

Sylvia Kita

Poczucie samotności a objawy psychopatologiczne u pacjentów będących w toku **terapii integracyjnej** Analiza porównawcza



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
WYDAWNICTWO



Sylwia Kita

psycholog, doktor nauk humanistycznych w zakresie socjologii, certyfikowana psycho-
terapeutka, certyfikowana psychoterapeut-
ka par, socjoterapeutka. Autorka dwóch mo-
nografii oraz wielu artykułów naukowych
i popularnonaukowych. Doświadczony dydak-
tycznie wieloletni pracownik naukowy. Pro-
wadzi szkolenia, wykłady i warsztaty dla
psychoterapeutów, psychologów i pracowni-
ków socjalnych. Pracuje jako psycholog oraz
psychoterapeuta w podejściu integracyjnym.
Jest członkinią Polskiego Stowarzyszenia
Psychoterapii Integracyjnej PTP.

Poczucie samotności
a objawy psychopatologiczne
u pacjentów będących w toku
terapii integracyjnej

Analiza porównawcza

Sylwia Kita

**Poczucie samotności
a objawy psychopatologiczne
u pacjentów będących w toku
terapii integracyjnej**

Analiza porównawcza

Recenzent
Krzysztof Gąsior

Spis treści

Wstęp	7
Rozdział 1. Psychoterapia integracyjna	9
1.1. Istota i znaczenie pojęcia psychoterapii	9
1.2. Integracyjne podejście w psychoterapii	16
1.2.1. Relacja psychoterapeutyczna jako czynnik integracji	22
1.3. Koncepcja psychoterapii integracyjnej według Jerzego Mellibrudy	29
1.3.1. Doświadczenia człowieka a kształtowanie się schematów osobistych	37
Rozdział 2. Schematyczne tendencje a cierpienie pacjenta	47
2.1. Istota i znaczenie pojęcia samotności oraz objawów psychopatologicznych	47
Rozdział 3. Metodologia badań własnych	55
3.1. Cel i przedmiot badań.	56
3.2. Pytania i hipotezy badawcze	56
3.3. Analiza i weryfikacja szczegółowej hipotezy pierwszej	58
3.4. Analiza i weryfikacja szczegółowej hipotezy drugiej	100
3.5. Analiza i weryfikacja szczegółowej hipotezy trzeciej	108
3.6. Interpretacja i dyskusja nad wynikami badań własnych	115
Opis przypadku oraz analiza przebiegu procesu terapeutycznego Anny K.	119
Bibliografia	143
Indeks nazwisk	149
Wykaz tabel	153
Wykaz wykresów	155
Summary	157
Zusammenfassung	159

Wstęp

Tematem niniejszej pracy jest wykazanie skuteczności psychoterapii integracyjnej w leczeniu pacjentów z objawami psychopatologicznymi oraz wykazujących poczucie samotności. Zadaniem publikacji jest również zwrócenie uwagi na to, że nie istnieje jeden najlepszy nurt psychoterapii, który powinien obowiązywać wszystkich wykonujących ten zawód, w zależności zaś od okoliczności oraz potrzeb psychoterapeuci powinni rozważyć korzystanie z dorobku wszystkich szkół psychoterapii.

W pierwszym rozdziale opracowania została podjęta próba omówienia tego, czym są psychoterapia, proces integracji psychoterapii oraz istota, znaczenie i powody integracji psychoterapii. Ponadto został nakreślony ważny czynnik wspólny dla różnych modalności w psychoterapii – relacja terapeutyczna. W dalszej kolejności dokonano analizy modelu psychoterapii integracyjnej według Jerzego Mellibrudy.

W rozdziale drugim podjęto próbę scharakteryzowania procesu kształtowania się schematów osobistych stanowiących przyczynę cierpienia człowieka. W rozdziale tym zostały wyszczególnione i opisane objawy psychopatologiczne i poczucie samotności.

W rozdziale trzecim – metodologicznym – podjęto próbę wykazania: 1) czy u osób, u których występują objawy psychopatologiczne, występuje również poczucie samotności, a jeżeli tak, to czy istnieje zależność psychoterapii integracyjnej i poziomu wskazanych objawów oraz poziomu poczucia samotności; 2) czy istnieje współzależność pomiędzy objawami psychopatologicznymi a różnymi rodzajami poczucia samotności, a jeżeli tak, to jaka jest to zależność; 3) czy o skuteczności psychoterapii integracyjnej decyduje liczba sesji, a więc czynnik mający charakter czynnika niezależnego od osoby psychoterapeuty. W ramach uzupełnienia zaprezentowano opis przypadku pacjentki objętej psychoterapią integracyjną oraz dokonano analizy procesu terapeutycznego.

Jest wiele osób, którym pragnę podziękować za rolę, jaką odegrali w pisaniu przeze mnie niniejszej książki oraz za ich emocjonalne wsparcie.

Przede wszystkim dziękuję Mężowi, który jest moim najwierniejszym przyjacielem i towarzyszem życia. Dziękuję również córce Aleksandrze za jej radość, cierpliwość i wyrozumiałość.

Szczególne podziękowania chciałabym skierować do mojej przewodniczki w karierze zawodowej i superwizorki Jolanty Hojdy oraz do Pracowników Instytutu Psychologii Zdrowia, a w szczególności Zofii Sobolewskiej-Mellibrudy, śp. Jerzego Mellibrudy oraz Magdaleny Tesarskiej za uśmiech, wsparcie i dobre słowo.

Dziękuję również wszystkim Pacjentom, bez których napisanie tej książki nie byłoby możliwe.

Rozdział 1.

Psychoterapia integracyjna

1.1. Istota i znaczenie pojęcia psychoterapii

Pojęcie psychoterapii obejmuje rozmaite sposoby oddziaływania różniące się od siebie nie tylko założeniami teoretycznymi, ale również przyjętymi w ramach danej modalności procedurami technicznymi. Jak stwierdza Lewis R. Wolberg (1977), psychoterapia jest leczeniem natury emocjonalnej środkami psychologicznymi. W trakcie leczenia osoba wyszkolona¹ nawiązuje profesjonalną relację z pacjentem w celu:

- usunięcia lub zmniejszenia istniejących objawów,
- zmiany zaburzonych schematów zachowania,
- spowodowania pozytywnego rozwoju osobowości,
- zwiększenia repertuaru zachowań,
- zwiększenia elastyczności zachowań,
- poprawy relacji z innymi (Wolberg, 1977, s. 3).

Definicja ta ściśle nawiązuje do pojęcia zdrowia, sformułowanego w 1974 roku przez World Health Organization (WHO), zgodnie z którym zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego. W podanej definicji wyraźnie zaznacza się, iż do kryterium zdrowia zalicza się nie tylko nieobecność choroby. Istotne są również czynniki pozamedyczne, takie jak umiejętność prowadzenia satysfakcjonującego dla człowieka życia osobistego i społecznego. Potwierdzeniem tego spostrzeżenia jest kolejna definicja

¹ Autor nie podał w swojej definicji, co rozumie pod pojęciem osoby wyszkolonej. Jednakże korzystając z tego fragmentu definiowania, czym jest „psychoterapia”, należałoby doprecyzować, iż zgodnie z europejskimi standardami osobą, która zajmuje się psychoterapią, jest psychoterapeuta (samo wykształcenie psychologiczne nie daje uprawnień do prowadzenia psychoterapii). Zawód psychoterapeuty rozpatrywany jest w niniejszej książce jako autonomiczny zawód humanistyczny, wymagający odrębnego, wieloletniego interdyscyplinarnego wykształcenia i stosowania oddziaływań psychospołecznych w sposób profesjonalny. Oznacza to, że psychoterapeuta posługuje się technikami wpływu na psychikę i osobowość pacjenta oraz na jego relacje z otoczeniem w celu poprawy jego zdrowia. Natomiast techniki oddziaływania na pacjenta mają ugruntowane podłoże teoretyczne oraz uwzględniają wyniki badań empirycznych (por. Galińska, 2010).

psychoterapii, przyjęta przez przedstawicieli środowiska naukowego. Zgodnie z tą definicją psychoterapia to

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, postawy i zachowania, które są nie przystosowawcze (Meltzoff, Kornreich, 1970, s. 6).

Również John C. Norcross (1990) definiuje psychoterapię jako

świadome i zamierzone zastosowanie metod klinicznych i interpersonalnych zabiegów, pochodzących ze sprawdzonych twierdzeń nauk psychologicznych, w celu towarzyszenia ludziom przy modyfikacji ich zachowań, właściwości poznawczych, emocji i/lub innych osobistych charakterystyk na takie, które wydają się uczestnikom tego procesu pożądane (s. 218).

