

Koncepcje teoretyczne zapobiegania zaburzeniom psychicznym i ich leczenia

W rozdziale przedstawiono koncepcje czterech form pomocy psychologicznej realizowanych w praktyce klinicznej, które odnoszą się do zapobiegania zaburzeniom psychicznym i ich leczenia.

1.1. KONCEPCJA PREWENCJI ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Prewencja zaburzeń psychicznych ma na celu zredukowanie częstości występowania objawów zaburzeń (Mrazek i Hoggerty, 1994) przez eliminowanie czynników ryzyka i wzmacnianie czynników chroniących. Jest definiowana jako interwencje stosowane przed wystąpieniem klinicznie zdiagnozowanego zaburzenia (O'Connel, Boat i Warner, 2009).

Wyróżnia się trzy kategorie interwencji prewencyjnych, w zależności od tego, do jakiej populacji są skierowane (Mrazek i Haggerty, 1994).

- **Uniwersalna** prewencja jest skierowana do ogółu określonej społeczności.
- **Wybiórcza** prewencja jest skierowana do jednostek lub podgrup w populacji, u których ryzyko powstania zaburzenia psychicznego jest znacząco wyższe niż przeciętne, o czym świadczą biologiczne, psychologiczne lub społeczne czynniki ryzyka.
- **Wskazana** prewencja jest skierowana do osób charakteryzujących się wysokim ryzykiem wystąpienia zaburzenia, u których zidentyfikowano oznaki lub objawy poprzedzające wystąpienie zaburzenia psychicznego lub biologiczne wskaźniki predyspozycji do zaburzeń psychicznych, które jednak nie spełniają kryteriów diagnostycznych zaburzeń.

Zgodnie z teorią czynników ryzyka i czynników chroniących czynniki ryzyka przyczyniają się do rozwoju zaburzenia psychicznego, a czynniki chroniące przeciwdziałają czynnikom ryzyka (Coie i in., 1993). Zarówno czynniki ryzyka, jak i chroniące mogą być natury indywidualnej, rodzinnej, społecznej czy ekonomicznej.

W tabeli 1 podano przykładowe czynniki ryzyka i czynniki chroniące, których związek z wystąpieniem zaburzeń psychicznych wykazano w badaniach (Ingram i Price, 2000).

Tabela 1. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące związane z wystąpieniem zaburzeń psychicznych

Czynniki ryzyka	Czynniki chroniące
biologiczne • chroniczna insomnia • chroniczny ból • wczesna ciąża • mała waga przy urodzeniu • chroniczna choroba fizyczna • czynniki ryzyka genetyczne (niemodyfikowalne) • brak równowagi neurochemicznej mózgu • komplikacje w życiu płodowym	psychologiczne • zdolność radzenia sobie ze stresem • zdolność radzenia sobie z przeciwnościami • zdolność do adaptowania się • autonomia • wczesna poznawcza stymulacja • ćwiczenia fizyczne/ruch • poczucie bezpieczeństwa • poczucie skuteczności i kontroli • umiejętność czytania i pisania • pozytywne przywiązanie i nawiązywanie więzi w dzieciństwie • umiejętność rozwiązywania problemów • zachowania prospołeczne • szacunek dla siebie • praktyczne umiejętności życiowe • umiejętności społeczne i rozwiązywania konfliktów • społeczno-emocjonalna dojrzałość
psychologiczne • porażka w szkole i zniechęcenie do nauki • deficyty uwagi • trudności w komunikowaniu się • emocjonalna niedojrzałość lub brak kontroli • używanie środków psychoaktywnych • brak umiejętności lub nawyków pracy • brak umiejętności czytania • upośledzenie zmysłów lub organiczne • brak kompetencji społecznych	
społeczne • opieka nad chorym chronicznie lub z demencją • nadużycie wobec dziecka lub zaniedbanie go • nadużycie wobec osoby starej • ekspozycja na agresję, przemoc i traumę • konflikt w rodzinie i dezorganizacja rodziny • osamotnienie • psychiczne choroby rodziców • nadużywanie środków psychoaktywnych przez rodziców • utrata osoby znaczącej i żałoba • wydarzenia stresowe • używanie środków psychoaktywnych podczas ciąży	społeczne • bezpieczne zachowanie matki podczas ciąży • dobra opieka rodzicielska • pozytywne interakcje dziecko–rodzic • wsparcie społeczne ze strony przyjaciół i rodziny • szkoła i miejsce pracy promujące zdrowie psychiczne • bezpieczna i wspierająca społeczność

