapię grupową w oddziale dziennym, spotykam się z różnorodnymi problemami i wątpliwościami związanymi z diagnozą i kwalifikacją pacjentów. W zespole terapeutyczno-diagnostycznym mierzymy się z dylematami dotyczącymi przyjęcia do grupy pacjentów w kryzysach, z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji, z doświadczeniem traumy, z deficytami poznawczymi, rozważając, czy psychoterapia grupowa będzie dla tych osób odpowiednią formą leczenia. Do terapii zgłaszają się lub są kierowani pacjenci ze złożonymi problemami, często spełniający kryteria co najmniej kilku zaburzeń.

Na potrzeby niniejszej pracy chciałbym przyjąć definicję psychoterapii jako metody leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi [1]. W szerszym ujęciu Norcrossa psychoterapia to świadome i zamierzone zastosowanie wywodzących się z uznanych zasad psychologii metod klinicznych i postaw interpersonalnych w celu pomagania ludziom w modyfikacji ich zachowań, procesów poznawczych, emocji i/lub innych cech osobowych w kierunku, który korzystający z terapii uważają za pożądaną [2].

Psychoterapia należy do potwierdzonych naukowo metod leczenia zaburzeń psychicznych, której efekty występują zarówno w okresie jej trwania, jak również już po zakończeniu oddziaływań [3].

Jedną z form psychoterapii jest terapia grupowa, praktykowana od połowy ubiegłego stulecia. Jest ona efektywną i stosunkowo tanią metodą leczenia pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości.

Badania potwierdzają zmniejszenie nasilenia objawów nerwicowych i zmiany w zakresie osobowości u pacjentów, którzy ukończyli krótkoterminową psychodynamiczną psychoterapię grupową [4].

Niezależnie od preferowanego przez terapeutów grupowych podejścia terapeutycznego istotna i konieczna wydaje się właściwa diagnoza kierowanego do grupy pacjenta, wstępna konceptualizacja jego problematyki oraz właściwy sposób przygotowania do leczenia, zapobiegający wczesnej i nagłej rezygnacji, jak i umożliwiający bardziej efektywne korzystanie z terapii. Jak wskazują badania, proces kwalifikacji zmniejsza liczbę porzuceń leczenia [5]. Wiedza i doświadczenie kliniczne osób konsultujących odgrywają istotną rolę w dalszym procesie leczenia. Pacjenci właściwie zdiagnozowani i przygotowani efektywniej korzystają z procesu terapeutycznego.

Psychologiczna problematyka pacjenta — dylematy diagnostyczne

Diagnoza psychologiczna poprzedzająca proces psychoterapeutyczny pełni zarówno funkcję opisującą, eksplanacyjną, jak również terapeutyczną. Diagnosta pozyskuje dane, integruje je i zestawia, opisując stan pacjenta, jednocześnie wyjaśnia źródła tego stanu i planuje najbardziej efektywne działania terapeutyczne [1].

Psycholog formułuje diagnozę dla potrzeb psychoterapii, w trakcie której definiuje problem psychologiczny pacjenta, reflektując, na ile zasadne i oparte na dowodach naukowych będzie zastosowanie psychoterapii grupowej, bada cele pacjenta, jego oczekiwania i motywację do podjęcia terapii oraz określa potrzebne pacjentowi kierunki oddziaływań terapeutycznych [6].

Badający ocenia symptomy pacjenta, porównując je ze znanymi klasyfikacjami ICD–11 lub DSM–V i dokonuje diagnozy nozologicznej. Bada także stopień nasilenia objawów.

Chciałbym jedynie zaznaczyć kilka ważnych dylematów, przed którymi staje diagnosta i rozważyć parę wątpliwości diagnostycznych, które niejednokrotnie pojawiają się w zespole, w którym pracuję.

W trakcie procesu diagnostycznego badający dokonuje oceny funkcji poznawczych — procesów uwagi, pamięci, możliwości uczenia się, zdolności abstrahowania. Korzystanie przez pacjenta z psychodynamicznego leczenia wymaga co najmniej podstawowej sprawności poznawczej. W różnych zaburzeniach psychicznych funkcje poznawcze ulegają osłabieniu lub występują dysfunkcje wybiórczych procesów poznawczych. Przykładowo w depresji zaburzone zostają funkcje wykonawcze, uwaga, uczenie werbalne, pamięć krótkotrwała oraz zdolności psychomotoryczne [7]. Również u pacjentów z OCD (obsessive compulsive disorder) występują deficyty w zakresie funkcji wykonawczych, zwłaszcza zdolności hamowania i przełączania się [8].