W podanych definicjach zostały powtórzone słowa: „świadome”, „zamierzone/planowe”. Jest to spowodowane tym, że psychoterapia, bez względu na swą modalność, stanowi przede wszystkim metodę leczenia.

Warto zwrócić uwagę na to, że termin „metoda” pochodzi z języka greckiego (*méthodos*) i zgodnie z powszechnie przyjętą w psychologii definicją tego terminu oznacza sposób postępowania, doboru rodzaju działania oraz możliwości jego powtórzenia (por. Brzeziński, 1999; Hornowska, 2017; Reber, Reber, 2008).

Odnosząc tak rozumiane ogólne pojęcie metody do psychoterapii, należałoby przyjąć, iż psychoterapia jest stosowaną przez psychoterapeutów metodą, w której ramach odpowiednio wyszkolony terapeuta w sposób świadomy podejmuje konkretne działania w obszarze rozumienia pacjenta, jego problemów oraz źródeł cierpienia.

Z kolei w roku 1990 sformułowano deklarację strasburską, która została uznana za manifest europejskiej psychoterapii. Manifest ten stanowi podstawę utworzonego w roku 1991 European Association for Psychotherapy (EAP), w którym pojęcie psychoterapii definiuje się w sposób następujący:

psychoterapia jest specyficzną dziedziną nauk humanistycznych, a wykonywanie jej stanowi wolny, autonomiczny zawód. W ten sposób psychoterapia wyodrębniła się od psychiatrii i psychologii, jako trzeci, niezależny zawód. Jednakże podkreśla się, iż jest to zawód przede wszystkim interdyscyplinarny, usytuowany na skrzyżowaniu wielu nauk, a przede wszystkim psychologicznych, socjologicznych, pedagogicznych i medycznych (Galińska, 2010, s. 302).

Warto w tym miejscu wspomnieć, iż tak rozumiana psychoterapia jest uznawana zwłaszcza przez przedstawicieli medycyny holistycznej traktujących mechanizmy chorobowe w kategoriach biopsychospołecznych (Galińska, 2010, s. 122). Tym samym coraz częściej obserwuje się łączenie farmakoterapii i psychoterapii w procesie leczenia człowieka². Istnieją liczne badania potwierdzające, że zarówno psychoterapia, jak i farmakoterapia mogą działać synergicznie (Kaplan, Sadock, 1988, 1998; Rakowska, 2021). Ponadto wykazano większą skuteczność psychoterapii i farmakoterapii stosowanych łącznie w leczeniu pacjentów z zaburzeniami emocjonalnymi niż leczenia wyłącznie psychoterapią lub wyłącznie lekami. Warto zaznaczyć, iż we wspomnianych badaniach wysokiej skuteczności synergii leczeniem zostali objęci pacjenci wykazujący ciężkie zaburzenie depresyjne (Rakowska, 2021). Jak pisze Małgorzata J. Rakowska (2021), u dorosłych z ciężkim zaburzeniem depresyjnym połączenie psychoterapii³ z antydepresantami było skuteczniejsze niż same antydepresanty w leczeniu w fazie ostrej przebiegu zaburzenia.

Powstają kolejne pytania: A co, jeśli pacjent nie wykazuje ciężkiego zaburzenia nastroju/zaburzeń emocjonalnych? Czy psychoterapia jest wówczas równie skuteczną metodą leczenia? I odwrotnie: Czy w sytuacji, kiedy pacjent nie wykazuje ciężkiego zaburzenia, np. depresyjnego, zastosowanie wyłącznie farmakoterapii jest skuteczną metodą leczenia? Według Irvinga Kirscha (2009, s. 183) psychoterapia jest najszerzej rozpoznaną alternatywną możliwością wobec stosowania leków antydepresyjnych spośród innych metod leczniczych. Stała się ona przedmiotem setek badań, które znalazły swe podsumowanie w ogromnej liczbie metaanaliz. Powstały też systematyczne przeglądy tych metaanaliz (por. Rakowska, 2021). Ich wyniki oraz wyniki testów klinicznych dowodzą, iż psychoterapia ma wpływ na leczenie depresji, a korzyści z terapii są znaczące (Kirsch, 2009, s. 183). Jak twierdzi Kirsch (2009), wnioski z przeprowadzonej przez niego metaanalizy leczenia cierpiących na depresję pacjentów za pomocą farmakoterapii oraz psychoterapii wykazały, iż:

jest bardziej prawdopodobne, że pacjenci, którzy wcześniej cierpieli na depresję, a byli leczeni antydepresantami, zachorują na nią ponownie, niż, że zachorują osoby leczone psychoterapeutycznie. Wynika z tego, że badania dokonane jakiś czas po zakończeniu leczenia wskazują, iż psychoterapia jest znacznie bardziej skuteczna niż leki, a w miarę upływu czasu ta różnica się

2 Jest to tzw. terapia synergistyczna, w której skutki dwóch rodzajów leczenia wzajemnie się wspomagają (np. synergistyczne działanie psychoterapii i leków przeciwdepresyjnych).

3 W badaniach zastosowano terapie łącznie: poznawczo-behawioralną, interpersonalną, psychodynamiczną i wspierającą oraz behawioralną aktywizację, trening asertywności, poznawczy trening rozwiązywania problemów.

powiększa. Długotrwała przewaga psychoterapii nad lekami jest niezależna od poziomu depresji (s. 184).

Jednakże w dalszej części swoich rozważań twierdzi, iż jeśli depresję łagodzą zarówno leki, jak i psychoterapia, być może kombinacja obu metod leczenia przyniesie lepsze skutki (Kirsch, 2009, s. 188).

Rezygnując z poszukiwań dotyczących tego, co jest lepsze w leczeniu zaburzeń emocjonalnych – psychoterapia czy farmakoterapia – warto zastanowić się nad uzupełnieniem pojęcia psychoterapii o jeszcze jedną definicję. Otóż jak twierdzi Rakowska (2021), celem psychoterapii jest nie tylko usunięcie zaburzenia i powrót do stanu zdrowia i sposobu funkcjonowania sprzed choroby, ale również **zapobieganie nawrotom przez wprowadzenie zmian w myśleniu, przeżywaniu i zachowaniu**. Definicja ta pozwala przejść do dalszych rozważań na temat kształtowania się różnych koncepcji zaburzeń psychicznych i wywodzących się z nich koncepcji/podejść teoretycznych w psychoterapii.

Przez dziesiątki lat psychoterapia była praktykowana w obrębie różnych obozów zwanych podejściami, szkołami lub systemami. Ich twórcy opracowywali i propagowali liczne teorie na temat zachowania człowieka, co z kolei wywarło duży wpływ na badania i teoretyczne koncepcje w różnych dziedzinach nauki. Tym samym dokonanie przejrzystej klasyfikacji teoretycznych nurtów w psychoterapii nie jest łatwe. Wspomniana trudność stanowi konsekwencję tworzenia, w ramach poszczególnych szkół psychoterapii, własnych metod pracy z pacjentem. Należy jednakże zaznaczyć, iż dokonuje się to na podstawie teorii i metod, które już istniały. Oznacza to, że wiele koncepcji zawiera podobne teoretyczne założenia zaburzeń, ich genezy, jak i również metody i techniki oddziaływania terapeutycznego (Grzesiuk, 1994).

Podczas analizy klasyfikacji nurtów teoretycznych różnych autorów (Wolberg, 1966; Millon, 1973; Goldenberg, 1977; Sęk, 1991; Zimbardo, Ruch (wspł.), 1996) wyłoniła się potrzeba opisanie takiej klasyfikacji, w której nie tylko będzie się uwzględniało wspólnotę poglądów teoretycznych, ale która również będzie stanowiła wyznacznik do dalszych analiz niniejszego opracowania. Wydaje się, iż taką klasyfikacją jest propozycja Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii (EAP). Spośród ogromnej liczby metod psychoterapii istniejących w świecie EAP uznaje – dla kształcenia psychoterapeutów – około 20 metod, których podstawą są wyniki badań naukowych. Zostały one pogrupowane w 5 głównych nurtów teoretycznych:

- 1) psychoanalityczny i podejścia psychodynamicznego,
- 2) behawioralno-poznawczy,
- 3) humanistyczno-egzystencjalny,
- 4) systemowy (terapia rodzinna),
- 5) integracyjny (integracyjne podejście w psychoterapii).