Przyjmuje się, że nagromadzenie indywidualnych, rodzinnych i społecznych czynników ryzyka prowadzi do zaburzeń psychicznych. Wyniki badań sugerują, że dzieciństwo jest optymalnym czasem, aby wpływać na czynniki chroniące, społeczne i emocjonalne, warunkujące dobre samopoczucie psychiczne (McEwan, Waddell i Barker, 2007). W późniejszym wieku działają one bezpośrednio, zmniejszając

dysfunkcje (Coie i in., 1993). Czynniki ryzyka działające we wczesnych latach życia człowieka, np. deficyty neurofizjologiczne, chroniczna choroba fizyczna, niższa od przeciętnej inteligencja, konflikty w rodzinie, choroba psychiczna rodzica i czynniki społeczne, jak przemoc w rodzinie lub w miejscu zamieszkania, są związane z powstawaniem więcej niż jednego typu problemów ze zdrowiem psychicznym. Wiele z czynników ryzyka jest modyfikowalnych i stanowi potencjalne cele działań zapobiegawczych, np. brak umiejętności czytania i pisania, ekspozycja na przemoc i traumę, brak wsparcia społecznego (McEwan, Waddell i Barker, 2007) lub takie czynniki biologiczne, jak niedobory pożywienia czy choroby fizyczne.

Polityka społeczna realizowana przez rządowe systemy ustawodawcze i podział społecznych środków leżą u podstaw realizacji programów prewencyjnych (prewencja na makropoziomie). Programy są realizowane dzięki współpracy albo rządowego systemu ochrony zdrowia z systemem szkolnictwa danego państwa, albo tylko przez system ochrony zdrowia (prewencja na poziomie jednostki i rodziny) (Coie i in., 1993). Celami są tu: (1) uświadomienie wszystkim członkom danej społeczności drogą edukacji, jakie są czynniki ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych i jakie są czynniki chroniące zdrowie psychiczne, (2) kształtowanie polityki społecznej tak, aby przez podział społecznych środków eliminowała czynniki ryzyka i wzmacniała czynniki promujące zdrowie psychiczne, (3) uświadomienie ludziom z grup ryzyka zagrożeń dotyczących zdrowia psychicznego i możliwości uzyskania pomocy, (4) wprowadzenie do szkół uczenia dzieci umiejętności psychologicznych przeciwdziałających czynnikom ryzyka i chroniącym zdrowie psychiczne, (5) uczenie rodziców umiejętności wychowawczych w celu zapobiegania przemocy, (6) przeciwdziałanie bezsilności ludzi o gorszej pozycji społecznej.

1.2. KONCEPCJA PREWENCJI ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH U OSÓB W KRYZYSIE PSYCHICZNYM NA SKUTEK DOŚWIADCZENIA WYDARZENIA STRESOWEGO

Interwencja kryzysowa jest definiowana jako krótkoterminowa forma pomocy psychologicznej nastawiona na rozwiązanie problemu, który spowodował kryzys i co za tym idzie – odtworzenie u osoby doświadczającej kryzysu funkcjonowania sprzed niego (Caplan, 1964). Termin „kryzys” odnosi się tu do reakcji człowieka na sytuację zagrażającą utratą równowagi emocjonalnej (Caplan, 1964). Stan kryzysu charakteryzuje się: dezorganizacją zachowania i przeżywaniem przykrych emocji. Jego powstanie wyjaśnia koncepcja homeostazy, zgodnie z którą ludzie dążą do zachowania stanu równowagi w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, a zarazem stale napotykają sytuacje stanowiące zagrożenie dla tej równowagi. Zwykle te zagrożenia są krótkotrwałe i ludzie radzą sobie z nimi za pomocą znanych sposobów rozwiązywania problemów. W pewnych sytuacjach jednak zagrożenie dla utrzymania równowagi emocjonalnej jest tego rodzaju, że człowiek nie może sobie z nim poradzić za pomocą znanych sposobów rozwiązywania problemów i wtedy doświadcza kryzysu. Najpierw reaguje na sytuację zagrażającą zwiększonym napięciem i stosuje

nawykowe sposoby rozwiązywania problemu. Jeśli sposoby te nie przynoszą pożądanego rozwiązania i zagrożenie trwa, napięcie wzrasta i następuje dezorganizacja funkcjonowania. Jednostka ponownie próbuje zastosować te same sposoby i znowu nie udaje się jej poradzić sobie z zagrażającą sytuacją. Napięcie nadal rośnie i powoduje zwiększenie mobilizacji sił organizmu. W tym momencie możliwe jest, że człowiek zastosuje nowe metody rozwiązania problemu i go rozwiąże, może też tak zmienić jego ocenę, że przestanie uważać go za problem wymagający rozwiązania albo zrezygnuje z jego rozwiązania. Jeśli dana osoba nie rozwiązała problemu, nie zmieniła jego oceny ani nie zrezygnowała z rozwiązywania go, to napięcie rośnie do „punktu załamania” i następuje dezorganizacja osobowości.