Większość zaburzeń psychicznych wiąże się z zakłóceniem określonych funkcji poznawczych. Poziom nasilenia objawów i deficyty poznawcze mają często decydujące znaczenie w kontekście możliwości korzystania przez pacjenta z psychoterapii grupowej. Badany z nasilonymi objawami depresji czy też lęku, zanim będzie gotowy do podjęcia leczenia grupowego, może wymagać dłuższego procesu przygotowania, indywidualnego wsparcia psychologicznego lub pomocy farmakologicznej.

Obecność problemów neuropsychologicznych nie dyskwalifikuje pacjenta z wglądowej psychoterapii grupowej. Wskazane jest jednak zbadanie, na ile zachowane zostały funkcje wykonawcze, zdolności reflektowania i inne istotne dla procesu terapii funkcje poznawcze.

Kolejnym ważnym zadaniem na etapie wstępnej diagnozy jest różnicowanie osób z zaburzeniami psychicznymi od osób zdrowych, doświadczających przejściowo trudności emocjonalnych lub kryzysów psychicznych. Osoby takie często nie wymagają stosowania psychoterapii, mogą na etapie konsultacji uzyskać odpowiednią, dostosowaną do swoich potrzeb pomoc psychologiczną lub interwencję kryzysową. Istotne jest szerokie doświadczenie i wiedza z zakresu zarówno psychopatologii, jak również problematyki kryzysu, umożliwiające rozeznanie, na ile osoby z zaburzeniami psychicznymi przeżywając okresowe kryzysy i trudności wymagają oddziaływań psychoterapeutycznych, a na ile kwalifikują się do otrzymania pomocy lub wsparcia kryzysowego. Przykładem może być osoba lecząca się z powodu choroby afektywnej dwubiegunowej, przeżywająca pro-

ces żałoby po śmierci współmałżonka. W takim przypadku proces diagnozy wiązałby się z różnicowaniem zakłóceń procesów psychicznych w przebiegu zaburzeń psychicznych od reakcji osób zdrowych (uprzednio dobrze przystosowanych do sytuacji trudnej, krytycznej, nagłej), u których dotychczasowe zasoby i umiejętności rozwiązywania problemów stają się niewystarczające [9].

Ważną kwestią jest postawienie właściwej diagnozy różnicowej, co może na pozór wydawać się domeną bardziej psychiatryczną niż psychologiczną, jednak ma duże znaczenie dla dalszego leczenia pacjenta. Przykładem może być różnicowanie pacjentów z PTSD (post-traumatic stress disorder) i z osobowością typu borderline, pomimo traktowania często tych diagnoz jako współwystępujących, powiązanych podobieństwem mechanizmów łączących u ich podłoża i nakładających się objawów.

Osobowość typu borderline traktowano jako przewlekłą postać PTSD zintegrowaną w ramach osobowości [10]. Pacjenci z zespołem stresu pourazowego często w realiach służby zdrowia diagnozowani są jako osoby z osobowością typu borderline, jednak badania wykazują mniejszą skuteczność psychoterapii rekomendowanych dla pacjentów z zaburzeniami osobowości wobec osób z PTSD. Ponadto BPD (borderline personality disorder) w około 80% jest rozpoznaniem nakładającym się na inne diagnozy, a „czystych” przypadków tego zaburzenia jest między 3% a 10% [10]. Współczesne badania podkreślają znaczenie różnicowania tych zaburzeń. Różnice między nimi związane są z obrazem siebie — bardziej stabilnym, choć negatywnym w PTSD (w porównaniu z obrazem siebie pacjentów z BPD); relacjami, w których dominuje unikanie, a nie (jak w BPD) chaotyczne zaangażowanie. Charakterystyczne dla PTSD są: nadwrażliwość, reaktywna złość i trudności w radzeniu sobie z emocjami, wpływające na skłonność radzenia sobie poprzez nadużywanie środków psychoaktywnych czy zachowania samobójcze. W odróżnieniu, u pacjentów z osobowością typu borderline dominują: impulsywność i tendencje acting-outowe [11]. Należy brać pod uwagę obecność mechanizmu dysocjacji w PTSD, rozumianego — w myśl teorii traumy — jako radzenie sobie z urazowymi doświadczeniami poprzez oddzielenie różnorodnych doświadczeń (wrażeń zmysłowych, doznań emocjonalnych, poznawczych i obrazu siebie) [11]. Uwzględnienie przez terapeutów objawów pourazowych i adekwatna diagnoza wpływa na wybór odpowiedniej metody leczenia i tym samym zwiększa efektywność zastosowanej terapii.

