

Lidia Grzesiuk

O roli zrozumienia przez pacjenta własnych problemów

Nie istnieje jedna, powszechnie uznawana szkoła psychoterapeutyczna, jest więc wiele odpowiedzi na podane w tytule zagadnienie. Pierwsza nasuwająca się odpowiedź dotyczy przede wszystkim dwóch krańcowych stanowisk wobec tej kwestii. Na jednym krańcu należałoby umieścić poglądy zawarte w terapii poznawczej, na drugim — behawioralnej.

Reprezentanci pierwszej z wymienionych szkół, jako źródło zaburzeń występujących u pacjenta traktują irracjonalne, dysfunkcjonalne przekonania, jakie posiada on na temat własnej osoby i swoich relacji ze światem, oraz błędy w myśleniu popełniane przy interpretowaniu napływających do niego z otoczenia informacji; błędy te podtrzymują wadliwie ukształtowaną wiedzę pacjenta (Beck, 1976; Jakubowska, 1994). Na początku psychoterapii pacjent jest informowany o tym, jak można rozumieć przyczyny jego problemów; wyjaśnia mu się, że jego sposób myślenia doprowadza do powstawania objawów chorobowych, nieprzyjemnych emocji czy niepożądanych zachowań. Przedmiotem pracy psychoterapeutycznej jest treść przekonań pacjenta i jego błędy w myśleniu. Jest on zachęcany do tego, by uznał własne dysfunkcjonalne przekonania, sprawiające dotychczas wrażenie oczywistych, za hipotezy wymagające weryfikacji. Efektem terapii poznawczej staje się zmiana, polegająca na zastąpieniu tych przekonań racjonalnymi, funkcjonalnymi oraz na wyeliminowaniu błędów w myśleniu. Innymi słowy, terapia ta sprawia, iż pacjent inaczej, lepiej, bardziej adekwatnie rozumie siebie i swoje relacje ze światem.

Z punktu widzenia psychoterapeutów stosujących terapię behawioralną zaburzenia emocjonalne, psychiczne są wyuczonymi schematami zachowania, a ich leczenie wymaga zmiany tych zachowań, czyli oduczania reakcji niepożądanych i uczenia pożądanych (Jakubowska, 1994). Wyleczenie nie jest więc uzależnione od zmiany w sferze myślenia czy też od uzyskiwanego przez pacjenta wglądu, od zrozumienia własnych problemów, lecz zależy wyłącznie od bezpośredniej zmiany sposobu działania. Uczenie się lub przeuczenie następuje niejako automatycznie, jeśli terapeuta zastosuje wobec pacjenta odpowiednią technikę uczenia się lub przeuczania, dzięki której będzie można usunąć niepożądane

symptomy chorobowe (np. reakcję unikania towarzyszącą lękowi) lub uzupełnić brakujące reakcje (np. umiejętność asertywnego odmawiania). Psychoterapeuci behawioralnej orientacji stwierdzali wręcz, że wgląd nie musi być przyczyną zmiany funkcjonowania pacjenta, ale może być jednym z wielu następstw tej zmiany (Meyer i Chesser, 1973). Gdy np. wyeliminowany zostanie lęk, to pacjent w nowy sposób będzie spostrzegał własne objawy czy sytuację, w której one występowały.

Podobne stanowisko wobec omawianej kwestii można znaleźć w tezach terapii Milтона Ericksona (Hudson O'Hanlon, 1987; Haley, 1995). Psychoterapeuci reprezentujący tę szkołę są zdania, że wgląd, logiczne zrozumienie zawiera w sobie niewielką wartość. Nie zastanawiają się więc, jak pomóc pacjentowi w zrozumieniu mechanizmów własnego postępowania, ale poszukują odpowiedzi na pytanie, jak wywołać terapeutyczną zmianę. Według nich, wprowadzić objawy chorobowe w chwili powstawania mogą pełnić dla pacjenta określoną funkcję, lecz po pewnym czasie mogą ją utracić i trwać nadal na zasadzie nawyku. Dlatego brak znajomości przyczyn problemu nie uniemożliwia jego rozwiązania. Zadaniem psychoterapeuty jest natomiast przede wszystkim tworzenie klimatu sprzyjającego zmianie, kreowanie warunków, w których pacjent może reagować odmiennie niż dotychczas. Ale ważną umiejętnością terapeuty jest również bycie plastycznym. Dlatego w niektórych opisach przypadków leczonych przez Ericksona można znaleźć informacje o stosowanym przez niego transie hipnotycznym, mającym na celu odtworzenie traumatycznych przeżyć pacjenta i ich przededefiniowanie umożliwiające lepsze zrozumienie siebie oraz uwolnienie się od ograniczeń i uproszczeń z dzieciństwa (Erickson i Rossi, 1996).

