

Joanna Mostowik<sup>1</sup>, Katarzyna Cyranka<sup>2</sup>

**NOWE TRENDY W PSYCHOTERAPII.  
ZNACZENIE PERSPEKTYWY CZASOWEJ W OBSZARZE  
ZDROWIA PSYCHICZNEGO ORAZ PODEJMOWANYCH  
INTERWENCJI TERAPEUTYCZNYCH**

**NEW TRENDS IN PSYCHOTHERAPY.  
THE ROLE OF TIME PERSPECTIVE IN MENTAL HEALTH  
AND PRACTICED THERAPEUTIC INTERVENTIONS**

<sup>1</sup> Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński

<sup>2</sup> Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

**Streszczenie**

*Konstrukt czasu w procesie psychoterapii obok swojego znaczenia organizacyjnego, wyznaczającego ramy pracy związane z reprezentowanym przez psychoterapeutę paradygmatem leczenia oraz długością trwania psychoterapii (setting terapeutyczny), ma również znaczenie związane ze sposobem percepcji wydarzeń życiowych przez pacjenta. Liczba dostępnych publikacji biorących pod uwagę koncepcję perspektywy czasowej (P. Zimbardo, J. Boyd) w obszarze klinicznym nie jest wyczerpująca, jednak wyniki badań jednoznacznie wskazują na jej istotne znaczenie w obrazie psychopatologii różnych grup diagnostycznych. Wśród przykładów, które uwzględniają znaczenie omawianej teorii w praktycznych interwencjach z obszaru psychoterapii są różnego rodzaju techniki pracy z metaforą czasu oraz formy terapii, takie jak Terapia Równoważeniem Perspektyw Czasu (Time Perspective Therapy – TPT), Terapia Poznawcza Oparta na Uważności (Mindfulness Based Cognitive Psychotherapy – MBCT) czy Future Directed Therapy.*

*Celem artykułu jest przegląd badań uwzględniających znaczenie teorii perspektywy czasowej w obszarze psychopatologii, charakterystyka wymienionych form psychoterapii oraz rozważenie możliwości i ograniczeń włączania wybranych interwencji terapeutycznych wykorzystujących aspekt czasu do procesu psychoterapii i tworzenia nowych kierunków terapeutycznych.*

**Summary**

The concept of time in the psychotherapy process has an important role not only in organizational aspects, determining a framework related to the paradigm of treatment represented by a psychotherapist, and to the length of psychotherapy (therapeutic setting), but also in the way the patient perceives life events. Although the number of available publications with time perspective theory (P. Zimbardo, J. Boyd) in the clinical area is not exhaustive, the results of research clearly indicate its importance in the clinical picture among different diagnostic groups. The significance of the discussed theory in practical psychotherapy interventions is included into different working techniques with time metaphors and therapies like Time Perspective Therapy – TPT, Mindfulness Based Cognitive Psychotherapy – MBCT or Future Directed Therapy.

The purpose of the paper is to present an overview of the research including the role of time perspective in psychopathology, a description of the mentioned psychotherapeutic forms, and consideration of possibilities and limitations of including particular therapeutic interventions based on time concept into the psychotherapy process and creating new therapeutic directions.

**time perspective, therapeutic interventions, psychotherapy**

## Wprowadzenie

Zainteresowanie zagadnieniem znaczenia czasu w obszarze zdrowia psychicznego nie jest zjawiskiem całkowicie nowym, można je odnaleźć wśród prac psychologów, takich jak William James [1], Kurt Lewin [2] czy Lawrence Frank [za: 3]. Koncepcja czasu psychologicznego, a więc czasu przeżywanego subiektywnie, ujmowana jest w różne kategorie pojęciowe. Najczęstsze z nich to świadomość temporalna, horyzont temporalny (czasowy) i perspektywa (orientacja) temporalna (czasowa) [4]. Ze względu na największe znaczenie ostatniego z wyróżnionych aspektów, zostanie on w niniejszej pracy opisany najszerzej.

Świadomość temporalna odnosi się do sposobów, w jaki czas jest przez daną osobę rozumiany, konceptualizowany i wartościowany. Oznacza ona uświadamianie sobie czasowości różnych zjawisk, wydarzeń. To wiedza, naukowa i potoczna, którą człowiek ma na temat czasu i swojego w nim umiejscowienia [5]. Horyzont temporalny (czasowy) oznacza zasięg perspektywy czasowej, jej długość. W ramach horyzontu temporalnego kategorie, takie jak przeszłość, teraźniejszość i przyszłość u różnych osób mogą mieć różny zakres — szerszy lub węższy.

Pojęcie perspektywy temporalnej (czasowej), określane jest w literaturze zamiennie jako orientacja temporalna (czasowa) i zostało wprowadzone do psychologii przez L. Franka [za: 3] jako „całość podmiotowego spojrzenia na własną przyszłość i przeszłość istniejącą w danym momencie czasu” [str. 43]. Perspektywa czasowa wskazuje, w jaki sposób dana osoba przeżywa, ocenia oraz wartościuje poszczególne wymiary temporalne. Stanowi ona jeden z elementów świadomości temporalnej i oznacza stopień, w jakim człowiek koncentruje się w swoim myśleniu, przeżywaniu i działaniu na przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, który z wymiarów jest dla niego najważniejszy, a przez to uwzględniany w aktywności życiowej, planowaniu, antycypowaniu i realizacji swoich działań. Paul Fraisse [za: 6] w odniesieniu do perspektywy czasowej uznawał, że „nasze działania w dowolnie wybranym momencie nie wynikają jedynie z sytuacji, w jakiej się w danej chwili znajdujemy, ale także ze wszystkich naszych dotychczasowych doświadczeń oraz oczekiwań dotyczących przyszłości. Każde z podejmowanych przez nas działań bierze je pod uwagę, czasem wprost, a zawsze w sposób domyślny [...]. Można by powiedzieć, że każde z naszych działań jest podejmowane w ramach jakiejś perspektywy temporalnej, zależy od naszych horyzontów czasowych w konkretnym momencie jego zaistnienia” [str. 50].