Zalecenia Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego poparte badaniami wskazują na skuteczność metod behawioralno-poznawczych w redukcji objawów post-traumatycznych. Współczesne modele psychodynamiczne o udowodnionej skuteczności zazwyczaj nie uwzględniają objawów PTSD [11]. Z drugiej strony podkreśla się znaczenie problemów interpersonalnych w doświadczeniach traumatycznych, współwystępowanie PTSD z innymi zaburzeniami, a także nieuwzględnienie w prowadzonych badaniach skutków ubocznych związanych z przetwarzaniem doświadczeń traumatycznych. Pojawiają się także badania wskazujące na skuteczność metod interpersonalnych i psychodynamicznych w terapii traumy [12, 13]. Ze względu na niejednoznaczność wyników badań, decyzja o kwalifikacji pacjenta z PTSD do terapii grupowej wymaga indywidualnego rozważenia korzyści i strat mogących dla niego płynąć z tej formy leczenia. Przyjęcie pacjenta do grupy powinno zostać poprzedzone właściwym przygotowaniem, określeniem realnych celów i ewentualnym rozważeniem modyfikacji metody i dostosowania jej do możliwości

konkretnej osoby. Kolejnym dylematem diagnostycznym jest rozpoznanie zaburzenia spowodowanego używaniem substancji psychoaktywnych. Nie musi ono wykluczać pacjenta z terapii grupowej, wymaga jednak poszerzenia diagnozy klinicznej o głębokość mechanizmów uzależnienia, siłę motywacji do zmiany, zdolność kontroli, gotowość do tolerowania frustracji. Jak wskazują badania, zaburzenie związane z używaniem substancji często współwystępuje z zaburzeniami osobowości [14], a psychodynamiczna psychoterapia, również grupowa, bywa stosowana w terapii osób z problemem uzależnienia [15]. Psychoterapia psychodynamiczna może stanowić alternatywny model leczenia wobec powszechnie stosowanej terapii behawioralno-poznawczej w procesie leczenia osób uzależnionych. W grupowej psychoterapii psychodynamicznej pacjent podejmuje pracę nad wglądem we własne emocje, nieświadome konflikty, urazy, obraz siebie i relacji. Jest to droga leczenia bardziej poprzez pracę terapeutyczną nad osobowością. Podejmując decyzję o kwalifikacji pacjenta z obecnymi działającymi mechanizmami uzależnienia należy uwzględnić jego motywację i gotowość do podjęcia terapii, zdolność do utrzymania abstynencji i świadomość ich działania. Pomocne może być równoległe korzystanie z grup samopomocowych. Psychoterapię grupową może poprzedzać praca wspierająca i psychoedukacyjna nad mechanizmami uzależnienia.

Kolejną kwestią podejmowaną w trakcie procesu diagnostycznego jest ocena bezpieczeństwa pacjenta i ryzyka podjęcia przez niego próby samobójczej. Wielu pacjentów zgłaszających się do leczenia często lub okresowo ma myśli samobójcze, stąd istotna ocena ich nasilenia i ryzyka podjęcia próby samobójczej — innymi słowy odróżnienie myśli od tendencji i rzeczywistych zamiarów. W klasycznym ujęciu kryzysu z oceną ryzyka targnięcia się na własne życie wiąże się diagnoza syndromu presuicydalnego opisana przez Ringela, który stwierdził, iż większość czynów samobójczych jest podejmowana w bardzo podobnym stanie psychicznym. Stan ten wiąże się z tzw. zawężeniem sytuacyjnym, dynamicznym, interpersonalnym, zawężeniem obszaru wartości, obecnością fantazji samobójczych, zahamowaną agresją i autoagresją [16]. Osoba zagrożona samobójstwem wykazuje tendencje do tunelowej wizji świata i siebie. Sytuacja, w której się znajduje, wydaje się nie mieć rozwiązania, a problemy wydają się jedynie piętzy, próby radzenia sobie przynoszą poczucie pozostawania w kręgu tych samych problemów i niemożności ich rozwiązania. Obraz relacji jest obrazem pustki i samotności, często dochodzi do zerwania jedynej więzi, której osoba kurczowo się trzyma, jednocześnie traci osobisty stosunek do wszelakich ważnych dotychczas wartości i celów. Samobójstwo staje się jedynym możliwym wyjściem z poznawczego tunelu.