Zasadą interwencji kryzysowej jest szybkość jej zastosowania. Pomoc powinna być udzielona w ciągu dwudziestu czterech godzin do dwóch tygodni od zgłoszenia się po nią, ponieważ chroniczna ekspozycja na stres może prowadzić do zaburzeń psychicznych. Jeśli pomoc opóźnia się o ponad dwa tygodnie, traci się spontanicznie wywołaną otwartość osoby doświadczającej kryzysu na jej przyjęcie. Pomoc powinna trwać nie dłużej niż pięć tygodni. To ograniczenie w czasie zwiększa motywację osoby doświadczającej kryzysu do wysiłku w celu rozwiązania problemu.

Wczesna interwencja kryzysowa jest definiowana także jako „udzielenie psychologicznej pomocy ofiarom zdarzeń stresowych, traumatycznych, miesiąc po zdarzeniu stresowym, traumatycznym lub katastrofie, która ma na celu zmniejszenie nasilenia lub czasu utrzymywania się stresu związanego z tym wydarzeniem” (National Institute of Mental Health, 2002, s. 24). Okres miesiąca od wydarzenia stresowego jako czas rozpoczęcia udzielania pomocy jest uzasadniony wynikami badań wskazującymi, że ostre zaburzenie stresowe jako skutek wydarzenia stresowego u większości ludzi, którzy go doświadczyli, ustępuje samoistnie w ciągu miesiąca.

1.3. KONCEPCJA LECZENIA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH PSYCHOTERAPIĄ

Leczenie psychoterapią jest skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi. Ma na celu usunięcie zaburzenia, powrót do stanu zdrowia i funkcjonowania sprzed zachorowania oraz zapobieganie nawrotom przez wprowadzenie zmian w myśleniu, przeżywaniu i zachowaniu.

Termin „psychoterapia” obejmuje rozmaite oddziaływania różniące się zarówno założeniami teoretycznymi dotyczącymi czynników leczących, jak i stosowanymi procedurami technicznymi. Definicja przyjęta przez badaczy określa psychoterapię jako

[...] świadome i planowe zastosowanie technik wywodzących się z powszechnie uznanych zasad psychologicznych przez psychoterapeutę wykwalifikowanego drogą szkolenia i doświadczenia w tym, aby rozumieć te zasady i stosować te techniki z intencją pomagania ludziom w modyfikowaniu osobistych cech takich, jak uczucia, wartości, postawy i zachowania, które są nieprzystosowawcze (Meltzoff i Kornreich, 1970, s. 6).

1.3.1. Klasyczne podejścia teoretyczne w psychoterapii

Od przełomu XIX i XX wieku do lat 60. XX wieku powstało kilka koncepcji rozwoju zaburzeń psychicznych i wywodzących się z nich koncepcji ich leczenia, które są podstawą leczenia psychoterapią w praktyce klinicznej do dzisiaj. Scharakteryzowano je w tym punkcie.

Behawioralny model rozwoju i leczenia zaburzeń psychicznych. Podejście behawioralne (O’Leary i Wilson, 1975; Johnson, McCann i Zimbardo, 2017; Beck, 2012) przyjmuje, że zachowanie niedostosowane jest albo (a) niepożądanym nawykiem, który ukształtował się w procesie uczenia się, albo (b) skutkiem braku pożądanых nawyków. Nawyk powstaje w wyniku działania trzech mechanizmów uczenia się. Pierwszy z nich to warunkowanie sprawcze – zachowanie kształtuje się i utrzymuje w wyniku pozytywnych konsekwencji z nim związanych. Gdy brak jest wzmocnień, zachowanie wygasa. Wzmocnienie o charakterze dodatnim polega na wystąpieniu zdarzenia, które pełni funkcję nagrody, a wzmocnienie o charakterze ujemnym na zapobieżeniu wystąpieniu zdarzenia, które pełni funkcję kary. Drugi mechanizm składa się z dwóch elementów, mianowicie z modelowania zachowania ze strony „nauczyciela zachowania” oraz z obserwowania, naśladowania i powtarzania tego zachowania przez drugą osobę. Zarówno modelowanie, jak i naśladowanie mogą być uświadamiane lub nieuświadamiane. Zakres naśladowania zależy od tego, czy obserwator postrzega wzmacniające następstwa zachowania modelu. Obserwator podlega „zastępczemu wzmocnieniu”. Trzeci mechanizm uczenia się to warunkowanie klasyczne – uczenie się odruchów warunkowych przez skojarzenie obojętnego bodźca warunkowego z bezwarunkowym bodźcem awersyjnym (stanem emocjonalnym) wywołującym obronę.