Trudno w tym miejscu dokonać wnikliwej analizy każdego z wymienionych nurtów, tym bardziej że każdy z nich ma własną historię, wynika z różnych powodów przemian i modyfikacji idei oraz poglądów na temat zaburzeń oraz sposobów ich leczenia. Warto jednakże, chociażby w bardzo uproszczonym zakresie, przedstawić ogólny sposób rozumienia i leczenia zaburzeń psychicznych w odniesieniu do pozostałych modalności.

Ad 1. Psychoanalizę można definiować jako metodę leczenia zaburzeń psychicznych, która polega na ujawnianiu istniejących przeniesień w stosunku do ludzi (tu: pacjentów) i do samego psychoterapeuty. Wspomniane przeniesienia ujawniają się głównie poprzez postępującą tzw. regresję wywołaną neutralną i nienarzucającą się postawą psychoanalityka. Kolejnym etapem omawianej metody jest stopniowe usuwanie przeniesień poprzez uświadamianie emocji nieświadomych. Odbywa się to wyłącznie drogą interpretacji, klaryfikacji oraz konfrontacji (Grzesiuk, red., 2000; Freud, 2010; McWilliams, 2018). Celem jest osiągnięcie przez pacjenta wglądu w ukryte przyczyny i motywy zachowań. Ogólnie, w omawianym podejściu pojęcie wglądu należy traktować jako zrozumienie istniejącej nerwicy, czyli poznanie przyczyn i skutków widocznych objawów (Grzesiuk, red., 2000).

Każda ze wspomnianych procedur technicznych ma swoje uzasadnienie i cel postępowania. Za pomocą stosowanej przez terapeuta interpretacji pacjent dokonuje wglądu, z kolei za pomocą techniki konfrontacji psychoterapeuta koncentruje uwagę pacjenta na przejawach wypartego do nieświadomości impulsu, np. lęku. Z kolei klaryfikacja służy poznaniu odczuć pacjenta w stosunku do psychoterapeuty. Warto jeszcze wspomnieć, iż różnice między psychoanalizą i psychoterapią psychodynamiczną dotyczą głównie aspektów praktycznych (Freud, 2010). Celem głównym w psychoanalizie jest bowiem zmiana struktury osobowości, z kolei w terapii psychodynamicznej – usunięcie objawu lub problemu emocjonalnego poprzez uświadomienie sobie przez pacjenta konfliktu. Ponadto zachowanie psychoterapeuty w psychoanalizie jest bierne i neutralne, podczas gdy w terapii psychodynamicznej – aktywne i neutralne (Rakowska, 2021).

Ad 2. Kolejny nurt behawioralno-poznawczy⁴, a dokładniej – nurt behawioralny leczenia zaburzeń psychicznych, wynika z założenia, że zachowanie niedostosowane jest albo niepożądanym nawykiem, który ukształtował się w procesie uczenia się, albo skutkiem braku pożądanых nawyków (podejście behawioralne). Ogólnie należałoby stwierdzić, iż w podejściu behawioralnym przedmiotem zainteresowania psychoterapeutów jest zachowanie, które ujmuje się w kategoriach bodziec – reakcja (Beck, 2012; McCann, Zimbardo, 2017). Z kolei w koncepcjach poznawczych przyjmuje się, iż powodem wyuczenia się

4 Więcej na temat połączenia nurtu behawioralnego z nurtem poznawczym znajduje się w dalszej części rozdziału pierwszego.

przez człowieka dezadaptacyjnych zachowań jest niewłaściwy sposób percepcji oraz interpretacji zdarzeń (Beck, Freeman, Davis, 2005). Tym samym wyłoniła się potrzeba połączenia podejścia behawioralnego z podejściem poznawczym.

Psychoterapia behawioralno-poznawcza ukierunkowana jest na zmianę niepożądanych zachowań poprzez modyfikację oraz restrukturyzację treści myślenia. Odbywa się to głównie wskutek weryfikowania i sprawdzania trafności przekonań przez testowanie ich w rzeczywistości (to procedura behawioralna oparta na zasadzie uczenia się reakcji pożądanej podczas działania bodźców wywołujących reakcję niepożądaną). Kolejną procedurę techniczną stanowi stosowanie przez terapeutę dialogu sokratejskiego. Procedura polega na postawieniu pacjentowi serii pytań, dzięki którym pacjent samodzielnie zauważa, iż jego przekonania są błędne (procedura poznawcza). Następną techniką stosowaną w omawianym podejściu jest trening rozwiązywania problemów. Technikę tę uznaje się za metodę poznawczą, ponieważ dotyczy rozwijania umiejętności podejmowania przez pacjenta decyzji.

Podsumowując, w terapii behawioralnej terapeuci kładą nacisk na obserwowalne zachowania, których zmiana wiąże się ze zmianą na poziomie poznawczo-afektywnym. W terapii poznawczej terapeuci z kolei skupiają się na przekształcaniu, modyfikowaniu treści myślenia. W konsekwencji następuje modyfikacja zachowań i odczuć pacjenta. Jak nietrudno zauważyć, praca terapeutyczna na poziomie poznawczym i praca terapeutyczna na poziomie behawioralnym wzajemnie na siebie oddziałują.

Ad 3. Nurt humanistyczno-egzystencjalny „rozwinął się w opozycji do psychoanalizy i behawioryzmu, którym zarzucano kreowanie uproszczonego i nieprawdziwego obrazu człowieka – zniewolonego przez popędy [...] lub sterowanego przez sytuacje bodźcowe” (Jakubowska, 1994, s. 49–50). We wcześniejszych ideach i modalnościach psychoterapii pominięto tzw. czynniki specyficzne pacjenta, takie jak np. poczucie autonomii i sensu życia, systemu wartości czy twórczości. Psychoterapeuci pracujący w nurcie humanistyczno-egzystencjalnym uznają, że główną przyczyną powstałych zaburzeń są deficyty rozwoju osobowości. Powstały one na skutek niezaspokojenia ważnych potrzeb psychologicznych, takich jak: miłość, akceptacja czy też wspomniana autonomia.

Ogólnym celem psychoterapii humanistyczno-egzystencjalnej jest stworzenie pacjentowi warunków do przeżywania korektywnych doświadczeń emocjonalnych. Warto w tym miejscu dokonać rozróżnienia na cele szczegółowe. Otóż w humanistycznym podejściu za najważniejsze uznaje się, aby pacjent mógł realizować swój potencjał z wykorzystaniem własnych zasobów (Elliot, Watson, Goldman, Greenberg, 2009; Mearns, Thorne, 2016). Należy tu wspomnieć o podejściu skoncentrowanym na osobie (Carla Rogersa) i terapii *Gestalt* (Fritza Perlsa). Zgodnie z podejściem skoncentrowanym na osobie główną przyczyną powstałych zaburzeń jest przede wszystkim niespójność między koncepcją siebie

(uksztaltowaną poprzez przekazy od znaczących osób w dzieciństwie) a odczuciami płynącymi z wnętrza organizmu. Według Rogersa warunkami koniecznymi i wystarczającymi do samorealizacji klienta⁵ jest autentyczność terapeuty oraz bezwarunkowa akceptacja z jego strony (Rogers, 2016). Procedurami prowadzącymi do samorealizacji są odzwierciedlanie uczuć klienta przez terapeutę oraz parafrazowanie (powtarzanie komunikatu nadawcy innymi słowami). Według Perlsa ludzie organizują swoje doświadczenia w pewną całość, inaczej postać, figurę (z niem. *Gestalt*). Źródłem powstania zaburzeń są zaburzone interakcje między klientem a jego otoczeniem społecznym. Otóż energia potrzebna do zaspokojenia potrzeb i rozwoju jest rozproszona lub błędnie ukierunkowana. Strategię zmiany stanowi przede wszystkim zwiększenie świadomości klienta i ukierunkowanie jej na własne uczucia i doznania cielesne odczuwane „tu i teraz”. Typowymi procedurami technicznymi są psychodramy z użyciem pustego krzesła, na którym symbolicznie jest umieszczany nieakceptowany aspekt własnej osoby (Mellibruda, 2011). Ogólnie „puste krzesło” jest bardzo ważnym narzędziem wywodzącym się z praktyki terapii *Gestalt*, dzięki któremu pacjent w obecności psychoterapeuty podlega tzw. terapeutycznemu transowi. Dzięki tej bardziej zaawansowanej metodyce pracy psychoterapeutycznej możliwe staje się reaktywowanie i korygowanie relacyjnych aspektów śladów konkretnych doświadczeń pacjenta, w szczególności doświadczeń związanych z frustracją niezaspokojonych potrzeb akceptacji, bezpieczeństwa i przywiązania we wczesnych okresach życia pacjenta. W podejściu egzystencjalnym (Yalom, 2020) przyjmuje się, iż podłożem rozwoju zaburzeń jest odczuwany lęk i unikanie wyborów dotyczących tego, jak żyć, jakimi kierować się w życiu wartościami. W konsekwencji klient traci poczucie znaczenia życia. Jest to tzw. lęk egzystencjalny, a dokładniej mówiąc – lęk przed śmiercią, odpowiedzialnością i konfliktem między potrzebą nawiązywania relacji z ludźmi a wycofaniem. W sytuacji, kiedy klient unika konfrontacji z lękiem egzystencjalnym, pojawia się lęk neurotyczny powiązany z objawami psychopatologicznymi lub problemami emocjonalnymi (Rakowska, 2021). Celem psychoterapii jest doprowadzenie klienta do uświadomienia sobie, że objawy psychopatologiczne lub wspomniane problemy emocjonalne czy też utrata poczucia sensu życia są przejawami lęku przed śmiercią, wolnością lub izolacją społeczną (Yalom, 2020).