Współczesne badania określają bardziej dokładne kryteria związane z ryzykiem samobójstwa. Wyróżnienie ostrych samobójczych zaburzeń afektywnych oraz zespołu kryzysu samobójczego zwiększa możliwości predyktywne diagnosty. O ostrych, samobójczych zaburzeniach afektywnych mówimy wówczas, gdy następuje drastyczny wzrost skłonności samobójczych w ciągu kilku godzin lub dni, pojawia się wyraźna alienacja społeczna i/ lub wyobcowanie z siebie, alienacja jest przeżywana jako beznadziejna i niemożliwa do zmiany, a objawom towarzyszy nadmierne pobudzenie. Zespół kryzysu samobójczego związany jest z utrzymującym się lub nawracającym poczuciem uwięzienia i nagłą potrzebą ucieczki z nieuniknionej sytuacji życiowej, śmierć wydaje się jedyną ucieczką. Inne kryteria diagnostyczne obejmują objawy afektywne, zaburzenia poznawcze oraz zmiany

behawioralne i/lub wycofanie społeczne [17]. Stwierdzenie ostrych samobójczych zaburzeń afektywnych i kryzysu samobójczego wymaga interwencji kryzysowej i nie jest stanem, w którym pacjent byłby zdolny do grupowej psychoterapii ukierunkowanej na wgląd.

Powyższe, jak i inne, nie wymienione tu, problemy diagnostyczne wymagają często pogłębionej refleksji diagnosty i poszerzenia procesu diagnozy o dodatkowe badania umożliwiające odpowiedź na pytanie, czy dla tego pacjenta, w tym momencie, najbardziej odpowiednia będzie psychoterapia grupowa.

Diagnoza procesów mentalizacji

Procesy mentalizowania mają podstawowe znaczenie we wszystkich podejściach terapeutycznych, jak również w obszarze pomocy psychologicznej [18]. Diagnoza zdolności pacjenta do rozpoznawania, modulowania i wyrażania własnych stanów emocjonalnych oraz identyfikowania stanów umysłowych innych osób stanowi ważny etap wstępny w procesie psychoterapii. W procesie kwalifikacji do terapii grupowej badanie zdolności do mentalizacji jest predyktorem funkcjonowania pacjenta w relacjach grupowych i wyznacza kierunek interwencji terapeutycznych.

Mentalizowanie jest procesem psychicznym zarówno świadomym, jak i nieświadomym, rozgrywającym się na wielu poziomach. Po pierwsze motywacyjnym — związanym z gotowością i motywacją do mentalizowania, po drugie zdolnością do rozpoznawania i rozumienia własnych zachowań i emocji jako wynikających z procesów i stanów umysłowych. Odnosi się również do zdolności reflektowania podobnych procesów u innych ludzi. Na mentalizowaną emocjonalność składają się: rozpoznawanie, nazywanie i różnicowanie stanów emocjonalnych, zdolność do ich modulowania oraz ekspresja emocjonalna [18].

Proces mentalizowania wiąże się umiejętnością różnicowania między rzeczywistością wewnętrzną i zewnętrzną oraz tworzenia reprezentacji stanów umysłowych własnych i innych osób. Stanowi podstawę bardziej dojrzałych i złożonych mechanizmów obronnych, gdyż polega na przekształcaniu tego, co niementalne w mentalne [19]. Mentalizacja odgrywa istotną rolę w relacjach interpersonalnych. Z jednej strony umożliwia dostrzeganie i rozumienie perspektywy oraz przeżyć innych ludzi, niezależnie od osobistej perspektywy, z drugiej strony daje możliwość nadawania znaczenia i reflektowania zachowań. Mentalizowanie można rozpatrywać w kilku wymiarach — jako proces automatyczny lub kontrolowany, afektywny i poznawczy, związany z self i innymi. Inne wymiary mentalizacji związane są z ukierunkowaniem na wewnątrz lub zewnątrz umysłu, mentalizowanie w wymiarze czasowym; mentalizowanie w wymiarze związanym z treścią stanów umysłowych i mentalizowanie w węższym lub szerszym zakresie (bieżący stan umysłu versus odnoszące się do kontekstu autobiograficznego) [20].

Badanie zdolności do mentalizacji w perspektywie psychodynamicznej może odbywać się w trakcie wywiadu prowadzonego z pacjentem, możliwe jest również zastosowanie standaryzowanych narzędzi diagnostycznych.