Według Philipa Zimbardo i Johna Boyda — autorów teorii perspektywy czasowej, stanowi ona osobiste, często nieuświadomione nastawienie, które każdy z nas przejawia wobec czasu i w ramach którego doświadczenia życiowe zostają podzielone na kategorie czasowe pozwalające nadać życiu porządek, spójność i znaczenie. Perspektywa czasowa jest związana z charakterystycznym dla człowieka sposobem rozumienia, przeżywania, doświadczania czasu i ma wpływ na aktywność życiową człowieka poprzez moderowanie

sposobu, w jaki wchodzi on w relacje ze światem i w jaki postrzega swoje doświadczenia. Autorzy w swojej koncepcji wyróżniają pięć głównych perspektyw czasu — przeszłość pozytywną, przeszłość negatywną, terażniejszość hedonistyczną, terażniejszość fatalistyczną i przyszłość [7]. Każda z nich jest związana z innymi emocjami, inną hierarchią wartości i potrzeb oraz odmiennymi tendencjami w reagowaniu na sytuacje życiowe [8]. Perspektywa przeszłościowo-negatywna oznacza częste powracanie we wspomnieniach do przykrych wspomnień z przeszłości. Osoby z wysokim poziomem tej perspektywy w swoim myśleniu, ocenach i reakcjach terażniejszych opierają się na przykrych doświadczeniach z przeszłości. Mają tendencję do częstego, wielokrotnego odtwarzania w umyśle tragedii, traum i niepowodzeń. Perspektywa przeszłościowo-pozytywna wiąże się z ocenami i reakcjami na terażniejsze zdarzenia w odniesieniu do przeszłych szczęśliwych, dobrych doświadczeń. Osoby o pozytywnych emocjach w stosunku do przeszłych wydarzeń mają niższy poziom niepokoju niż osoby skupione na przeszłości związanej z negatywnymi emocjami. Perspektywa terażniejsza fatalistyczna oznacza wiarę w to, że wszystko, co się dzieje, jest wynikiem zewnętrznie działającego fatum lub przeznaczenia religijnego. Osoby o wysokim poziomie tej perspektywy skupiają się na tym, co jest tu i teraz w poczuciu beznadziejności. Perspektywa terażniejsza hedonistyczna oznacza umiejętność cieszenia się chwilą obecną i potrzebę poszukiwania wrażeń. Osoby te są na ogół bardziej kreatywne i szczęśliwe niż osoby koncentrujące się również na terażniejszości, ale o charakterze fatalistycznym. Perspektywa przyszła oznacza skupienie na tym, co dopiero się wydarzy i może wydarzyć. Osoby zorientowane na przyszłość są mniej agresywne, mniej depresyjne i lękliwe, mają więcej energii, dbają o swoje zdrowie i mają więcej wiary w siebie i wyższe poczucie własnej wartości. To osoby silniej kontrolujące swoje ego i impulsy [6].

Zdaniem Zeny Mello i Franka Worrella [9] perspektywa czasowa może być opisana nie tylko w terminach orientacji temporalnej (uwagi, z jaką osoba koncentruje się na wymiarach przeszłości, terażniejszości i/lub przyszłości) i nastawienia (pozytywnego lub negatywnego ukierunkowania emocjonalnego w stronę przeszłości, terażniejszości i przyszłości), ale również relacji (stopnia, w jakim osoba spostrzega przeszłość, terażniejszość, przyszłość jako wzajemnie połączone), częstości (stopnia, w jakim osoba relacjonuje myślenie o poszczególnych wymiarach temporalnych) i znaczenia (sposobu, w jaki osoba definiuje przeszłość, terażniejszość i przyszłość).

### **Znaczenie czasu psychologicznego dla zdrowia psychicznego**

Do upowszechnienia i znaczącego wzrostu badań dotyczących perspektywy czasowej w psychologii w dużej mierze przyczyniły się prace Zimbardo i współpracowników [6, 7; 10–14]. Niemniej w literaturze psychologicznej znacząco wcześniej można odnaleźć opisy i badania związane z rozumieniem i przeżywaniem czasu w życiu człowieka, w tym w odniesieniu do różnych zaburzeń i chorób psychicznych. Israeli [za: 15] twierdził, że granica normy wśród melancholików i osób z paranoidalną schizofrenią może być opisana poprzez problem z konceptualizacją przyszłych celów i przewidywanych możliwości. Wallace [16] podkreślał trudności pacjentów ze schizofrenią w myśleniu o przyszłości, wskazując, że w porównaniu z osobami zdrowymi, piszą oni historie o znacznie krótszej rozciągłości wymiaru czasu przyszłego. Calabresi i Cohen [17] wskazywali, że pacjenci

w leczeniu psychiatrycznym w porównaniu z osobami zdrowymi wykazują wyższy poziom lęku w odniesieniu do upływu czasu, wyższą zależność wobec obiektywnych miar czasu i czują dyskomfort, myśląc o przeszłości i przyszłości. Frederik Melges w drugiej połowie XX wieku rozpoczął badania naukowe dotyczące związków pomiędzy czasem i chorobą psychiczną. Inspirację do badań stanowiły doświadczenia wyniesione z praktyki psychoterapeutycznej, w której zaobserwował, że zagadnienie czasu stanowi częsty temat sesji terapeutycznych [18]. Melges zauważył, że osoby z różnymi zaburzeniami psychicznymi w błędny sposób spostrzegają czas. Wskazywał m.in. na błąd dotyczący prędkości upływu czasu — osoby, które czują, że czas upływa zbyt szybko, często wykonują wiele zadań jednocześnie, a osoby, dla których czas upływa zbyt wolno, mają wrażenie tkwienia w terażniejszości i częściej zapadają na depresję. Melges [19] uważał, że osoby z depresją są uwikłane w „destruktywne koła” lub „spirale bez wyjścia”.