Ad 4. Kolejnym wyróżnionym przez EAP nurtem teoretycznym jest podejście systemowe (terapia rodzinna). W systemowym nurcie w psychoterapii, określającym również nurtem interakcyjnym, zakłada się, że zaburzeń w zachowaniu człowieka nie można rozpatrywać w oderwaniu od kontekstu społecznego. Terapeuci rodzinni koncentrują się na procesie komunikacji przebiegającej między członkami systemu, którzy tworzą tzw. podsystemy. Upraszczając, klient

5 W psychoterapii humanistyczno-egzystencjalnej nie stosuje się terminu „pacjent”. Podkreśla się w ten sposób równorzędne relacje między terapeutą a osobą zgłaszającą się po pomoc.

w relacjach rodzinnych nawiązując interakcję ze współmałżonkiem, tworzy podsystem „para małżeńska”. Jeśli w systemie pojawia się dziecko, klient tworzy podsystem „rodzice” itd.

Zgodnie z ogólną teorią systemów klient zarówno oddziałuje na poszczególne podsystemy, jak i sam podlega oddziaływaniu podsystemów. Odbywa się to za pośrednictwem zachowań komunikacyjnych i ma cyrkularny charakter (Feltham, Horton, eds., 2019). Terapia w podejściu systemowym jest terapią krótkoterminową i dyrektywną. Oznacza to, że terapeuta stosuje, za pomocą zaleceń (tzw. intencji paradoksalnych) i ujawniania reguł interakcji, modyfikacje panujących relacji w rodzinie. Celem jest przede wszystkim zmiana systemu, a nie zmiana zachowań samego klienta.

W zależności od tego, jakie właściwości w systemie są modyfikowane, można wyodrębnić dwie główne szkoły psychoterapii: komunikacyjną oraz strukturalną. Przedstawiciele pierwszej z nich kładą nacisk na zmianę sposobu komunikowania się osób w systemie i w podsystemach. Druga z kolei dotyczy przede wszystkim zmiany struktury systemu, czyli zasad panujących we wzajemnych relacjach. Podsumowując omawiane podejście, terapeuta rodzinny postrzega indywidualne cechy klienta przez pryzmat jego zachowań, ale na skutek panującej relacji, np. w związku.

Ad 5. Ostatnim z wyróżnionych nurtów jest nurt integracyjny. Z uwagi na jego złożoność oraz szczególne znaczenie w ukształtowaniu się psychoterapii integracyjnej zostanie poddany szczegółowej analizie w kolejnym podrozdziale niniejszego opracowania.

1.2. Integracyjne podejście w psychoterapii

W literaturze przedmiotu wyróżnia się cztery sposoby integracji elementów zarówno teoretycznych, jak i technicznych występujących w różnych modalnościach psychoterapii (Norcross, Goldfried, eds., 2005; Jędrasik-Styła, Styła, 2009), czyli integrację:

- teoretyczną,
- asymilatywną,
- techniczną,
- czynników wspólnych (Stricker, 2017).

Integracja teoretyczna w psychoterapii polega na łączeniu dwóch lub więcej teorii powstawania i leczenia zaburzeń psychicznych oraz procedur technicznych opartych na tych teoriach w spójną, uzupełniającą się całość albo na tworzeniu metateorii psychoterapii⁶ (Suszek, 2010; Rakowska, 2021, s. 32).

⁶ Metateoria psychoterapii – łączenie istniejących teorii na temat źródeł powstawania zaburzeń i sposobów ich leczenia zaczerpniętych z różnych podejść teoretycznych.

W konsekwencji powstaje nowe podejście, które jest czymś więcej aniżeli sumą części z różnych szkół terapii. Wspomniane połączenie dotyczy różnych elementów: koncepcji osobowości, założeń natury ludzkiej czy też psychopatologii. W rezultacie stworzona zostaje nowa struktura z nową podstawą teoretyczną (Suszek, 2010, s. 34). W ten sposób ukształtowały się dwie grupy psychoterapii opartej na integracji teoretycznej. Pierwsza zazwyczaj łączy dwie lub trzy szkoły psychoterapii, np. integracyjna terapia psychodynamiczno-behawioralna Paula L. Wachtela, poznawczo-analityczna psychoterapia Anthony'ego Ryle'a czy też model poznawczo-interpersonalno-humanistyczny Jeremy'ego D. Safrana (Jędrasik-Styła, Styła, 2009). Druga grupa integracji teoretycznej charakteryzuje się większą ogólnością rozważań, a jej przedstawiciele stawiają sobie za cel rozumienie psychoterapii jako całości. Przykładem może być transteoretyczny model psychoterapii Jamesa Prochaski i Carla DiClemente (Prochaska, Norcross, 2006), zgodnie z którym ludzie zmieniają zachowanie jedynie wówczas, gdy są gotowi do zmiany. W przypadku osób, które do zmiany nie są gotowe – proces zmiany następuje stopniowo (w tzw. fazach terapii).

Z kolei integracja asymilatywna polega na łączeniu metod zaczerpniętych z różnych podejść, ale odbywa się to zgodnie z ujednoliconą bazą teoretyczną (Stricker, 2017). Rakowska stwierdza, iż w integracji asymilatywnej wybrana teoria stanowi dla terapeuty pewien rodzaj przewodnika, dzięki któremu pacjent może osiągnąć pożądane zmiany (Rakowska, 2021). Natomiast procedury techniczne są zapożyczane z różnych podejść terapeutycznych i dopasowywane do potrzeb pacjenta. Przykładem może być podejście George'a Strickera i Jerrolda Golda (2005). W podejściu tym asymiluje się doświadczenie w terapii psychodynamicznej oraz interwencje poznawcze i behawioralne.

Ekлекtyzm techniczny jest przede wszystkim technicznym, a nie teoretycznym podejściem. Za podstawowe założenie przyjmuje się poszukiwanie i wybranie najlepszej metody dla pacjenta z danym problemem. Warto podkreślić, że wybór techniki bywa dokonywany na podstawie wyników badań nad ich skutecznością oraz na podstawie własnych doświadczeń psychoterapeuty w leczeniu pacjentów z podobnymi zaburzeniami psychicznymi (por. Jędrasik-Styła, Styła, 2009).

Trudno w tym miejscu nie wspomnieć o jeszcze jednym sygnalizowanym rodzaju integracji – integracji czynników wspólnych, a więc określeniu i zastosowaniu w praktyce terapeutycznej podstawowych elementów czy też czynników występujących w różnych modalnościach. Integracja czynników wspólnych oraz powodów łączenia różnych modalności została szczegółowo opisana w dalszej części niniejszej dysertacji.

Wielu psychoterapeutów nadal niezwykle silnie akcentuje swoją tożsamość przez podkreślanie istotności nurtu psychoterapii, w którym się specjalizuje. W procesie leczenia pacjentów zauważa się jednak coraz większą tendencję do przewyżczania wspomnianych podziałów na rzecz integracji dorobku wielu

szkół psychoterapii. W niektórych publikacjach autorzy wskazują wręcz, iż wielu terapeutów stosuje integrację psychoterapii, nie zdając sobie sprawy z tego, że to robią.

Integracja psychoterapii oznacza dążenie terapeutów do przekraczania ograniczeń wynikających z konkretnych założeń teoretycznych danej szkoły terapii. Stanowi zatem próbę sprawdzenia, czego można się nauczyć, patrząc z innej perspektywy. Stwarza terapeutom możliwość świadomego i celowego łączenia założeń teoretycznych i technik wykorzystywanych w różnych szkołach terapii (Stricker, 2017).