W procesie diagnostycznym badamy, na ile pacjent właściwie rozpoznaje własne stany emocjonalne, czy potrafi je regulować czy jest zdolny do decentracji, w jakich wymiarach

(treści stanów umysłowych, poziom reprezentacji, obiekt–self, ramy czasowe) i w jakim zakresie przebiegają u niego procesy mentalizacji.

Hipotezy na temat procesów mentalizacji można stawiać w oparciu o opis relacji pacjenta, szczególnie sytuacji konfliktowych między nim a bliską mu osobą. Uzyskujemy od badanego informacje, czy i w jaki sposób odnosi się do stanów mentalnych, czy rozpoznaje je u siebie i innych osób, czy je uwzględnia w rozumieniu siebie i ludzi, czy refleksja nad stanami umysłowymi wpływa na regulowanie jego zachowań, czy ma motywację do mentalizowania [19]. Diagnoza procesów mentalizacji może być pomocna w określeniu poziomu zaburzeń osobowości, a w procesie psychoterapii pomaga dobrać właściwe interwencje do zdolności mentalizacyjnych pacjenta [19]. Właściwe określenie deficytów i możliwości w zakresie procesów mentalizacji będzie ważną wskazówką dla dalszego etapu pracy terapeutycznej, stanowiąc istotną informację dla psychoterapeutów potrzebną dla określenia kierunków i celów interwencji terapeutycznych oraz dostosowania ich do możliwości danego pacjenta i skoncentrowania się na rozwijaniu u niego w określonych wymiarach zdolności mentalizacyjnych. Wiedza ta jest istotna również dla lepszego rozumienia funkcjonowania pacjenta w relacjach grupowych i angażowania się w związku z innymi ludźmi, jak również do radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami i przeżywanymi emocjami.

Diagnoza osobowości

Klinicysta powinien każdorazowo określać osobowość pacjenta cierpiącego z powodu różnorodnych problemów i brać ją pod uwagę w kontekście wyniku leczenia. Przykładem są współwystępujące z depresją zaburzenia osobowości, w szczególności osobowość typu borderline, wpływające niekorzystnie na wynik leczenia i prowadzące do niższych wskaźników remisji i zwiększonych wskaźników nawrotów [21]. Tak więc diagnoza osobowości służy lepszemu zaplanowaniu terapii i wyborze adekwatnej metody, umożliwia prognozowanie zmiany, przewidywanie zachowań acting-outowych, a także ogranicza ryzyko przedwczesnej rezygnacji z leczenia.

Osobowość stanowi wzorec względnie trwałych dla danej osoby sposobów myślenia, przeżywania, motywacji, zachowania i tworzenia relacji [22].

Odwołanie się w diagnozie jedynie do kategoryjnego opisu wydaje się niewystarczające i w niewielkim stopniu poszerzające wiedzę o pacjencie, szczególnie z perspektywy dalszego leczenia psychoterapeutycznego. Diagnoza nozologiczna dokonana z pomocą np. Ustrukturalizowanego Wywiadu Klinicznego do Badania Zaburzeń Osobowości DSM-5 określa kategorię zaburzenia osobowości, jednak zachowania i cechy przyporządkowane do poszczególnych kategorii zaburzeń nie odzwierciedlają rzeczywistego funkcjonowania pacjenta. Ponadto zachowania charakterystyczne dla danej kategorii, np. zachowania unikowe, nieśmiałość i wycofanie charakterystyczne dla osobowości unikającej mogą wiązać się również z osobowością narcystyczną czy paranoiczną.

Z perspektywy psychoterapii bardziej pomocny wydaje się opis struktury osobowości lezonego pacjenta. W opisie osobowości uwzględniamy poziom organizacji i rodzaj osobowości, elastyczność, z jaką cechy osobowości ujawniają się w określonych sytuacjach

oraz stopień aktywizacji cech powodujący cierpienie i utrudniający funkcjonowanie. Uwzględniamy także możliwości adaptacyjne do stresorów i wartości etyczne [22]. Opis struktury osobowości odzwierciedla poziom integracji versus rozproszenia tożsamości, relacji z obiektem, mechanizmy obronne, zdolności testowania rzeczywistości, poziom agresji i system wartości. Badając poszczególne funkcje można opisać osobowość na poszczególnych poziomach lub stopniach patologii organizacji — od prawidłowej poprzez neurotyczną, typu borderline aż do psychotycznej organizacji osobowości [23].