Modyfikacja zachowania niedostosowanego polega na: (1) nauczaniu brakującego, pożądanego zachowania za pomocą warunkowania sprawczego i naśladowania albo na (2) oduczeniu niepożądanego zachowania za pomocą warunkowania klasycznego. Są dwa rodzaje przeciwwarunkowania: (1) polegające na uczeniu nowej reakcji podczas ekspozycji na bodźce wywołujące niepożądaną reakcję i (2) awersyjne, które polega na uczeniu unikania zachowania niedostosowanego za pomocą stosowania kar.

W terapii indywidualnej i grupowej procedurami przeciwwarunkowania (stosowanymi w leczeniu zaburzeń lękowych) są: (1) systematyczna desensytyzacja w realnej sytuacji lub w wyobraźni, (2) terapia implozywna (ekspozycja na silny lęk do momentu, kiedy ten lęk się zmniejszy) w realnej sytuacji lub w wyobraźni – zmniejszanie się lęku wyjaśniają dwie hipotezy: (a) działa hamowanie ochronne: jeśli stale działa bodziec wywołujący reakcję emocjonalną, to po pewnym czasie reakcja ta słabnie, co chroni organizm przed nadmiernym pobudzeniem, lub (b) działa wzajemne hamowanie reakcji, polegające na tym, że emocje związane z osobą terapeuty współzawodniczą z nawykiem lękowym, (3) trening asertywności, który polega na uczeniu się wyrażania emocji i potrzeb wobec ludzi w przypadku lęku przed odrzuceniem i krytyką. Procedurami uczenia brakujących umiejętności są szkolenia oparte na edukacji i wzmocnieniach pozytywnych, modelowaniu, tzw. treningi, np.

radzenia sobie ze stresem. W terapii par są stosowane treningi udzielania sobie nawzajem wzmocnień pozytywnych i treningi komunikacji. W terapii rodzinnej zaś trening stosowania wzmocnień pozytywnych przez rodziców wobec dzieci.

Jako procedura diagnostyczna jest stosowana analiza funkcjonalna zachowania niedostosowanego, która polega na: (1) określeniu zachowania niepożądanego, które ma ulec zmianie, i (2) zidentyfikowaniu zachowania kogoś innego, jakie poprzedza/wywołuje zachowanie, które ma ulec zmianie, a także zachowania kogoś innego, jakie następuje po zachowaniu/wzmacnia zachowanie, które ma ulec zmianie (wzmocnienia mogą być ukryte oraz oddalone w czasie).

Poznawczy model rozwoju i leczenia zaburzeń psychicznych. Podejście poznawcze (Beck i Haigh, 2014; Beck, 2012) zakłada, że niedostosowane zachowanie i emocje powstają na skutek: (1) utrzymywania nieracjonalnych, negatywnych przekonań na temat własnej osoby i pochodnych od tych przekonań myśli automatycznych, np. na temat radzenia sobie z ludźmi, (2) popełniania błędów logicznych w procesie przetwarzania informacji na temat siebie i innych ludzi, czego skutkiem jest negatywna interpretacja dotycząca własnej osoby, np. myślenie typu „wszystko albo nic” – „Jeśli nie mam wszystkiego, to nie mam nic”, (3) deficytów w umiejętnościach poznawczych, np. braku umiejętności rozwiązywania problemów.