Integrację psychoterapii stosują najbardziej doświadczeni terapeuci, jednakże jeszcze kilka dekad temu podejście to było praktycznie nieznane (Stricker, 2017). Sam Sigmund Freud często zmagał się z wyborem konkretnych metod leczenia i integrował różne sposoby oddziaływań na pacjentów. Na uwagę zasługuje tutaj opracowanie Zanvela A. Liffa (1992), w którym opisał on odejście Freuda od klasycznej analizy na rzecz psychoterapii psychoanalitycznej.

Integracja pojęć terapeutycznych pojawiła się również w Europie Wschodniej w czasach „żelaznej kurtyny”, gdzie oprócz narzuconego jednego systemu leczenia psychicznego (warunkowania klasycznego Iwana Pawłowa) występowały psychoterapia *Gestalt*, psychoterapia systemowa (lata 50. XX wieku) czy też psychoterapia humanistyczna (lata 60. XX wieku)⁷.

Rozwój różnych podejść terapeutycznych wiązał się przede wszystkim z dynamiką zmieniających się problemów psychicznych pacjentów oraz ich oczekiwań wobec specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego. Jedną z głównych przyczyn wzrostu takiej dynamiki było zjawisko emigracji. Powstające w wyniku emigracji bariery językowe, religijne i kulturowe w sposób znaczący wpływały na kondycję psychofizyczną poszczególnych osób oraz całych rodzin. Pojawiły się trudności z akceptacją ludności napływowej, a obawy grup o własną tożsamość stanowiły zarzewie dyskryminacji i buntu przeciwko falom emigrantów. W konsekwencji coraz trudniej było utrzymywać wyłącznie jeden sposób pracy z pacjentami. Psychoterapeuci, psychologowie oraz psychiatrzy z coraz większą uwagą poszukiwali różnych form oddziaływań w celu zmniejszenia objawów zaburzeń zachowania. Tym samym w latach 70. i 80. XX wieku nastąpiło zwiększenie liczby publikacji na temat integracyjnego nurtu psychoterapii.

Psychoterapia integracyjna cały czas zyskuje na popularności. Ciekawego usystematyzowania czynników rozwoju integracji podejść terapeutycznych dokonali wspomniani Prochaska i Norcross (2006) oraz Jerome D. Frank i Julia B. Frank (2005).

Prochaska i Norcross (2006) zwrócili uwagę na zauważalne zjawisko powstawania licznych form terapii (obecnie jest ich ponad 400). Wydawałoby się, że tak

⁷ Zob. podrozdz. 1.1.

duża liczba szkół terapii jest korzystna dla rozwoju nauki, a w konsekwencji – dla zdrowia psychicznego ludzkości. Niestety, każda z nowo powstających szkół uważa się za najlepszą i najbardziej właściwą w leczeniu pacjentów. Wywołuje to zamieszanie metodyczne i chaos w szczególności wśród osób, które nie są w stanie zdecydować się, którą szkołę terapii wybrać. Należy przyjąć, że jednym z powodów powstawania licznych szkół psychoterapii jest naturalny brak uniwersalizmu i nieprzystosowalność pojedynczych systemów teoretycznych do wszystkich pacjentów oraz ich problemów. Jak wskazali Prochaska i Norcross (2006), zwrócił na to uwagę sam Freud. Pacjenci wykazują bowiem zróżnicowanie pod względem cech osobowości, osobistych doświadczeń oraz sposobów przyswajania nowych treści poznawczych.

Każdy człowiek jest indywidualnością, a w konsekwencji nie można zakładać, iż istnieje jedyna, najlepsza metoda leczenia wszystkich pacjentów. Zjawisko to zostało określone przez Prochaskę i Norcrossa (2006) jako nieprzystosowalność pojedynczych systemów teoretycznych do wszystkich pacjentów i ich problemów. Zjawisko to jest skutkiem występowania u terapeutów zbyt wąskiego podejścia do pacjenta w kwestii zarówno rozumienia, jak i leczenia zaburzeń psychicznych.

Ponieważ jednak nie istnieje jedna, najlepsza metoda możliwa do zastosowania we wszystkich sytuacjach, żadna pojedyncza szkoła czy też żaden nurt psychoterapii nie zdominowały sposobu leczenia wszystkich pacjentów. Alan E. Kazdin (1984) wskazał wprost, że praktyka w pracy terapeutycznej wymusza wręcz na terapeutach bardziej elastyczne, jeśli nie integracyjne, podejście do każdego pacjenta.

Psychoterapia podlega również zjawiskom socjoekonomicznym. Sztuczny podział szkół i trzymanie się tradycyjnych ram w obronie idei programu szkolenia może zdecydowanie osłabić psychoterapię, albowiem pacjenci szukają takich form leczenia, które będą skuteczne w jak najkrótszym czasie. Jeden z psychoterapeutów, Michael J. Mahoney (1984), słusznie stwierdził, iż chcąc chronić prestiż psychoterapii, należy wymyślić coś takiego, co scali różne terapie. Motyw ten Prochaska i Norcross (2006) nazwali zewnętrznymi uwarunkowaniami socjoekonomicznymi. Stąd też rosnąca popularność krótkoterminowej psychoterapii, której głównym celem jest skoncentrowanie uwagi pacjenta i terapeuty na rozwiązaniu danego, indywidualnego problemu.

W praktyce zdarza się, że pacjent zgłasza się do psychoterapeuty z silnym objawem, który utrudnia mu normalne funkcjonowanie, np. pacjent nie radzi sobie z przeżywaniem smutku po utracie bliskiej mu osoby lub nie jest w stanie podróżować samochodem w obawie, że doświadczy uszkodzenia ciała lub utraty życia na skutek wypadku. Osoba, która odczuwa tego rodzaju dolegliwości, oczekuje poprawy swego stanu psychofizycznego w stosunkowo krótkim czasie, który będzie mierzony tygodniami, a nie latami. Nie każdy nurt psychoterapii pozwala na udzielenie pomocy pacjentowi w takim czasie. Psychoterapeuci

zdają sobie z tego sprawę, a widząc własne ograniczenia wiedzy i umiejętności, poszukują przestrzeni do powiększania własnych kompetencji. Pojawiająca się możliwość obserwacji pracy innych specjalistów oraz organizowane treningi i szkolenia, z których mogą korzystać psychoterapeuci różnych szkół, sprawiają, iż terapeuci nawiązują z sobą relacje i korzystają z dorobku innych szkół terapeutycznych.

Kolejnym ważnym powodem integracji psychoterapii okazały się wyniki badań dotyczące poszczególnych czynników leczących w psychoterapii. Okazało się bowiem, że tak naprawdę najważniejsze w procesie leczenia są wkład pacjenta w leczenie, sojusz terapeutyczny oraz predyspozycje pacjenta, a nie to, w jakim nurcie pracuje terapeuta. Z badań czytamy, iż jedynie 15% wariancji wyników leczenia można wyjaśnić oddziaływaniem specyficznych technik (Beutler, Clarkin, 1990).

Jednocześnie rozpoczęto kolejne badania dotyczące znaczenia poszczególnych metod, technik i narzędzi w pracy nad danym zaburzeniem (Lambert, Bergin, 1992). Wyniki badań wykazały, iż w leczeniu depresji najlepsze efekty dają terapia poznawcza oraz terapia interpersonalna. Z kolei nurt terapii behawioralnej okazał się najbardziej skuteczny w leczeniu fobii, lęków, ataków paniki i zachowań agresywnych. Terapia systemowa okazała się zaś najskuteczniejsza w leczeniu rodzin oraz konfliktów małżeńskich i par. Obecnie pożądanym zjawiskiem jest więc dokonywanie selekcji różnych metod leczenia i stosowanie metod adekwatnych do zgłoszonego przez pacjenta problemu.

Skutkiem potrzeby łączenia różnych podejść terapeutycznych jest rozwój organizacji zawodowych działających na rzecz integracji (Prochaska, Norcross, 2006). Szczególną rolę odegrało tu założone w 1983 roku w USA Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, SEPI (Towarzystwo Eksploracji Integracji Psychoterapii), zrzeszające badaczy i psychoterapeutów zaangażowanych w ruch integracyjny. Z kolei w roku 1993 zostało założone The European Association for Integrative Psychotherapy, EAIP (Europejskie Stowarzyszenie Integracji Psychoterapii).