Do diagnozy organizacji osobowości można stosować zaproponowany przez Kernberga wywiad strukturalny, służący badaniu integracji self, relacji z obiektem, stosowanych mechanizmów obronnych, eksternalizacji versus internalizacji problemów, oceny wnioskowania moralnego i agresywności. Prowadzący zachęca do swobodnych wypowiedzi w zakresie zgłaszanych trudności, przebiegu symptomów, funkcjonowania pacjenta w różnych sytuacjach i rolach, oczekiwania wobec leczenia. W dalszym etapie diagnosta koncentruje się na relacjach interpersonalnych, funkcjonowaniu społecznym, pragnieniach i potrzebach występujących w relacjach, a także na postrzeganiu siebie i własnych cech. Badający stosuje klaryfikację, konfrontację w obszarach niespójności i wstępne interpretacje, obserwując reakcje pacjenta i własne na niego reakcje emocjonalne [24]. Pogłębiona diagnoza osobowości daje diagnoście, a w dalszym etapie terapeutom, wiele niezwykle cennych informacji o pacjencie, jego funkcjonowaniu, reprezentacjach self i innych mechanizmach obronnych i agresji. Tym samym umożliwia przewidywanie, planowanie kierunku przygotowania i dalszej pracy z pacjentem oraz właściwy dobór pacjentów do grupy.

Konceptualizacja problematyki pacjenta

Konceptualizacja problematyki pacjenta stanowi uporządkowany zbiór hipotez wyjaśniający psychologiczne, behawioralne i interpersonalne problemy jednostki. Obejmuje ona czynniki etiologiczne, predysponujące i podtrzymujące oraz mechanizmy przyczynowe sformułowane w języku psychologicznym, uzasadnione w świetle teorii i zebranych danych empirycznych oraz stanowiące podstawę oddziaływań terapeutycznych. Interpretując informacje uzyskane od pacjenta oraz własne obserwacje psycholog opiera się na założeniach teoretycznych. Istotą konceptualizacji jest jej trafność, a kryterium trafności jest jej użyteczność w praktyce terapeutycznej [25].

Tworząc hipotezy dotyczące problemów pacjenta, badający uwzględnią czynniki temperamentalne, związane ze stanem somatycznym, fizycznością i wyposażeniem biologicznym badanego [26]. Współczesne modele psychodynamiczne uwzględniają w rozumieniu problematyki i myśleniu o pacjencie czynniki niedynamiczne i te dające dodatkową perspektywę [27]. Czynniki te mają wpływ na kształtowanie i utrzymywanie się objawów. Ponadto funkcjonowanie pacjenta w różnych obszarach może wiązać się z próbą adaptacji do własnych ograniczeń neurobiologicznych [28].

W kolejnej fazie badający dokonuje psychodynamicznego wyjaśnienia podstawowych konfliktów, mechanizmów wystąpienia zasadniczego problemu pacjenta oraz jego związku z obszarami konfliktowymi [26]. Stawia hipotezy dotyczące zakłóceń występujących w określonych fazach rozwoju psychoseksualnego. Opisuje również osobowość pacjenta

i jego zdolności do mentalizowania, odnosząc się do tożsamości badanego, zdolności do testowania rzeczywistości, charakteru relacji z obiektem, typu i konfiguracji mechanizmów obronnych, poziomu wnioskowania moralnego oraz określa w kategoriach dymensyjnych poziom zaburzeń osobowości — neurotyczny, wyższy borderline, niższy borderline.

Wydaje się również istotne uwzględnienie szeroko rozumianych zasobów pacjenta.

Na tym etapie badający odpowiada również na pytanie o najbardziej odpowiednie dla pacjenta oddziaływania terapeutyczne. Przewiduje możliwe reakcje na sytuację terapeutyczną — prawdopodobne przejawy przeniesienia, przewidywany opór, prognozowane odpowiedzi na interwencje terapeutyczne [26]. Podejmuje również ostateczną decyzję kliniczną — czy psychoterapia grupowa dla danego pacjenta, z jego objawami i problemami oraz cechami osobowości, będzie właściwą metodą leczenia. Tak skonceptualizowany obraz badanego stanowi swoistą „mapę” w dalszym procesie terapeutycznym.