Modyfikacja niedostosowanego zachowania i emocji polega na zmianie przekonań, kontrolowaniu błędów poznawczych i uzupełnianiu braków w umiejętnościach poznawczych. Poznawczej restrukturyzacji przekonań towarzyszy sprawdzanie trafności przekonań przez testowanie ich w rzeczywistości (to procedura behawioralna oparta na zasadzie przeciwwarunkowania – uczenia reakcji pożądanej podczas działania bodźców, które wywołują reakcję niepożądaną). Dialog sokratejski polega na postawieniu serii pytań – odpowiadając na nie, rozmówca sam zauważa, że jego przekonania są nieadekwatne, co pomaga zarówno ujawnić nieracjonalne przekonania, jak i zmieniać je na racjonalne. Trening rozwiązywania problemów jest uważany za metodę poznawczą, ponieważ dotyczy umiejętności podejmowania decyzji. Opiera się na założeniu, że głównym źródłem problemów, zarówno natury intrapsychicznej, jak i interpersonalnej, są deficyty poznawcze, prowadzące do braku umiejętności rozwiązywania tych problemów (Nezu, Nezu i Perri, 1989). Trening rozwiązywania problemów obejmuje następujące kroki: (1) precyzyjne zdefiniowanie problemu, (2) wygenerowanie jak największej liczby alternatywnych rozwiązań, (3) wybranie najlepszego rozwiązania, (4) zaplanowanie wprowadzenia rozwiązania w życie, (5) ocenienie skutków realizacji tego rozwiązania, (6) w przypadku, gdy wybrane rozwiązanie nie wyeliminowało problemu lub tylko go ograniczyło, należy wybrać inny sposób, zastosować go i ocenić jego skuteczność.

Psychoanalityczny model rozwoju i leczenia zaburzeń psychicznych. Psychoanaliza, rozumiana jako metoda leczenia, i psychoterapia psychoanalityczna, zwana też psychoterapią psychodynamiczną (Freud, 2010; Greenson, 1967), zakładają, że przyczyną rozwoju objawów neurotycznych, czyli takich, u podłoża których leży lęk, jest wyparty do nieświadomości konflikt wewnętrzny. Na konflikt składają się: (1) dążący do wyrażenia się impuls reprezentujący popęd seksualny lub popęd agresji, (2) lęk przed karą za wyrażenie się popędu oraz (3) obrona przed lękiem

i wyrażeniem się popędu. W stresie, aby konflikt nie został uświadomiony, ego tworzy dodatkową obronę w postaci objawów neurotycznych. Doprowadzenie do świadomości nieświadomego konfliktu ma od niego uwolnić pacjenta. Wgląd osiąga się przez analizę oporu przed uświadomieniem sobie wypartego konfliktu i analizę przeniesienia, polegającego na tym, że pacjent reaguje na osoby w otoczeniu, np. na terapeutę, tak jak na osoby znaczące w dzieciństwie – do osób z otoczenia kieruje impulsy seksualne lub agresywne i wobec nich zarazem odczuwa lęk. Procedurą techniczną służącą osiągnięciu wglądu przez pacjenta jest interpretacja dostarczana mu przez terapeutę, nadająca znaczenie zachowaniu pacjenta w kategoriach: (1) używania obron (w tym objawów chorobowych), (2) oporu przed rezygnacją z obron (w tym z objawów chorobowych, aby nie doświadczyć lęku przed karą i nie stracić sposobu pośredniego zaspokojenia popędów), (3) odczuwania impulsów wyrażających popęd. Dodatkowymi procedurami technicznymi są konfrontacja i klaryfikacja. Konfrontacja koncentruje uwagę pacjenta na przejawach wypartego impulsu w jego zachowaniu: obronie, lęku, reakcji przeniesienia (np. za pomocą uwagi: „Mówi pan do mnie takim tonem, jakby pan był na mnie zły”), a klaryfikacja na psychicznych przejawach (np. za pomocą polecenia: „Proszę powiedzieć więcej, jak pan odczuwa złość do mnie”).