Powstawały również czasopisma, w których publikowano artykuły poświęcone integracji psychoterapii, m.in. „International Journal of Eclectic Psychotherapy”, które w 1987 roku zmieniło nazwę na „Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy”. Z kolei w 1991 roku SEPI rozpoczęło wydawanie czasopisma „Journal of Psychotherapy Integration”. Również w Polsce powstały organizacje promujące psychoterapię integracyjną, np. Instytut Psychologii Zdrowia, stowarzyszenia i zespoły badawcze, np. Zespół Badania Integracji Psychoterapii ZBIP, który powstał w 2007 roku przy Katedrze Psychopatologii i Psychoterapii Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Polskie Stowarzyszenie Integracji Psychoterapii, które powstało w 2008 roku, czy też Polskie Stowarzyszenie Psychoterapii Integracyjnej, które – podobnie jak ZBIP – powstało w 2007 roku.

Kolejnym powodem integracji psychoterapii są tzw. wspólne czynniki dla różnych metod psychoterapii. Pierwszą próbę wyróżnienia czynników wspólnych podjął Saul Rosenzweig (1936), który wskazał, iż istnieje co najmniej kilka czynników identycznie ważnych dla każdego nurtu psychoterapii. Podkreślał przede wszystkim takie czynniki wspólne, jak wzbudzanie nadziei oraz dostarczanie pacjentowi nowych sposobów widzenia siebie i otaczającego go świata. Niespełna trzydzieści lat później koncepcja ta została rozwinięta przez Franka (1961) o kolejne czynniki integracji (poza wzbudzaniem nadziei oraz nowych sposobów widzenia siebie i otoczenia). Wyróżnił on dodatkowo inicjowanie pobudzenia emocjonalnego podczas trwania procesu psychoterapii, przeżywanie korektywnych doświadczeń emocjonalnych w relacjach z terapeutą oraz zachęcanie pacjenta do podejmowania określonych czynności poza sesjami terapeutycznymi. W kolejnej publikacji Frank wraz ze swoją córką dokonał wyszczególnienia następujących czterech cech wspólnych dla wszystkich rodzajów psychoterapii, które według autorów zapewniają skuteczność leczenia bez względu na zastosowany, konkretny nurt psychoterapii (Frank, Frank, 2005).

Pierwszą opisaną cechą wspólną są warunki, w których prowadzi się psychoterapię. Większość procesów psychoterapeutycznych odbywa się w specjalnie przygotowanych gabinetach czy też pomieszczeniach służących leczeniu. Terapie świeckie zazwyczaj mają miejsce w gabinecie psychoterapeuty, szpitalu, poradni zdrowia psychicznego lub przychodni. Z kolei terapie religijne najczęściej prowadzone są w świątyniach, świętych gajach lub w domu pacjenta po wcześniejszym wykonaniu rytuałów oczyszczających (w celu uświęcenia tego miejsca) (Frank, Frank, 2005). Te miejsca są o tyle ważne, że pozwalają pacjentowi doświadczać aury naukowości i tajemniczości, a w przypadku terapii religijnych – dodatkowo mistycyzmu.

Wspomniane miejsca przeznaczone do leczenia spełniają co najmniej dwie funkcje terapeutyczne. Sama przestrzeń, w której znajduje się gabinet (szpital, poradnia, przychodnia, kamienica, dom), nie wpływa na jakość leczenia. Na jakość tę wpływa jednak obecność terapeuty oraz jego udokumentowane i przedstawione kwalifikacje (dyplomy, certyfikaty, świadectwa, zdjęcia mistrzów psychoterapii), które wzbudzają w pacjencie jeszcze większą nadzieję na uzyskanie pomocy. Miejsca przeznaczone do prowadzenia terapii zapewniają wreszcie poczucie bezpieczeństwa. Pacjent, który wchodzi w przestrzeń miejsca przeznaczonego na terapię, ma świadomość, że może opowiadać o wielu rzeczach, nawet tych najbardziej intymnych, których nie wyjawiliby nikomu innemu. Pacjent, który mówi o ważnych dla siebie sprawach, przemyśleniach i doświadczeniach, wychodząc z gabinetu, nie ma poczucia, że po powrocie do codziennego życia będzie przez kogoś obwiniany za treści przekazane terapeutę.

Drugą cechą wspólną jest procedura lub rytuał, którym poddają się zarówno terapeuta, jak i pacjent. Procedura taka jest wręcz niezbędna do podtrzymania

wania terapeutycznego przymierza pomiędzy pacjentem i terapeutą. Co więcej, dzięki procedurze prowadzenia terapii terapeuta ma poczucie większej pewności siebie i komfortu psychicznego, ma świadomość opanowania przez siebie określonego zestawu umiejętności. Szczególnie duże wrażenie wywołują na pacjentach takie procedury, jak hipnoza, trans, relaksacja czy też wzbudzanie silnych emocji (Frank, Frank, 2005).

Trzecią wspólną cechą dla wszystkich rodzajów terapii jest pewien zbiór założeń albo koncepcja, zgodnie z którymi terapeuta może wyjaśniać znaczenie objawu, jaki dostrzega u swojego pacjenta. W psychoterapii teorie wyjaśniające nie są poparte dowodami empirycznymi, a nadto oddziałują na wyobraźnię zarówno terapeuty, jak i pacjenta. W sytuacji niepowodzenia szuka się zaś powodów wyjaśniających, jednakże rzadko kwestionuje się zasadność oddziaływań terapeutycznych.

Ostatnim, ale jakże ważnym, czynnikiem wspólnym dla wszystkich rodzajów terapii jest relacja z terapeutą. Wyjątkowość tej relacji polega na tym, iż jest ona oparta na zaufaniu, a dodatkowo jest nacechowana emocjonalnym zaangażowaniem. Nawet jeśli terapeuta nie akceptuje zachowań pacjenta lub jego sposobów reagowania na daną sytuację, to akceptuje proces zmiany, który może nastąpić w toku trwania psychoterapii.

1.2.1. Relacja psychoterapeutyczna jako czynnik integracji

Relacja psychoterapeutyczna stanowi relacyjny (obok technicznego) wymiar psychoterapii. Spośród wielu teorii wyjaśniających to, czym jest relacja psychoterapeutyczna, koncepcja Charlesa J. Gelso i Jean A. Carter (1985) – jak się wydaje – najbardziej czytelnie definiuje jej znaczenie. Według wspomnianych autorów relacja terapeutyczna to nic innego, jak wzajemne uczucia i postawy zachodzące między pacjentem a terapeutą oraz sposób ich wyrażania.

Zaproponowaną definicję uważa się, co prawda, za bardzo ogólną i tym samym mogącą wzbudzać wiele wątpliwości, jednakże jej elementy składowe odpadają w zasadzie podstawowe założenia, czym w ogóle jest relacja interpersonalna. Generalnie rozważania na temat relacji interpersonalnej powinny się odbywać na dwóch poziomach. Pierwszy to wspólny dla pacjenta/klienta⁸ poziom „my”, drugi – poziom dwóch odrębnych „ja” w relacji. Tym samym należałoby przyjąć, iż bez względu na nurt psychoterapii relacja terapeutyczna zawiera w sobie również część techniczną. Zgodnie z tym, co zostało wcześniej omówione, każdy nurt psychoterapii ma procedurę techniczną, za której pomocą odbywa się le-

⁸ Powstałe rozróżnienie pacjent/klient jest spowodowane przyjętym w humanistyczno-egzystencjalnym modelu terminem „klient” zamiast „pacjent”.

czenie zaburzeń. Oznacza to, że płaszczyzny relacji terapeutycznej ulegają, w zależności od dynamiki relacji, zamianie z płaszczyzny wspólnej na płaszczyznę odrębną. Wynika to chociażby z odrębnych ról, jakie przyjmują pacjent/klient i psychoterapeuta. Przykładowo, jeśli psychoterapeuta jest skoncentrowany na kliencie (podejście humanistyczno-egzystencjalne), zastosuje w relacji terapeutycznej technikę odzwierciedlania uczuć, z kolei psychoterapeuta behawioralno-poznawczy zastosuje technikę perswazji.

We wszystkich szkołach psychoterapii panuje pogląd, iż relacja psychoterapeutyczna jest niezwykle istotna dla procesu leczenia. Różnice dotyczą jedynie zakresu jej wpływu na leczenie. W niektórych opracowaniach z obszaru psychoterapii relacja terapeutyczna bywa uznawana za jeden z warunków wstępnych, niezbędnych do kontynuowania psychoterapii.

Przykładem jest psychoterapia behawioralna i poznawcza, dla której istotę kontaktu między terapeutą a pacjentem stanowi wzbudzanie zaufania i przekonania o kompetencjach terapeuty. Wynika to z przekonania o czynniku leczącym, jakim jest modelowanie. W koncepcjach poznawczych terapeuty dzięki relacji terapeutycznej wprowadza wiele zmian w obszarze schematów poznawczych zwanych również wzorcami zachowań.