Przygotowanie do procesu terapii

Procedury przygotowania pacjentów służą zmniejszeniu ryzyka rezygnacji, szczególnie na wczesnym etapie leczenia [29]. Elementem przygotowania do terapii jest również omówienie diagnozy w dialogu między badającym a diagnozowanym na temat tego, jak rozumiane są przez diagnostę problemy pacjenta, bez formułowania kategoriycznych wniosków, z wyrażeniem zaciekawienia tym, czy pacjent zgadza się z wnioskami czy inaczej niż badający widzi źródła własnych trudności. Zgodnie z koncepcją psychodynamiczną diagnozujący przedstawia rozumienie problemów pacjenta w kontekście rozwojowym, wskazując kierunki ewentualnej dalszej pracy terapeutycznej, wyznaczając możliwości przepracowania zablokowanych w przeszłości procesów rozwojowych [30].

W trakcie konsultacji przygotowującej do rozpoczęcia terapii psycholog zapoznaje pacjenta z procesem terapeutycznym i wyjaśnia znaczenie norm grupowych (tajemnicy, obecności, niekontaktowania się poza sesjami, nieoceniania itd.) i w zależności od problemów ustala z pacjentami dodatkowy kontrakt. Omawia również rolę terapeutów w grupie, kwestie związane z milczeniem, a także znaczenie stopniowego odsłaniania się, zachęca do zadawania pytań dotyczących grupy i leczenia. Ograniczenie niepewności i niejasności na etapie rozpoczynania psychoterapii zwiększa poczucie bezpieczeństwa pacjentów i ułatwia im adaptację w grupie.

Nieco więcej uważności wymagają pacjenci szczególnie narażeni na wczesne zrezygnowanie z terapii — osoby z głębszymi zaburzeniami osobowości, młode, zgłaszające się ze zogniskowanym problemem [31]. W procesie omówienia przebiegu leczenia grupowego psycholog zwraca uwagę na aspekty związane z kończeniem i przerywaniem leczenia, kontraktując z pacjentem, iż decyzję o rezygnacji z terapii omówi on wcześniej z grupą. Badający odnosi się także do powtarzających się wzorców relacji pacjenta, przygotowując go na proces przeniesienia występujący w grupie. Istotny temat stanowią również kryzysy, które mogą pojawiać się w trakcie psychoterapii, a także specyfika emocji związanych z fazą kończenia leczenia [6].

Proces poprzedzający przyjęcie pacjenta do terapii istotnie wpływa na efektywność leczenia. Wstępna diagnoza umożliwia właściwy dobór pacjentów — ze względu na

występujące problemy i strukturę osobowości, umożliwia terapeutom lepsze rozumienie pacjentów i planowanie ich terapii, a proces przygotowania powoduje, że pacjenci szybciej adaptują się do terapii, z większą łatwością wchodzą w interakcje i rzadziej rezygnują z leczenia.

Piśmiennictwo

1. Cierpiałkowska L, Sęk H. Naukowe i społeczne wyzwania dla psychologii klinicznej. *Roczniki Psychologiczne* 2016; XIX(3): 401–418.
2. Prochaska JO, Norcross JC. *Systemy psychoterapeutyczne*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2006.
3. Leichsenring F, Rabung S, Leibling E. the efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 2004; 61: 1208–1216.
4. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański J, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E et al. Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości. *Psychiatria Polska*. 2015; 49(1): 29–48.
5. Sobański J, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic. *Psychiatria i Psychoterapia* 2011; 7(4): 20-34.
6. Izydorczyk B. Zadania psychologa w psychoterapii nerwic i zaburzeń osobowości realizowanej w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (Poradniach Zdrowia Psychicznego i Oddziałach Dziennych Leczenia Nerwic). W: Gulla B, red. *Zadania psychologa–praktyka*. Kraków: Instytut Psychologii Stosowanej Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej Uniwersytet Jagielloński; 2019.
7. Gonda X, Pompili M, Serafini G, Carvalho AF, Rihmer Z, Dome P. The role of cognitive dysfunction in the symptoms and remission from depression. *Ann. Gen. Psychiatry*. 2015; 14(1): 1–7.
8. Tyburski E, Nitsch K, Mak M, Kurpisz J. Neuropsychologiczna ocena pacjentów z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi. *Psychiatria* 2013; 10(1): 19–23.
9. Aleksandrowicz J. „Psychoterapia” czy „psychoterapie”? *Psychoterapia* 2004; 2(129): 17–30.
10. Tallon D. *The under-recognition of trauma in the diagnosis of borderline personality disorder (BPD)*. Oxford Brookes University; 2015.
11. Tomalski R, Pietkiewicz I. Złożony zespół stresu pourazowego — przełom w leczeniu zaburzeń osobowości. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 2020; 1(20): 56–60.
12. Levi O, Bar-Haim Y, Kreissl Y, Fruchter E. Cognitive-behavioural therapy and psychodynamic psychotherapy in the treatment of combat-related post-traumatic stress disorder: a comparative effectiveness study. *Clin. Psychol. Psychother.* 2016; 23: <http://DOI: 10.1002/cpp.1969>.
13. Markowitz JC, Petkova E, Neria Y, Van Meter PE, Zhao Y, Hembree E et al. Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *Am. J. Psychiatry* 2015. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.14070908
14. Wojtynkiewicz E. Uzależnienie od alkoholu w świetle teorii psychodynamicznych. *Psychoter.* 2018; 1(184): 41–50.
15. Khantzian EJ. Psychodynamic psychotherapy for the treatment of substance use disorders. *Textbook of addiction treatment: International Perspectives*. 2015: http://DOI 10.1007/978-88-470-5322-9_38.