Różnice między psychoanalizą i psychoterapią psychodynamiczną dotyczą aspektów praktycznych (Freud, 2010; Barber i Crits-Christoph, 1995): (1) cel: w psychoanalizie jest to zmiana struktury osobowości, podczas gdy w terapii psychodynamicznej usunięcie objawu lub problemu emocjonalnego przez uświadomienie pacjentowi konfliktu leżącego u podłoża objawu lub problemu, (2) czas leczenia: w psychoanalizie sesje są prowadzone pięć razy w tygodniu przez kilka lat, podczas gdy w terapii psychodynamicznej – raz lub dwa razy w tygodniu przez kilka miesięcy, (3) technika: w psychoanalizie używa się nie tylko interpretacji, lecz także też techniki wolnych skojarzeń (co powoduje, że terapia toczy się bez ustrukturywania), podczas gdy w terapii psychodynamicznej – tylko interpretacji, (4) przeniesienie: w psychoanalizie u pacjenta powstaje nerwica przeniesieniowa, tj. przeniesienie jest intensywne – pozytywne i negatywne – może nastąpić regresja do wczesnych faz funkcjonowania, podczas gdy w terapii psychodynamicznej dąży się do wystąpienia pozytywnego przeniesienia i unika się przeniesienia negatywnego, używając interpretacji dotyczącej relacji z rodzicami w dzieciństwie tylko do wyjaśnienia motywów nieracjonalnego zachowania w ramach bieżącego problemu/objawu, co przeciwdziała regresji do wczesnych faz funkcjonowania, (5) zachowanie analityka/psychoterapeuty: w psychoanalizie jest bierne i neutralne, podczas gdy w terapii psychodynamicznej – aktywne i neutralne, (6) przeciwprzeniesienie (reakcja emocjonalna terapeuty na zachowanie pacjenta wobec niego): w psychoanalizie nie wykorzystuje się go, podczas gdy w terapii psychodynamicznej wykorzystuje się na podstawie decyzji, czy wyrażenie takich uczuć będzie korzystne dla pacjenta.

Teoria konfliktu wyjaśniająca rozwój zaburzeń psychicznych związanych z lękiem i ukierunkowująca ich leczenie jest odnoszona do powszechnie spotykanych w praktyce klinicznej zaburzeń psychicznych, jak lękowe czy depresyjne. Teoria relacji z obiektem wyjaśnia rozwój i ukierunkowuje leczenie zaburzeń oso-

owości typu borderline (Yeomans, Clarkin i Kernberg, 2015; Caligor i in., 2019; Caligor, Kernberg i Clarkin, 2017). W relacji z osobą opiekującą się nim dziecko tworzy umysłowe reprezentacje własnej osoby, ludzi oraz relacji między sobą a ludźmi. Używając fantazji, dziecko rozszczepia wyobrażenie osoby opiekującej się na oddzielne obrazy – zaspokajająca potrzeby („dobry obiekt”) lub niedostępna i frustrująca („niedobry obiekt”). W relacji z „dobrym obiektem” dziecko tworzy pozytywną reprezentację własnej osoby „Ja dobry” i odczuwa pozytywne emocje w interakcjach, podczas gdy w relacji z „niedobrym obiektem” przeciwnie, tworzy negatywną reprezentację siebie „Ja niedobry” i odczuwa przykre emocje w interakcjach. W stosunku do „niedobrego obiektu” dziecko odczuwa złość, a zarazem lęk przed karą z tego powodu w postaci opuszczenia. Gdy dziecko rozszczepi wyobrażenie „niedobrej” osoby opiekującej się i wyobrażenie siebie „Ja niedobry”, zmniejsza swój lęk przed karą. Celem psychoterapii psychoanalitycznej jest doprowadzenie do świadomości rozszczepionych wyobrażeń Ja i wyobrażenia relacji. Pacjent postrzega psychoterapeutę podobnie jak opiekuna w dzieciństwie – raz jako całkowicie niedobrego, innym razem jako całkowicie dobrego. Częściej jednak jako niedobrego, ponieważ w relacji przeważały złe doświadczenia. Gdy postrzega psychoterapeutę jako całkowicie niedobrego – rezygnuje z terapii. Psychoterapeuta wielokrotnie interpretuje istnienie w umyśle pacjenta rozszczepionych wyobrażeń „Ja niedobry” i rozszczepionych wyobrażeń „niedobry obiekt” jako rzutowanych z relacji z opiekunem w dzieciństwie na relację z psychoterapeutą, co zapobiega rezygnacji pacjenta z psychoterapii. Psychoterapia psychoanalityczna trwa tu od roku do trzech lat z dwoma sesjami w tygodniu. Jej celem jest zmiana struktury osobowości pacjenta. Psychoterapeuta jest aktywny i wykorzystuje przeciwprzeniesienie.