Należy zwrócić uwagę, że terapia behawioralna i terapia poznawcza, przedstawiane jako szkoły psychoterapeutyczne prezentujące sprzeczne stanowiska wobec roli osiągania przez pacjenta wglądu w terapii, zaliczane są do jednego, tego samego nurtu teoretycznego, określanego jako „behawioralno-poznawczy”. Psychoterapia poznawcza, choć jest w znacznym stopniu odmienna od terapii behawioralnej, odwołuje się bowiem do podstawowego w tej terapii twierdzenia, że zachowanie człowieka jest rezultatem procesu uczenia się, stanowi kontynuację idei podejmowanych przez niektórych terapeutów o orientacji behawioralnej. Z kolei współczesne modyfikacje terapii behawioralnej odchodzą od czystej technologii, jaką ta szkoła stosowała w początkowych latach swojego rozwoju, i uwzględniają poznawcze właściwości pacjenta jako przyczynę jego nieprzystosowawczych zachowań. Tak więc różnice między obiema szkołami w miarę ich rozwoju są minimalizowane, czego wyrazem może być powstawanie terapii poznawczo-behawioralnych (np. Maultsby, 1992). Wyrażany jest pogląd, iż zamiast kwestionować znaczenie wglądu w wywoływaniu zmian w zachowaniu należałoby raczej zbadać, zmiana jakiego rodzaju objawów i w jakiego typu sytuacjach jest możliwa dzięki zrozumieniu przez pacjenta własnych

problemów w psychoterapii (Meyer i Chesser, 1973). Różna może być bowiem droga rozwoju i utrwalania objawów chorobowych.

Druga odpowiedź na pytanie o rolę zrozumienia przez pacjenta własnych problemów wiąże się z nurtem psychoanalitycznym. W psychoanalizie i w wywodzących się z niej szkołach psychoterapeutycznych zawarte są pewne informacje na temat tego, w jakich sytuacjach wgląd osiągany przez pacjenta odgrywa znaczącą rolę w psychoterapii (Sokolik, 1994; Grzesiuk, 1994). Wprawdzie powszechnie znany jest głoszony w tym nurcie cel psychoterapii, mianowicie osiąganie przez pacjenta, dzięki wglądowi, zrozumienia własnych motywów postępowania, jednakże nie każdą prowadzącą do wglądu interpretację stosowaną przez terapeutę uznaje się za leczącą. Wartość leczniczą przypisuje się tym interpretacjom, które dotyczą wzajemnych relacji między pacjentem i psychoterapeutą (czyli tzw. zjawiska przeniesienia). Zrozumienie przez pacjenta własnej aktualnej sytuacji życiowej jest traktowane jako efekt interpretacji nie wywołujących zmiany. Stosowanie takich interpretacji jest sugerowane we wstępnych etapach terapii pacjentów z głębszymi, tożsamościowymi zaburzeniami, by zwiększyć ich kontakt z rzeczywistością, odsunąć groźbę dekompensacji psychotycznej.

Należy dodać, iż osiąganie wglądu jest istotne nie tylko w terapii poznawczej czy w nurcie psychoanalitycznym, lecz także w innych szkołach psychoterapeutycznych, np. w terapii *Gestalt* (Perls, 1973) czy w terapii A. Lowena (1976). W wymienionych tu dwóch ostatnich szkołach podkreśla się znaczenie wglądu pacjenta w procesy zachodzące w jego ciele (uzyskiwanie świadomości napięć mięśniowych, własnego sposobu oddychania itd.).