Kontynuatorką prac Melgesa była Susan Nomen-Hoksema, która zainteresowała się badaniem dotyczącym silnego zaabsorbowania przeszłością charakterystycznego dla depresji. Sposób myślenia dla osób z depresją określiła jako depresyjne ruminacje związane z ciągłym skupieniem na tym, co minione. Obsesyjne koncentrowanie się na bolesnej przeszłości utrudnia myślenie, planowanie i zaakceptowanie niepewnej przyszłości [20]. Dla osób z depresją terażniejszość i przyszłość są cierpieniem bez szansy na poprawę. Podobne spostrzeganie czasu, jak w depresji ma miejsce w zaburzeniach PTSD, w których osoby są zakotwiczone w negatywnej przeszłości, co utrudnia im funkcjonowanie w terażniejszości i odbiera możliwość pozytywnego spostrzegania własnej przyszłości [18; 14]. Wśród pacjentów z diagnozą zaburzeń nerwicowych i osobowości, doświadczanie objawów o charakterze nerwicowym i lęku, rozumianego jako cecha, dodatnio koreluje ze stopniem skoncentrowania na negatywnej przeszłości oraz fatalistycznej terażniejszości i wiąże się również z mniejszym poczuciem kontroli w codziennym życiu. Dodatkowo zaobserwowano, że w im większym stopniu pacjenci pozostają skupieni na przeszłości negatywnej, terażniejszości fatalistycznej i hedonistycznej i im mniej na przyszłości, tym więcej pojawia się u nich mechanizmów obronnych niedojrzałych i tym mniej dojrzałych [21].

Materiału porównującego strukturę perspektywy czasowej w grupach klinicznych i nieklinicznych dostarczają badania, które przeprowadzili C. Oyanadel oraz G. Buela-Casal w Chile wśród pacjentów leczonych z powodu ostrych stanów w zaburzeniach psychicznych. W badaniu uwzględniono pacjentów z depresją, chorobą afektywną dwubiegunową, schizofrenią oraz zaburzeniami osobowości. Wyniki wskazują na istotnie wyższe nasilenie negatywnej przeszłości i fatalistycznej terażniejszości oraz mniej zrównoważoną strukturę perspektywy czasowej w grupach klinicznych [22].

W grupach pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zaobserwować więc można różnego rodzaju problemy z czasem — problem następstwa przedziałów czasowych, prędkości, z jaką upływa czas lub istotnie wzmoczonej koncentracji na wybranej orientacji temporalnej. Wśród pacjentów ze schizofrenią obserwuje się zagubienie między przeszłością, terażniejszością, a przyszłością. W manii czas upływa zbyt szybko, w depresji zbyt wolno. W grupie zaburzeń osobowości obserwuje się odchylenie perspektywy czasowej w kierunku terażniejszości, a w zaburzeniach lękowych — w kierunku przyszłości. Pacjenci z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi są zaabsorbowani przyszłością, jednak w sposób zupełnie odmienny niż osoby zdrowe, zorientowane na cel [8]. Badania wyraźnie wska-

zują, że nasza orientacja temporalna jest powiązana z odczuwanymi i przewidywanymi stanami emocjonalnymi — lękiem, złością, agresją [23] i jednostkami chorobowymi — zaburzeniami lękowymi, depresją, manią, PTSD, uzależnieniami od alkoholu, substancji psychoaktywnych i behawioralnymi, zaburzeniami osobowości oraz schizofrenią [24]. Dla stanów emocjonalnych takich jak lęk, złość i agresja charakterystyczny jest wysoki poziom perspektywy przeszłej negatywnej i terażniejszej fatalistycznej [12; 24]. Depresja i PTSD korelują w sposób ujemny ze zorientowaniem na przyszłość. Wśród depresyjnych pacjentów z towarzyszącymi im myślami samobójczymi uwidacznia się zaabsorbowanie negatywną przeszłością i brak nadziei na przyszłość. Pozytywna orientacja w kierunku przyszłości może tym samym stanowić czynnik ochrony przed depresją [25], również w grupie osób uzależnionych [26].

Najczęstszy wspólny wniosek z dostępnych publikacji wskazuje, że ważnym wskaźnikiem nasilenia problemów psychologicznych wśród pacjentów psychiatrycznych jest perspektywa przeszła negatywna i terażniejsza fatalistyczna. Z kolei osoby zdolne do koncentrowania się na pozytywnych aspektach przeszłości wykazują niższe ryzyko problemów osobowościowych. W tym sensie perspektywa przeszła pozytywna może stanowić czynnik ochronny. Stopień zaabsorbowania negatywną przeszłością może być również wskaźówką rokowania postępów w psychoterapii [27].

W związku z powyższymi doniesieniami w badaniach i literaturze obecne są dyskusje związane z możliwością kształtowania perspektywy temporalnej w trakcie leczenia w różnych zaburzeniach oraz chorobach psychicznych [14; 28].