W każdym podejściu terapeutycznym podkreśla się w praktyce znaczenie ekspozycji pacjenta na trudności występujące w jego przeszłości. W terapiach behawioralnych wykorzystuje się ekspozycję *in vivo*, w której pacjent bywa zachęcany do bezpośredniego zmierzenia się z jego trudnościami, z kolei w nurcie psychoterapii psychodynamicznej ekspozycja jest werbalna i odbywa się w wyobraźni pacjenta. Integralną część wszystkich podejść w eksponowaniu pacjenta stanowi konieczność nazywania przeżywanych trudności podczas trwania ekspozycji. W ten sposób pacjent ma możliwość ponownego, a więc korektywnego, ich doświadczania w bezpiecznych dla niego warunkach. Leczenie będzie skuteczne, jeśli po ekspozycji nastąpi korygujące doświadczenie emocjonalne.

Relacja terapeutyczna często jest określana jako podstawowy proces, który wywołuje zmianę. Tak rozumiana relacja występuje w psychoterapii zorientowanej na osobę, feministycznej i w niektórych typach terapii *Gestalt*. Wreszcie w psychoterapii humanistycznej oraz w psychoterapii psychodynamicznej relacja terapeutyczna stanowi podstawowe źródło treści czy też informacji, jakich dostarcza cały proces.

Carl R. Rogers (1957; 2016) związany z psychoterapią humanistyczną twierdził, iż relacja terapeutyczna jest wręcz jedynym czynnikiem leczącym. Zgodnie z jego przekonaniem terapeuta powinien wykazywać się bezwarunkową pozytywną akceptacją pacjenta, odczuwać wobec pacjenta empatię i być w zgodzie z własnymi odczuciami (Czabała, 2013). Rogers był przekonany, że terapeuta nie powinien kierować pacjentem ani jego życiem, ani tym bardziej nie powinien przekazywać pacjentowi własnych interpretacji nieuświadomionych konfliktów

czy też sugerować rozwiązań jego problemów. Według niego celem terapii jest jedynie stworzenie warunków koniecznych do inicjowania procesu zmian zachodzących u pacjenta (Rogers, 1959; 2016). Wspomniany proces tworzenia zmian dokonuje się zaś przez uczestniczenie pacjenta i terapeuty w relacji terapeutycznej i sytuacjach zachodzących podczas trwania sesji. Warto jednakże zwrócić uwagę na to, że mimo różnic występujących pomiędzy rozumieniem zasad powstawania relacji leczenie nie będzie skuteczne, jeśli nie wystąpi wzajemne porozumienie między psychoterapeutą i pacjentem.

Relacja psychoterapeutyczna bez względu na podstawy teoretyczne składa się z trzech zasadniczych elementów: (1) sojuszu roboczego, (2) relacji przeniesienia (3), rzeczywistej konfiguracji (Greenson, 1965). Powszechnie uznaje się, iż sojusz roboczy stanowi fundamentalny element relacji terapeutycznej, badania naukowe jedynie potwierdzają jego znaczący wpływ na leczenie (Horvath, Symonds, 1991, za: Gelso, Hayes, 2004). Sojusz roboczy zwany również przymierzem terapeutycznym określa nie tylko związek, jaki występuje między pacjentem a psychoterapeutą, ale również zaangażowanie pacjenta w zadania realizowane podczas leczenia i wspólny cel terapii. Umożliwia to uczestnikom terapii rozumienie i wgląd w trudności występujące podczas trwania sesji.

Podczas tworzenia sojuszu terapeutycznego (1) niezwykle ważne są czynniki związane z osobą psychoterapeuty, a nie sam nurt psychoterapii, w którym pracuje terapeuta. Najistotniejszym czynnikiem jest dysponowanie przez psychoterapeutę umiejętnościami wyrażania empatii i wzbudzania nadziei oraz spójność zachowań terapeuty (Rogers, 1957; 2016). Badania (Bachelor, 1995) potwierdzają, że na jakość sojuszu terapeutycznego wpływają sprzyjające warunki w relacji z terapeutą oraz jego gotowość na przejęcie odpowiedzialności za swoje błędy w budowaniu przymierza terapeutycznego. Co więcej, bardzo duże znaczenie dla sojuszu i pogłębiania relacji terapeutycznej mają własne doświadczenia terapeuty z jego obiektami z przeszłości; wówczas zalecana jest psychoterapia własna (Gelso, Hayes, 2004).

Zazwyczaj w badaniu sojuszu czy też przymierza terapeutycznego wyodrębnia się kilka zmiennych (Gaston, 1990). Należą do nich: zdolność pacjenta do pracy zorientowanej na cel w trakcie terapii, emocjonalne odnoszenie się pacjenta do terapeuty, empatyczne zrozumienie pacjenta przez terapeutę i jego zaangażowanie w terapię oraz porozumienie między pacjentem i terapeutą w zakresie celów oraz zadań terapii (Rakowska, 2021, s. 303). Zgodnie z wnioskami opisanymi przez Rakowską (2021) istnieje pozytywny związek między oceną jakości wielowymiarowego sojuszu a poziomem redukcji zaburzeń psychicznych. Kwestia przymierza terapeutycznego (1) nie wzbudza kontrowersji – w przeciwieństwie do konfiguracji przeniesienia (2), co do której w zależności od danego nurtu występują odmienne poglądy.

O ile terapeuci analityczni są przekonani, że zjawisko przeniesienia i przeciwprzeniesienia stanowi jedno z kluczowych pojęć w psychoterapii, o tyle terapeuci humanistyczni i poznawczo-behawioralni prezentują pogląd odmienny. Charles J. Gelso i Jeffrey A. Hayes (2004) są pewni, iż przeniesienie i przeciwprzeniesienie terapeuty stanowi niezwykle ważny element każdej terapii. Przeniesienie, czyli rzutowanie przez pacjenta na terapeutę uczuć przeżywanych w relacji z innymi ważnymi dla niego osobami z przeszłości, nie jest czynnikiem leczącym w samym sobie, ale dostarcza materiału do klaryfikacji i interpretacji (Czabała, 2013). Praktycznie, już od pierwszej sesji zachodzą oba zjawiska i określa się je mianem przeniesienia i przeciwprzeniesienia wstępnego (Gelso, Hayes, 2004). Występują one wówczas, gdy pacjent i terapeuta wchodzi z sobą w relację i doświadczają uczuć oraz wzajemnych oczekiwań wobec siebie. Szczególne znaczenie mają wyobrażenia zarówno pacjenta, jak i terapeuty, którzy rozpoczynają współpracę.

Warto zwrócić uwagę na to, że zwolennicy terapii analitycznej podnoszą, iż zjawiska te są niezwykle ważne w procesie leczenia. Jednocześnie wskazują, że przeniesienie oraz przeciwprzeniesienie mogą być również czymś neutralnym lub nawet destrukcyjnym dla jakości procesu terapeutycznego. Wszystko zależy bowiem od ich natury, kierunku, wartościowania i przekonań terapeuty (wyznaniowych, religijnych, moralnych, etycznych). Z kolei terapeuci humanistyczni oraz poznawczo-behawioralni są zdania, że w relacji terapeutycznej kwestia przeniesienia i przeciwprzeniesienia nie jest istotna. Tym samym powstaje teoretyczny spór o to, który z przedstawionych poglądów jest prawidłowy. Okazuje się, że na tak postawione pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi.

Sposób, w jaki terapeuta traktuje przeniesienie, zależy od nurtu psychoterapii, w którym pracuje, zgłoszonego przez pacjenta problemu (oraz jego nasilenia) czy też od praktycznych warunków terapii (ograniczenia czasowe). Oczywiście jest bowiem, że psychoterapia będzie skuteczna, nawet jeśli psychoterapeuta nie zajmuje się zjawiskiem przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Przykładowo, Rogers i inni terapeuci zorientowani na osobę (za: Gelso, Hayes, 2004) dostrzegali czynnik leczący w relacji terapeutycznej, ale nie dokonywali analizy przeniesienia, podobnie zresztą, jak terapeuci poznawczo-behawioralni. Wyniki badań (Lambert, Bergin, 1992) z kolei potwierdzają skuteczność ich metod leczenia (bez pracy nad przeniesieniem i przeciwprzeniesieniem). Jednakże bez względu na nurt psychoterapii terapeuci wyrażają wspólny pogląd, iż pomimo odpowiedniego sposobu leczenia (zgodnie z zasadami obowiązującymi w danym nurcie) zazwyczaj występują trudności w relacji terapeutycznej. Prawdopodobnie ma to związek z nieprzepracowanymi reakcjami przeniesienia, o czym świadczą kolejne badania (Hill, Nutt-Williams, Heaton, Thompson, Rhodes, 1996). Autorzy badań wykazali, iż nieporozumienia oraz impasy utrudniające postępy w psychoterapii mają związek z przeniesieniem (za: Gelso, Hayes, 2004). Ponadto w badaniach kontrolnych po zakończeniu psychoterapii trudności mające swe źródło w prze-

niesieniu były zauważalne zarówno u terapeuty, jak i u pacjenta, bez względu na przyjętą orientację teoretyczną w leczeniu (Rhodes, Hill, Thompson, Elliot, 1994; Hill i in., 1996).