W przypadku osobowości narcystycznej – która zgodnie z punktem widzenia psychologii Self Kohuta (1971) kształtuje się na skutek deprywacji dziecięcych potrzeb odzwierciedlania przez opiekuna (stymulacja rozwoju Ja) i idealizowania opiekuna (model rozwoju Ja) – w psychoterapii psychoanalitycznej trzeba zaspokoić w relacji terapeutycznej niezaspokojoną przez opiekunów w dzieciństwie potrzebę odzwierciedlania, przez okazywanie pacjentowi bezwarunkowej akceptacji, i potrzebę idealizowania – przez odkrycie się terapeuty i pozwolenie pacjentowi na idealizowanie go. Wtedy pacjent wytworzy przeniesienie na terapeuta reakcji pierwotnie skierowanych do opiekuna i dopiero wówczas użyteczna jest interpretacja pokazująca, jak pacjent organizuje sobie życie wokół dążenia do zaspokojenia swych narcystycznych potrzeb.

Humanistyczny model rozwoju i leczenia zaburzeń psychicznych. W podejściu humanistycznym (Elliot i in., 2009; Dave i Thorne, 2016; Francesetti, Gecele i Roubal, 2019) za najważniejsze uważa się dążenie do tego, aby być świadomym i realizować w maksymalnym stopniu swój potencjał, wykorzystywać właściwości, które się posiada. Najbardziej znaczące jest tu podejście Rogersa skoncentrowane na osobie oraz terapia Gestalt Perlsa. Zgodnie z podejściem skoncentrowanym na osobie przyczyną problemów emocjonalnych jest niespójność między koncepcją siebie przyjętą od osób znaczących w dzieciństwie, na której opiera się szacunek klienta dla siebie, a jego doświadczeniami organizmu. Celem psychoterapii w tym

podejściu jest zwiększenie spójności między koncepcją siebie i doświadczeniami organizmu. Warunkami koniecznymi i wystarczającymi do samorealizacji klienta za pomocą psychoterapii są autentyczność terapeuty, wyrażanie przez niego adekwatnego zrozumienia dla doświadczeń klienta oraz ich bezwarunkowej akceptacji. W takich warunkach klient doznaje korektywnego doświadczenia emocjonalnego, spodziewa się ze strony terapeuty odrzucenia nieakceptowanych doświadczeń organizmu, np. złości, a doświadcza akceptacji i uczy się te doświadczenia akceptować. Procedurami prowadzącymi do samorealizacji są odzwierciedlanie uczuć klienta przez terapeuta (koncentracja uwagi na odrzuconych, zagrażających utratą szacunku dla siebie samego doświadczeniach organizmu) oraz parafrazowanie (formułowanie odpowiedzi rozumiejącej, polegającej na powtórzeniu komunikatu nadawcy innymi słowami, która jest dla klienta bodźcem do badania własnych uczuć).

Według Perlsa zaburzone interakcje między jednostką a jej otoczeniem społecznym powodują, że energia potrzebna do zaspokajania potrzeb i rozwoju jest rozproszona lub błędnie ukierunkowana, naturalne dążenie do pełni funkcjonowania jest zahamowane i powstają problemy emocjonalne. Strategią zmiany jest tu zwiększanie świadomości w zakresie uczuć i doznań cielesnych doświadczanych w teraźniejszości przez koncentrację na nich uwagi i przyjęcie odpowiedzialności za własne myśli, uczucia i zachowania. Typowymi procedurami technicznymi są psychodramy z użyciem krzesła, na którym symbolicznie jest umieszczany nieakceptowany aspekt własnej osoby, a zadaniem klienta jest prowadzenie dialogu na przemian z pozycji własnego Ja, z którym się identyfikuje, i z pozycji nieakceptowanego aspektu siebie. To prowadzi do utożsamienia się z nieakceptowanym aspektem własnej osoby i do zintegrowania go z własnym Ja.

Egzystencjalny model rozwoju i leczenia zaburzeń psychicznych. Podejście egzystencjalne (Yalom, 2020; Binswanger, 1963) zakłada, że podłożem rozwoju objawów psychopatologicznych lub problemów emocjonalnych jest unikanie wyborów dotyczących tego, jak żyć, jakie wybrać wartości, co chroni przed lękiem związanym z istnieniem, ale pozbawia daną osobę poczucia znaczenia życia. Lęk egzystencjalny towarzyszy konfrontacji ze zjawiskami egzystencjalnymi, jak śmierć, wolność i odpowiedzialność, izolacja *versus* relacje między ludźmi. Gdy go unikamy, zastępujemy go lękiem neurotycznym powiązanym z objawami psychopatologicznymi lub problemami emocjonalnymi, albo z brakiem poczucia sensu życia. Psychoterapia w tym podejściu koncentruje się na problemach, które odzwierciedlają próby uniknięcia niepewności i lęku związanych z istnieniem. Jej celem jest doprowadzenie klienta do uświadomienia sobie, że objawy psychopatologiczne lub problemy emocjonalne czy poczucie braku sensu życia są przejawami lęku przed śmiercią, wolnością lub izolacją społeczną. Uświadamiając to sobie, klient doświadcza lęku egzystencjalnego zamiast neurotycznego. Gdy podejmuje wyzwania życia, wybiera coś nowego, czego jeszcze nie doświadczył, to jego życie staje się autentyczne, nabiera znaczenia i wtedy ustępują objawy psychopatologiczne, bo nie są już potrzebne jako obrona przed lękiem egzystencjalnym.