Teoria czasu P. Zimbardo i J. Boyda zwraca uwagę na idealną, zrównoważoną perspektywę czasu (*Balanced Time Perspective* — BTP) charakterystyczną dla osób o zdrowej kondycji psychicznej. Idealna, zrównoważona perspektywa czasowa oznacza równowagę pomiędzy silną perspektywą przeszłą pozytywną, umiarkowanie silną perspektywą terażniejszą hedonistyczną i przyszłą oraz niskim poziomem perspektywy przeszłej negatywnej i terażniejszej fatalistycznej. Polega na umiejętności korzystania z różnych komponentów temporalności w zależności od wymogów sytuacyjnych, aktualnych wartości i potrzeb. Autorzy oraz badacze [24] podkreślają znaczenie BTP wskazując na ujemne konsekwencje wyższych wskaźników negatywnych orientacji temporalnych (*Maladaptive Deviation from BTP* — maladaptive DBTP), ale także zbyt skrajnej koncentracji na orientacjach temporalnych o pozytywnej ocenie emocjonalnej, jak np. skrajna koncentracja na terażniejszości hedonistycznej zwiększająca prawdopodobieństwo podejmowania ryzykownych zachowań behawioralnych [11, 13, 29]. Również wykazany w badaniach pozytywny wpływ orientacji na przyszłość [11, 30] w nadmiarze może prowadzić do zwiększenia odczuwanego stresu i zaniku możliwości odczuwania radości z terażniejszości oraz pojawienia się obaw związanych z przyszłością. Pacjenci z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi są bowiem zaabsorbowani przyszłością, jednak w sposób zupełnie odmienny niż osoby zdrowe, zorientowane na cel [6].

### Implikacje dla psychoterapii

Wyniki badań jednoznacznie wskazują na istotne znaczenie koncepcji perspektywy czasowej w obszarze klinicznym, w obrazie psychopatologii różnych grup diagnostycznych.

W związku z tym osoby zajmujące się praktyką mogą zadać pytanie, jak opisywane wnioski z badań można wykorzystać w codziennym pomaganiu pacjentom w toku psychoterapii.

Każdy rodzaj psychoterapii prowadzi pacjenta do mniej bolesnego, przykrego i bardziej pozytywnego spojrzenia na swoją przeszłość, sytuację obecną poprzez rozwijanie różnych umiejętności radzenia sobie w codziennym życiu i wreszcie ku umiejętnemu, adekwatnemu spoglądaniu w przyszłość. Optymalna perspektywa czasowa stanowi więc metaforyczny, uproszczony opis idealnego stanu, do którego pacjent lub klient wraz z terapeutą dążą w procesie leczenia. Ów optymalny stan, oznaczający równowagę pomiędzy silną perspektywą przeszłą pozytywną, umiarkowanie silną perspektywą terażniejszą hedonistyczną i przyszłą oraz niskim poziomem perspektywy przeszłej negatywnej i terażniejszej fatalistycznej, jest wyznaczany ściśle przez problemy, z jakimi pacjent zgłasza się do leczenia.

W publikacjach naukowych niewiele jest badań eksplorujących obszar modyfikacji struktury perspektywy czasowej w wyniku stosowanych interwencji terapeutycznych i leczenia. Jeżeli więc struktura perspektywy czasowej może stanowić predyktor ryzykownych zachowań i zaburzeń psychicznych, wówczas powinna ulegać proporcjonalnej zmianie wraz z innymi wskaźnikami zdrowienia w trakcie psychoterapii. Wśród badań, które potwierdzają zmiany zachodzące w wyniku psychoterapii w kształtowaniu bardziej korzystnej sensu stricte orientacji temporalnej znajdują się badania P. Zimbardo, R. Sworda i R. Sword [14] przeprowadzone wśród weteranów wojennych cierpiących na PTSD oraz badania S. Davies i P. Filippopoulosa [28] wśród osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Wyniki pierwszych z przywołanych badań wskazują na ukształtowanie bardziej korzystnej struktury wraz z towarzyszącym obniżeniem wskaźników depresji, lęku i innych objawów klinicznych w wyniku terapii narracyjnej bazującej na koncepcji Zimbardo i Boyda. Badania wśród uzależnionych potwierdzają zmiany przejawiające się obniżeniem wskaźnika perspektywy przeszłej negatywnej i terażniejszej hedonistycznej oraz wzrostem orientacji przyszłościowej, oznaczającej ukierunkowanie na cel w wyniku oddziaływań terapeutycznych, wśród których stosowano program 12 kroków AA, CBT oraz medytację *mindfulness*.

Wyniki badań przeprowadzonych przez J. Chodkiewiczą i K. Nowakowską [31] wśród osób uzależnionych od alkoholu leczonych odwykowo w warunkach ambulatoryjnych wskazują na rolę orientacji temporalnej w planowanym ukończeniu prowadzonej terapii. Zorientowanie na przyszłość okazało się czynnikiem sprzyjającym planowanemu, właściwemu kończeniu terapii przez uzależnionych mężczyzn.

Niektórzy badacze i praktycy „idą krok dalej” i wskazują na znaczenie używania omawianego konstruktów jako narzędzia w procesie psychoterapii. Przykładami uwzględniającymi znaczenie koncepcji czasu w praktycznych interwencjach z obszaru psychoterapii są różnego rodzaju techniki pracy z metaforą czasu oraz formy terapii, takie jak Terapia Równoważeniem Perspektyw Czasu (*Time Perspective Therapy* — TPT), Terapia Poznawcza Oparta na Uważności (*Mindfulness Based Cognitive Psychotherapy* — MBCT) czy *Future Directed Therapy*.

### **Terapia Równoważeniem Perspektyw Czasu (*Time Perspective Therapy* — TPT)**

Terapia Równoważeniem Perspektyw Czasu (*Time Perspective Therapy* — TPT) stanowi kolejny etap rozwoju modelu poznawczo-behawioralnego (*Cognitive Behavioral*

*Therapy* — CBT) i została rozwinięta w oparciu o przeprowadzone w latach 2009–2011 przez Richarda Sworda i Rosemary Sword badania weteranów wojennych z diagnozą PTSD [14]. Terapia ta jest oparta na założeniu, że osoby z PTSD, podobnie jak osoby z depresją, zostają uwięzione w bolesnej, traumatycznej przeszłości.