16. Kubacka-Jasiecka D. Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2010.
17. Voros V, Tenyi T, Nagy A, Fekete S, Osvath P. Crisis concept re-loaded? The recently described suicide-specific syndromes may help to better understand suicidal behavior and assess imminent. *Frontiers in Psychiatry* 2021; 12: 598923. DOI: 10.3389/fpsy.2021.598923.
18. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalizowanie w praktyce klinicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
19. Jańczak M. Mentalizacja w praktyce klinicznej — perspektywa psychodynamiczna. *Psychoter.* 2018; 4(187): 5–17.
20. Cierpiałkowska L, Górską D, red. Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza; 2016.
21. Levy K, Ehrenthal J, Yeomans F, Caligor E. The efficacy of psychotherapy: focus on psychodynamic psychotherapy as an example. *psychodynamic psychiatry.* 2014; 42(3): 377–422.
22. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. Podręcznik psychoterapii psychodynamicznej w patologii osobowości z wyższego poziomu. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej; 2017.
23. Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF. Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu w leczeniu zaburzeń osobowości borderline. Podręcznik kliniczny. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej; 2015.
24. Cierpiałkowska L, Soroko E, red. Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2017.
25. Słysz A. Konceptualizacja przypadku w różnych modelach psychoterapii. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza; 2017.
26. Summers R, Barber JP. Terapia psychodynamiczna. Praktyka oparta na dowodach. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
27. Żechowski C. Integrowanie neurobiologii i psychoterapii — czyli o mózgu w umyśle terapeuty. *Psychiatria* 2014; 11(3): 137–140.
28. Grzegorzewska I, Cierpiałkowska L, Borkowska A, red. Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2020.
29. Bernard HS, MacKenzi KR. Podstawy terapii grupowej. Gdańsk: GWP; 2004.
30. McWilliams N. Opracowanie przypadku w psychoanalizie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2012.
31. Thormahlen B, Weinryb R, Noren K, Vinnars B, Bagedahl-Strindlund M. Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychoterapy Res.* 2003; 13(4): 493–509.

Adres: robertrzop@poczta.fm

**„Teraźniejszość i przyszłość psychoterapii
dzieci i młodzieży” to hasło przewodnie
konferencji jubileuszowej z okazji
X-lecia Ośrodka ReGeneRacja,
która odbędzie się w Warszawie
1.04.2023 r. sobota.**

Konferencja z okazji X-lecia istnienia ReGeneRacji to okazja do uczestniczenia w interesujących wykładach znamienitych specjalistów i specjalistek z zakresu psychoterapii i psychiatrii dzieci i młodzieży. Działaniom ReGeneRacji — tak w codziennej pracy, jak i podczas organizacji konferencji jubileuszowej — przyświeca cel popularyzowania rzetelnej wiedzy z dziedziny psychoterapii i psychiatrii wieku rozwojowego.

Podczas konferencji wysłuchamy prelekcji **prof. dr hab. Katarzyny Schier, prof. dr hab. n.med. Agnieszki Słopeń, Justyny Dąbrowskiej, dr. hab. n.med. Macieja Pileckiego.**

Jednocześnie wydarzenie stanowi doskonałą okazję do konsolidowania środowiska: psychologów, psychoterapeutów różnych modalności i psychiatrów, czyli wszystkich osób działających na rzecz poprawy i wspierania zdrowia psychicznego pacjentów w wieku rozwojowym.

Zapraszamy do zapoznania się ze szczegółami dotyczącymi konferencji na stronie internetowej:

<https://osrodekregeneracja.pl/konferencja/>