Reprezentanci nurtu psychoanalitycznego zwracają uwagę nie tylko na uświadamiane przez pacjenta treści, obszar doświadczeń, jakich wgląd dotyczy. Biorąc pod uwagę czynniki prowadzące do wyleczenia pacjenta, uwzględniają również rodzaj procesów zaangażowanych w osiąganie zrozumienia siebie. Mianowicie jako mało skuteczny traktowany jest wgląd intelektualny, czyli czysto poznawcze, intelektualne zrozumienie własnego konfliktu intrapsychicznego, nieświadomych dotychczas tendencji instynktowych czy motywów postępowania dzięki stopniowemu bogaceniu wiedzy o sobie. Zmianę w funkcjonowaniu pacjenta wywołuje współwystępowanie wglądu intelektualnego z wglądem emocjonalnym, czyli takim zrozumieniem siebie, któremu towarzyszy silne doświadczenie emocjonalne, doznania cielesne. Do zmiany nawyków emocjonalnego reagowania, postaw pacjenta może dojść dzięki uwolnieniu wypartych emocji, zdaniu sobie sprawy z ich istnienia, nauczaniu się nazywania ich, przestrukturalizowania stosowanych obron, zrozumienia związków między emocjami a własnym postępowaniem. Innymi słowy, w psychoterapii ważne jest tylko takie zrozumienie własnych problemów, które integruje sferę procesów poznawczych i przeżyć emocjonalnych. Analiza intelektualna oderwana od przeżyć pacjenta ogranicza go i przeszkadza mu w radzeniu sobie w życiu.

Trzecią odpowiedź na pytanie o znaczenie w psychoterapii rozumienia własnych problemów warto odnieść do poglądów wyrażanych w tym zakresie przez terapeutów eklektycznych, którzy — jak wiadomo — stanowią zdecydowaną większość wśród praktykujących psychoterapeutów. Terapeuci eklektyczni uznają konieczność wprowadzania w procesie terapii takiego etapu pracy, który (po etapie nawiązywania kontaktu z pacjentem i zmniejszania poziomu doznawanego przez niego napięcia) pozwala na namysł, nastawiony jest na osiąganie wglądu, zrozumienia przez pacjenta przyczyn własnych problemów; po nim następuje etap wypróbowywania i ćwiczenia nowych zachowań (Czabała, 1997). Eklektyczne podejście wyraża się również w próbach integracji, polegających na dopasowywaniu rodzaju terapii do typu problemów pacjenta. Oznacza to, że spory między poszczególnymi, choćby wymienionymi powyżej, szkołami psychoterapii można rozwiązać, odpowiadając, iż znaczenie czynników działających w procesie psychoterapii zależy od właściwości pacjenta, warunków leczenia (np. czasu jego trwania), dopasowania terapeuty i pacjenta oraz doboru technik terapeutycznych. Innymi słowy, prawdopodobnie istnieje taka kategoria pacjentów, u których zmianę można osiągnąć wyłącznie dzięki takiemu prowadzeniu z nimi psychoterapii, by mogli oni zrozumieć własne problemy. Zapewne istnieją również tacy pacjenci, dla których wgląd nie jest czynnikiem leczącym; skuteczna psychoterapia z nimi wymaga zastosowania innych oddziaływań.

Bibliografia

- Beck A.T. (1976), *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, Harper and Row, New York.
- Czabała C. (1997), *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Erickson M., Rossi E.L. (1996), *Lutowy człowiek. Rozwój świadomości i poczucia tożsamości w hipnoterapii*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Grzesiuk L. (1994), *Zjawiska w psychoterapii*, w: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia — szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, s. 137-193.
- Haley J. (1995), *Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne Milтона H. Ericksona*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Hudson O'Hanlon W. (1987), *Taperoots. Underlying Principles of Milton Erickson Therapy and Hypnosis*, W.W. Norton and Company, New York.
- Jakubowska U. (1994), *Podejście behawioralno-poznawcze*, w: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia — szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, s. 32-49.
- Lowen A. (1976), *Bioenergetics*, Penguin Books, London.
- Maultsby C.M. (1992), *Racjonalna terapia zachowania*, Fundacja Alterna, Poznań.
- Meyer V., Chesser E.S. (1973), *Terapia behawioralna w psychiatrii klinicznej*, PZWL, Warszawa.

- Perls F. (1973), *The Gestalt Approach to Therapy*, Science and Behavior Books, Palo Alto.
- Sokolik Z. (1994), *Psychoanaliza (ortodoksyjna i teorie relacji z obiektem). Neopsychoanaliza*, w: L. Grzebiuk (red.), *Psychoterapia — szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, s. 19-31.

Why patients should understand their problems

The author reviews explanations that are proposed in support of the commonly accepted belief that it is important for the patient to understand his/her problems. She concentrates primarily on cognitive therapy, psychoanalysis and behavioral therapy. But she also takes into consideration *Gestalt* therapy and psychotherapeutic eclecticism.