Głównym celem terapii jest wypracowanie zrównoważonej perspektywy czasu, obejmującej przeszłość, teraźniejszość i przyszłość. Jest to rodzaj terapii narracyjnej, która koncentruje się na przenoszeniu punktu ciężkości z przeszłości na teraźniejszość w kierunku dostrzeżenia wartościowej przyszłości, przy uwzględnieniu aspektu emocjonalnego każdego z tych wymiarów. Autorzy podkreślają, że kluczowym elementem jest to, iż terapia zwraca uwagę nie tylko na przeszłe, teraźniejsze doświadczenia pacjenta i ich oddziaływanie na jego psychospołeczne funkcjonowanie, ale koncentruje się również w dużej mierze na perspektywie przyszłości. W trakcie terapii unika się wielokrotnego odtwarzania doświadczonej traumy, aby zminimalizować tkwienie w negatywnym kole minionych zdarzeń. Pracuje się nad zrozumieniem poszczególnych perspektyw czasu, ich wpływu na spostrzeganie przez pacjenta siebie i swoich możliwości, poszanowaniem dla traumatyzującego wydarzenia i uznaniem, że osoba z PTSD doświadczyła urazu psychicznego, nie choroby psychicznej, uczeniem się technik uspokajających (ćwiczenia oddechowe, wizualizacje), wzmocnieniem pozytywnych elementów w historii życia (pozytywnej przeszłości), wzmacnianiem umiejętności zdrowego cieszenia się chwilą obecną (teraźniejszego hedonizmu), podejmowaniem prospołecznej aktywności przez osoby z PTSD oraz tworzeniem krótko- i długoterminowych celów (optymistyczna przyszłość) [14].

Z przeprowadzonych w latach 2009–2011 badań pilotażowych wynika, że TPT może być przydatne w leczeniu PTSD, stanów lękowych, depresji, a także w pracy z pacjentami kardiologicznymi. Wśród przebadanych 30 pacjentów, leczonych TPT, u 87% ustąpiły objawy PTSD i traumy, a u 100% pacjentów obniżył się poziom depresji. Pacjenci byli badani czterokrotnie w rocznym odstępie czasowym — przed, w trakcie i po zakończeniu terapii — z wykorzystaniem kilku narzędzi kwestionariuszowych oceniających nasilenie objawów lęku, traumy, depresji oraz perspektyw czasowych. Porównanie skuteczności TPT z terapią poznawczo-behawioralną (*Cognitive Behavioural Therapy* — CBT) i terapią przedłużonej ekspozycji (*Prolonged Exposure Therapy* — PE) w leczeniu PTSD podkreśla skuteczność CBT i TPT [14]. Zaletą wskazywaną wobec TPT jest stosowalność w leczeniu PTSD, a także większości zaburzeń wskazanych na liście kryteriów dyskwalifikujących do podjęcia CBT [32] z wyjątkiem psychoz i zaburzeń organicznych [33]. Model pracy został szczegółowo opisany w publikacji Zimbardo, Sword i Sworda *A Therapist's Guide to The Time Cure: Overcoming PTSD with the New Psychology on Time Perspective Therapy. Time Perspective Therapy in Six Sessions*.

### **Terapia Poznawcza Oparta na Uważności (*Mindfulness Based Cognitive Psychotherapy* — MBCT)**

Terapia Poznawcza Oparta na Uważności (*Mindfulness Based Cognitive Psychotherapy* — MBCT) to rodzaj terapii poznawczo-behawioralnej połączonej z kliniczną praktyką medytacji, a więc koncentracji na „tu i teraz”, która znajduje swoje zastosowanie w leczeniu nawracającej depresji [34] oraz stanów lękowych. Uważność oznacza umysłową zdolność

pozostawania w chwili obecnej, spostrzegania i obserwacji wewnętrznych i zewnętrznych doświadczeń oraz innych zjawisk w niewartościujący sposób [35]. Terapia MBCT została opracowana przez Z. Segala, M. Williamsa i J. Teasdale'a na podstawie programu MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*) prof. J. Kabat-Zinna, pierwotnie adresowanego do osób z przewlekłymi chorobami związanymi ze stresem i brakiem adaptacyjnych strategii radzenia sobie z nim [36]. Celem terapii MBCT jest zmniejszenie skutków depresyjnego myślenia odpowiedzialnych za nawrót choroby. Terapia polega na nauczaniu pacjenta (i pomocy) w obserwowaniu i zwracaniu uwagi na jego własne myśli, bez zatrzymywania i wielokrotnego ich odtwarzania. Oducza się w ten sposób pacjentów charakterystycznych dla depresji ciągłych ruminacji przykrych zdarzeń.

Wyniki przeprowadzonego kontrolnego badania wśród 145 pacjentów po przebytych epizodach depresji potwierdziły skuteczność terapii opartej na uważności w zakresie ryzyka nawrotu i poprawy jakości życia [37]. Metaanaliza przeprowadzona przez Jacoba Pieta i Esbena Hougaard [38], uwzględniająca wyniki pochodzące z sześciu projektów badawczych przeprowadzonych z lat 2000–2010 na łącznej grupie 593 pacjentów z diagnozą nawracających zaburzeń depresyjnych w momencie remisji, także wskazuje, że MBCT jest skuteczne w redukowaniu ryzyka nawrotu choroby. Inna metaanaliza [39] oparta o wyniki trzydziestu dziewięciu badań (727 artykułów) przeprowadzonych wśród 1140 uczestników biorących udział w MBCT z powodu zaburzeń lękowych, depresji oraz innych medycznych stanów psychicznych i somatycznych świadczy, że MBCT przynosi umiarkowane efekty w zakresie redukowania symptomów lęku i zaburzeń nastroju. Efekt był utrzymany w badaniach *follow-up* weryfikujących efekty długoterminowe (12 badań, średni czas pomiaru od zakończenia terapii — 12 tygodni). Dostępne są również publikacje wskazujące na użyteczność MBCT w leczeniu pacjentów z zaburzeniami lękowymi [40], a także w chorobie afektywnej dwubiegunowej [41] i epizodach psychotycznych [42, 43, 44]. Elementy treningu uważności są obecne również w opracowanej przez M. Linehan dialektycznej terapii behawioralnej znajdującej zastosowanie wobec pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline [45].