Systemowy model powstawania i rozwiązywania problemów relacyjnych i indywidualnych. Podejście systemowe wywodzi się z teorii systemów i komu-

nikacji, składają się na nie terapie: interakcyjna Jacksona, systemowa Selvini-Palazoli i jej zespołu z Mediolanu, strukturalna Minuchina, strategiczno-strukturalna Haleya i strategiczna zespołu z Mental Research Institute (Goldenberg i Goldenberg, 2006; Rakowska, 2000). Problemy indywidualne i relacyjne powstają, gdy brak jest w rodzinie reguł dla zmiany lub gdy małżonkowie nie są w stanie uzgodnić natury relacji między sobą i powstają koalicje. Aby usunąć problem indywidualny lub relacyjny, potrzebne jest zmodyfikowanie interakcji przez stworzenie nowego lub rozszerzenie dotychczasowego zestawu reguł funkcjonowania członków rodziny w relacjach. Procedury modyfikowania relacji w rodzinie to: intencja paradoksalna, np. zalecenie, aby wszyscy w rodzinie pozostali tacy, jacy są, i unikali zmiany, zapoczątkowanie pożądanых interakcji podczas sesji, zalecanie wprowadzenia pożądanых interakcji poza sesją (zmniejszanie lub zwiększanie częstości kontaktów), ujawnienie reguł interakcji, które przyczyniają się do utrzymywania się problemu indywidualnego lub relacyjnego.

1.3.2. Integracyjne podejście w psychoterapii

W literaturze przedmiotu wymienia się cztery sposoby integracji elementów teoretycznych i technicznych z różnych podejść teoretycznych w psychoterapii; w wyniku takiej integracji tworzy się nowe podejścia w celu zwiększenia skuteczności oddziaływania (Norcross i Goldfried, 2005). **Integracja teoretyczna** w psychoterapii polega na łączeniu dwóch teorii powstawania i leczenia zaburzeń psychicznych oraz procedur technicznych opartych na tych teoriach w spójną, uzupełniającą się całość albo na tworzeniu metateorii psychoterapii, łączącej istniejące teorie powstawania i leczenia zaburzeń psychicznych oraz na używaniu procedur technicznych wywiedzionych z różnych podejść teoretycznych w psychoterapii. **Integracja asymilatywna** polega na posługiwaniu się jedną teorią powstawania i leczenia zaburzeń psychicznych jako przewodnikiem, który podpowiada klinicyście, jak osiągnąć u pacjenta pożądaną zmianę, natomiast procedury techniczne są zapożyczane z różnych podejść teoretycznych i dobierane do potrzeb pacjenta (wyniki badań lub doświadczenie klinicysty sugerują, jakie procedury były skuteczne w leczeniu podobnych zaburzeń). **Eklektyzm techniczny** polega na dobieraniu dla pacjenta i jego problemu strategii z dowolnych podejść teoretycznych, które przyczyniły się do rozwiązania podobnego problemu u innych pacjentów. **Czynniki wspólne** – tu integracja polega na określeniu i zastosowaniu podstawowych składników, które występują w różnych podejściach teoretycznych.

Przykładowe podejścia powstałe w wyniku integracji teoretycznej przedstawiono w dalszej części tego punktu.

Przykładem metateorii psychoterapii łączącej istniejące teorie powstawania i leczenia zaburzeń psychicznych oraz używającej procedur technicznych wywiedzionych z różnych podejść teoretycznych psychoterapii jest **transteoretyczny model procesu zmiany zachowań** (Prochaska i Norcross, 2006). Teoria ta wyjaśnia, że ludzie zmieniają zachowanie, gdy są gotowi do zmiany. Ci, którzy nie są do niej gotowi, gotowość uzyskują stopniowo, w kilku fazach. Zastosowanie przez