### **Terapia Ukierunkowana na Przyszłość (*Future Directed Therapy* — FDT)**

*Future Directed Therapy* — FDT to nowy rodzaj terapii kierowany do pacjentów z kliniczną postacią depresji. Terapia ta oparta jest na założeniu, że działania podejmowane przez człowieka oraz doświadczane emocje są wynikiem antycypowanych w umyśle wydarzeń dotyczących przyszłości. Depresja może się rozwinąć, kiedy osoba nie oczekuje wystarczająco wielu pozytywnych wydarzeń w przyszłości, a lęk, gdy oczekuje zbyt wielu negatywnych zdarzeń. Większość ludzi pozostaje nieświadoma wpływu własnych oczekiwań co do antycypowanych zdarzeń na swoje codzienne funkcjonowanie. Pacjenci z depresją skupiają się nadmiernie na tym, czego nie chcą i czego się obawiają, mają trudność w kształtowaniu bardziej korzystnej przyszłości, ustanawianiu celów, tworzeniu planów i rozwiązywaniu problemów.

Tradycyjne ujęcia terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu depresji koncentrują się między innymi wokół pracy z negatywnymi myślami i irracjonalnymi przekonaniami pacjenta. W FDT nie weryfikuje się racjonalności myśli i sądów, zakładając, że wszystkie



myśli osoby są w pewnym sensie racjonalne z indywidualnej, subiektywnej perspektywy, jakkolwiek niektórzy mogą mieć pewne schematy myślenia, które nie sprzyjają osiągnięciu pożądanej przyszłości. W FDT terapeuta pomaga rozpoznać problem zgłaszany przez pacjenta i zmienić oczekiwania w oparciu o to, czego pacjent chce, zidentyfikować przeszkody i zbudować realistyczny plan pozwalający na osiągnięcie celu. Jednym z celów FDT jest zaktywizowanie u osób z depresją mniej aktywnych obszarów mózgu odpowiedzialnych za optymizm.

Badania kliniczne z wykorzystaniem FDT są w trakcie. Do tej pory opublikowano dwie prace wskazujące, że FDT może być dodatkowym skutecznym rodzajem interwencji dla osób z depresją [46, 47]. W pierwszym badaniu porównano grupy pacjentów z kliniczną postacią depresji przebywających na oddziale psychiatrii. Jedna 16-osobowa grupa brała udział 2 razy w tygodniu przez 10 tygodni w terapii grupowej opartej na FDT, podczas gdy inna 17-osobowa grupa poddana była tradycyjnej grupowej terapii poznawczej. Wyniki wskazują, że pacjenci poddani FDT osiągnęli istotną poprawę poziomu depresyjności mierzonego *Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report* (QIDS-SR) [48], nasilenia lęku mierzonego Skalą Lęku Becka (*Beck Anxiety Inventory*) [49] oraz jakości życia mierzonej *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Scale — short form* [50]. Pacjenci poddani FDT osiągnęli istotnie większą poprawę w obniżeniu depresji w porównaniu z grupą kontrolną. Podobnych danych dostarczają kolejne z przywołanych badań, przeprowadzone w tym samym szpitalu, gdzie porównano grupę pacjentów poddanych interwencjom FDT oraz interwencjom poznawczo-behawioralnym. W obu grupach obserwowano poprawę w zakresie poziomu depresyjności *Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report* (QIDS-SR), poczucia beznadziei (*Beck Hopelessness Scale*) [51] oraz oczekiwaniu bardziej pozytywnej przyszłości, przy czym w grupie poddanej FDT obserwowano dodatkowo istotnie wyższą poprawę w ocenie jakości życia, której nie zaobserwowano w grupie poddanej CBT.

### **Inne interwencje terapeutyczne wykorzystujące pracę z perspektywą czasową**

Wśród różnych interwencji stosowanych przez psychoterapeutów można wskazać takie, które w pewien sposób odnoszą się do znaczenia czasu w życiu pacjenta.

Przykładową interwencją z wykorzystaniem metafory czasu jest praca z pacjentami wokół harmonizowania linii życia — zarówno wzmacniania korzystnej komponenty emocjonalnej, jak i wyrównywania koncentracji na poszczególnych orientacjach temporalnych. W grupach terapeutycznych o charakterze treningowym pracujących przy użyciu linii czasu nad linią życia pacjentów często zaobserwować można chęć ominięcia fragmentu bolesnej historii życia symbolicznie reprezentowanej przez przeszłość lub teraźniejszość. Granicę pomiędzy przeszłością a teraźniejszością stanowi zazwyczaj początek choroby, traumatyczne wydarzenia, moment przyjęcia do szpitala lub okres pobytu w nim. Chęć ominięcia fragmentu bolesnej historii, zapomnienia, niemyślenia o charakterze obronnym i zwrócenia się ku wyczekiwanej przyszłości oznaczającej powrót do zdrowia czy rodzinnego domu reprezentowana jest symbolicznie przez chęć „przebiegnięcia” przez wspomniany fragment czasu. Wówczas metafora może być pomocna we wskazaniu na potrzebę zrównoważenia emocjonalnego bilansu poszczególnych orientacji w formie te-

rapeutycznego przepracowania zablokowanego materiału zamiast ucieczki przed trudną do zniesienia dla pacjenta przeszłością lub terażniejszością.

### Podsumowanie

Wiele publikacji naukowych potwierdza znaczenie w obszarze zdrowia psychicznego określonych perspektyw czasowych i ich struktury. Wśród pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi powtarza się charakterystyczny wysoki poziom perspektywy przeszłościowej negatywnej i terażniejszościowej fatalistycznej. To, co różnicuje grupy kliniczne, to proporcje poszczególnych orientacji temporalnych w strukturze perspektywy czasowej. W badaniach często brakuje odniesienia do populacji osób zdrowych, które pozwalałoby porównać strukturę w grupach klinicznych ze strukturą w grupach nieklinicznych. W dostępnym piśmiennictwie jest również niewiele badań, które pozwoliłyby określić kierunek przyczynowy oraz potencjalne mediatory i moderatory towarzyszące relacji kategorii diagnostycznych z subiektywnym poczuciem czasu. Badania, które wskazują na zmiany zachodzące w perspektywie czasowej, dotyczą w przeważającej mierze badań nad rozwijaniem kolejnych, nowych kierunków terapeutycznych. Badania nad Terapią Równoważeniem Perspektyw Czasu (TPT), Terapią Poznawczą Opartą na Uważności (MBCT) oraz Terapią Ukierunkowaną na Przyszłość (FDT) wskazują na użyteczność metafory czasu w redukcji różnych objawów klinicznych — lęku, traumy, depresji, ryzyka nawrotu depresji oraz poprawie jakości życia.

W literaturze brakuje jednak badań z wykorzystaniem omawianej koncepcji dotyczących zmian w perspektywie czasowej zachodzących w trakcie dotychczas już powstałych, bardziej tradycyjnych form psychoterapii CBT czy psychodynamicznych. Wydaje się, że w pewnym sensie każdy jej rodzaj prowadzi na płaszczyźnie emocjonalnej do mniej bolesnego, przykrego i bardziej pozytywnego spojrzenia na swoją przeszłość i sytuację obecną poprzez rozwijanie różnych umiejętności radzenia sobie w codziennym życiu i wreszcie ku umiejętnemu, adekwatnemu spoglądaniu w przyszłość, zatem prowadzi do reorganizacji struktury perspektyw czasowych. Koncepcja optymalnej perspektywy czasowej stanowić może metaforę obrazującą pożądane zmiany zachodzące w wyniku psychoterapii, w której poszczególne kategorie reprezentują bagaż doświadczeń, z jakimi pacjent zgłasza się po pomoc.

Z perspektywy badawczej, wartościowym kierunkiem byłoby podjęcie badań dotyczących zmian w perspektywie czasowej w trakcie bardziej tradycyjnych form psychoterapii, jak również opracowanie i przeprowadzenie badań, które wskazywałyby na mające znaczenie czynniki, które sprzyjają zmianom w kierunku optymalnej, zrównoważonej perspektywy czasowej.

Z perspektywy działań praktycznych, pytanie, kiedy i w jakiej formie omawiana metafora czasu może być przydatna w pracy z pacjentem, pozostawiamy otwarte do dalszej indywidualnej refleksji.

### Piśmiennictwo

1. James W. The principles of psychology. New York: Henry Holt and Company; 1890, s. 605–642.
2. Lewin K. Time perspective and morale. W: Lewin G, red. Resolving social conflicts. New York: Harper; 1942, s. 103–124.
3. Zaleski Z. Psychologia zachowań celowych. Warszawa; Wyd. PWN, 1991, s. 43.
4. Kuleta M. Poczucie kontroli nad wydarzeniami i subiektywna perspektywa czasowa. Ich rola i znaczenie dla doświadczalnej satysfakcji z życia. Niepublikowana praca doktorska. Kraków; Uniwersytet Jagielloński: 2001.
5. Chłopecki J. Czas, świadomość, historia. Uwarunkowania potocznej świadomości czasu. Rzeszów; Wyd. WSP w Rzeszowie; 1986, s. 26.
6. Zimbardo P, Boyd J. Paradoks czasu. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 2009, s. 49–140.
7. Zimbardo PG, Boyd J. Putting time in perspective: a valid, reliable individual-differences metric. *J. Person. Soc. Psychol.* 1999; 77(6): 1271–1288.
8. Zawadzka B, Byrczek M. Kształtowanie perspektywy temporalnej jako aspekt adaptacji do choroby i leczenia. Analiza oparta na badaniach chorych leczonych narkozastępczo. *Psychiatr. Pol.* 2012; 5: 743–756.
9. Mello ZR, Worrell FC. The past, the present, and the future: A conceptual model of time perspective in adolescence. W: Stolarski M, Fieulaine N, van Beek W, red. Time perspective theory; review, research and application. Cham Heidelberg New York Dordrecht London: Springer International Publishing; 2015, s. 115–129.
10. Zimbardo PG, Keough KA, Boyd JN. Present time perspective as a predictor of risky driving. *Person. Individ. Differen.* 1997; 23(6): 1007–1023.
11. Keough KA, Zimbardo PG, Boyd JN. Who's smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic Applied Soc. Psychol.* 1999; 21(2): 149–164.
12. Boniwell I, Zimbardo PG. Balancing time perspective in pursuit of optimal functioning. *Positive psychology in practice: promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life.* Second Edition. Hoboken NJ: John Wiley & Sons; 2015, s. 223–236.
13. Boyd JN, Zimbardo PG. Time perspective, health and risk taking. W: Strahman A, Joireman J. red. understanding behavior in the context of time: theory, research and applications. Mahwah NJ: Erlbaum; 2005, s. 85–107.
14. Zimbardo P, Sword R, Sword R. Siła czasu. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 2013.
15. Milby HB. Time perspective as related to trait and state anxiety. Praca doktorska. Urbana-Champaign; University of Illinois: 1976.
16. Wallace M. Future time perspective in schizophrenia. *J. Abn. Soc. Psychol.* 1956; 52(2): 240–245.
17. Calabresi R, Cohen J. Personality and time attitudes. *J. Abn. Psychol.* 1968; 73(5): 431–439.
18. Zimbardo P, Boyd J. Paradoks czasu. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 2009, s. 171–185.
19. Melges FT. Time and the inner future: a temporal approach do psychiatric disorders. New York: John Wiley & Sons; 1982, s. 177.
20. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of the depressive episodes. *J. Abn. Psychol.* 1991; 100: 569–582.
21. Mordawska J. Psychologiczne uwarunkowania perspektywy czasowej wśród pacjentów z objawami nerwicy. Niepublikowana praca magisterska. Kraków; Uniwersytet Jagielloński: 2016.
22. Oyanadel C, Buela-Casal G. Time perception and psychopathology: influence of time perspective on quality of life of severe mental illness. *Actas españolas de psiquiatría.* 2014; 42(3): 99–107.

23. Stolarski M, Matthews G, Postek S, Zimbardo PG, Bitner J. How we feel is a matter of time: Relationships between time perspectives and mood. *J. Happiness Stud.* 2014; 15(4): 809–827.
24. Van Beek W, Berghuis H, Kerkhof A, Beekman A. Time perspective, personality and psychopathology: Zimbardo's time perspective inventory in psychiatry. *Time & Society*, 2011; 20(3): 364–374.
25. Breier-Williford S, Bramlett RK. Time perspective of substance abuse patients: Comparison of the scales in Stanford time perspective inventory, Beck depression inventory, and Beck hopelessness scale. *Psychol. Rep.* 1995; 77(3): 899–905.
26. Kleftras G, Georgiou C. Substance use: Depressive symptomatology, desire for control and time perspective. *Ment. Health Subst. Use* 2014; 7(3): 230–242.
27. Beiser M, Hyman I. Refugees' time perspective and mental health. *Am. J. Psychiatry*, 1997; 154(7): 996–1002.
28. Davies S, Filippopoulos P. Changes in psychological time perspective during residential addiction treatment: a mixed-methods study. *J. Groups Addict. Recov.* 2015; 10(3): 249–270.
29. Fieulaine N, Martinez F. Time under control: Time perspective and desire for control in substance use. *Addict. Behav.* 2010; 35(8): 799–802.
30. Zhang JW, Ryan T, Howell RT. Do time perspective predict unique variance in life satisfaction beyond personal traits? *Person. Individ. Differences* 2011; 50: 1261–1266.
31. Chodkiewicz J, Nowakowska K. Preferowana orientacja temporalna a przebieg leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu. *Psychiatr. Pol.* 2011; 2: 177–196.
32. Bryant RA, Harvey AG. *Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment, and treatment.* Washington: American Psychological Association; 2000, s. 87-134.
33. Sword RM, Sword RK, Brunskill SR, Zimbardo PG. Time perspective therapy: A new time-based metaphor therapy for PTSD. *J. Loss Trauma.* 2014; 19(3): 197–201.
34. Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav. Res. Ther.* 1995; 33(1): 25–39.
35. Williams M, Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J. Świadomą drogą przez depresję. Wolność od chronicznego cierpienia. Warszawa: Czarna Owca; 2009, s. 72-73.
36. Russell T. Body in mind training: mindful movement for severe and enduring mental illness. *Brit. J. Wellbeing* 2011; 2 (3): 13–16.
37. Teasdale J, Segal Z, Williams J, Ridgeway V i wsp. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2000; 68: 615–623.
38. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Review* 2011; 31: 1032–1040.
39. Hofmann SG, Alice T, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2010; 78(2): 169–183.
40. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J. Anxiety Disord.* 2008; 22(4): 716–721.
41. Williams J, Alatiq Y, Crane C i wsp. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *J. Affect. Disord.* 2008; 107(1): 275–279.
42. Chadwick P, Taylor K, Abba N. Mindfulness groups for people with psychosis. *Behav. Cognit. Psychother.* 2005; 33(3): 351–359.
43. Davis L, Strasburger A, Brown L. Mindfulness: an intervention for anxiety schizophrenia. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.* 2007; 45(11): 23–29.

44. Abba N, Chadwick P, Stevenson C. Responding mindfully to distressing psychosis: a grounded theory analysis. *Psychother. Res.* 2008; 18(1): 77–87.
45. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am. J. Addict.* 1999; 8(4): 279–292.
46. Vilhauer JS, Young S, Kealoha Ch, Borrmann J, IsHak WW, Rapaport MH i wsp. Treating major depression by creating positive expectations for the future: a pilot study for the effectiveness of Future-Directed Therapy (FDT) on symptom severity and quality of life. *CNS Neurosci. Therap.* 2011; 8(2): 102–109.
47. Vilhauer JS, Cortes J, Moali N, Chung S, Mirocha J, IsHak WW. Improving quality of life for patients with major depressive disorder by increasing hope and positive expectations with future directed therapy (FDT). *Innov. Clin. Neurosci.* 2013; 10(3): 12–22.
48. Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM i wsp. The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol. Psychiatry* 2003; 54: 573–583.
49. Beck AT. *Manual for the Beck anxiety inventory.* San Antonio: TX Psychological Corporation; 1990.
50. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure. *Psychopharmac. Bull.* 1993; 29: 321–326.
51. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the Hopelessness scale. *J. Cons. Clinical Psychol.* 1974; 42(6): 861–865.

Adres: jbmostowik@gmail.com