Wydaje się zatem, że, po pierwsze, nie wszyscy psychoterapeuci określają trudności w terapii mianem przeniesienia i przeciwprzeniesienia, jednakże obserwują ich występowanie w swojej relacji z pacjentem i mają ich świadomość. Po drugie, psychoterapeuci ogólnie dążą do poprawy zdrowia swojego pacjenta za pośrednictwem werbalnego i niewerbalnego sposobu komunikowania się z nim. Psychoterapeuta jest uważny (a przynajmniej powinien) i stara się nawet tonem głosu wpływać na jakość sesji (nawet jeśli jest to terapia skupiona wyłącznie na behawioralnej modyfikacji destrukcyjnych zachowań).

Trzecim i ostatnim elementem relacji terapeutycznej jest wspomniana wcześniej rzeczywista konfiguracja pacjent – terapeuta (3). Pojęcie rzeczywistej relacji w terapii początkowo zawierało liczne niejasności i wzbudzało wiele kontrowersji wśród badaczy. Wydaje się, iż teoria autorstwa Gelsa i Carter (1994) zawiera najwięcej elementów składowych pozwalających na uszczegółowienie omawianego pojęcia. Chodzi tutaj przede wszystkim o prawdziwość oraz realistyczne spostrzeżenia i reakcje. Realistyczność w spostrzeganiu i reagowaniu rozumiana jest jako spotkanie pacjenta z terapeutą bez zakłóceń w postaci przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Prawdziwość w relacji terapeutycznej stanowi z kolei zdolność i chęć bycia w relacji tym, kim się jest. Koncepcja ta okazuje się szczególnie popularna w nurcie psychoterapii humanistycznej.

Przegląd różnych koncepcji na temat relacji terapeutycznej wskazuje, iż nieustannie występują spory w poglądach dotyczących tego, co jest ważne w relacji pacjent – terapeuta. Każdy nurt terapii ma swoje argumenty i kontrargumenty poparte badaniami empirycznymi. Można przy tym założyć, że przedstawiciele wszystkich podstawowych kierunków psychoterapii doceniają znaczenie relacji terapeutycznej w procesie leczenia.

Wspomnianą wcześniej różnicę poglądów na temat zakresu wpływu relacji pacjent – terapeuta warto uzupełnić o bardzo ważny aspekt – cechy pacjenta, który rozpoczyna leczenie. Ważne jest, aby przyjrzeć się oddziaływaniom i zasadom, które mogą posłużyć terapeutom ze wszystkich podstawowych nurtów psychoterapii. Chodzi tutaj o takie badania, których poszukiwania wykraczają poza „mit uniformizmu pacjenta”, a więc twierdzenia, że wszyscy pacjenci potrzebują tych samych rzeczy (Kiesler, 1966). Okazuje się bowiem, iż pacjenci z określonymi cechami czują się lepiej niż inni w pewnych formach terapii (Cooper, 2010).

Badania empiryczne dowodzą, że czynnikami determinującymi zmianę terapeutyczną są sam pacjent i jego odpowiedzialność za zmianę w terapii. Barry L. Duncan i współpracownicy ujęli kwestię w następujący sposób: „[...] to klienci, a nie terapeuci, sprawiają, że terapia działa” (Duncan, Miller, Sparks,

2004, s. 12, za: Cooper, 2010). Współcześnie dowód z niniejszych analiz wydaje się oczywisty. Jednakże zanim podjęto obserwacje dotyczące psychoterapii, a w szczególności czynników leczących, takie stwierdzenie było uznawane za nieprawdziwe. Trudno w tym miejscu nie wspomnieć o wnioskach z badań Arthura C. Boharta i Karen Tallman (1999). Okazało się, iż bez względu na rodzaj psychoterapii pacjenci osiągalni podobne rezultaty. Oznacza to, że zarówno modalność, jak i zastosowane techniki terapeutyczne nie mają większego znaczenia. Głównym czynnikiem determinującym efekty terapeutyczne jest stopień, w jakim klienci mogą uczynić użytek z dostępnych im zasobów terapeutycznych (Cooper, 2010, s. 94).

Wniosek ten stanowi potwierdzenie wcześniejszych analiz przeprowadzonych przez czołowego badacza psychoterapii Michaela J. Lamberta (Lambert, Bergin, 1992; Lambert, Ogles, 2014). Zgodnie z jego badaniami około 40% zmian jest skutkiem „zmiennych związanych z klientem oraz zdarzeń pozaterapeutycznych” (Duncan i in., 2004, s. 12, za: Cooper, 2010). Ze wspomnianych dociekań wynika również, iż 30% zmian stanowi rezultat relacji terapeutycznej, a 15% zmian – rezultat oczekiwań i efekt placebo. Jedynie 15% zmian wiąże się z technikami i modelem psychoterapii. Zgodnie z wynikami badań Michaela J. Lamberta i Benjamin M. Oglesa (2014) pacjenci objęci indywidualną psychoterapią spośród wielu czynników leczących najczęściej wskazywali na: poczucie bycia zrozumianym przez terapeutę, wsparcie ze strony terapeuty, pobudzanie do osiągnięcia wglądu, uczciwość, troska i szczere zainteresowanie terapeuty.

Podsumowując dotychczasowe rozważania, należy zauważyć, iż wyniki badań skuteczności czynników leczących w procesie psychoterapii wykazały, że istnieje wiele czynników wspólnych dla wszystkich szkół psychoterapii. Oznacza to, iż psychoterapia jest skuteczna bez względu na przyjęty przez psychoterapeutę model czy też techniki leczenia. Nie występuje więc bezpośredni związek między „konkretnymi technikami psychoterapeutycznymi i rodzajami zmian w psychoterapii” (Czabała, 2013, s. 93).

W ramach integracji psychoterapii wykształcił się nurt psychoterapii integracyjnej. Wydaje się, że są dwa podstawowe powody powstania tego nurtu. Pierwszy pozostaje w związku z występowaniem wspólnych czynników dla wszystkich podejść terapeutycznych, o czym świadczą wcześniej już opisane wyniki badań. Drugim powodem stworzenia psychoterapii integracyjnej jest zjawisko występowania prób przekładania pojęć i technik jednej szkoły terapeutycznej (najczęściej psychoanalizy skupionej na wglądzie) na pojęcia i techniki innej (najczęściej terapii uczenia się skupionej głównie na działaniu). Oznacza to, że terapeuci pracujący w podejściach zorientowanych na działanie, takich jak terapia behawioralna, pracują z pacjentami w taki sposób, aby podejmowali oni aktywności zmierzające do zmiany nawyków. Z kolei terapeuci pracujący w podejściach zorientowanych na wgląd, takich jak terapia psychodynamiczna,

zachęcają swoich pacjentów do poszerzania własnej świadomości poprzez próby zrozumienia tego, co jest dla nich nieświadome. Coraz częściej podkreśla się jednak, że najdłużej utrzymują się efekty, które w procesie leczenia terapeutycznego zawierają zarówno elementy pogłębionego zrozumienia siebie, jak i elementy zmian zachowania oraz reagowania w codziennym funkcjonowaniu.

Istotne w dyskusji dotyczącej integracji terapii było wydanie przez Perry'ego Londona (1964) ważnej pracy, w której został przedstawiony postulat połączenia dwóch odmiennych podejść w psychoterapii (Stricker, 2017). Pierwszą próbą połączenia omawianych podejść była terapia multimodalna (*multimodal therapy*) Arnolda A. Lazarusa (Lazarus, 1976) określana przez niego mianem eklektyzmu technicznego (nie psychoterapii integracyjnej). Terapia multimodalna została stworzona głównie na podstawie teorii społecznego uczenia się i zawiera techniki różnych podejść, w szczególności techniki terapii behawioralnej. Wykształciła wiodący schemat zwany BASIC-ID, jako skrót nazw obszarów funkcjonowania człowieka: zachowanie (*behavior*), uczucie (*affect*), doznania fizyczne (*sensation*), wyobrażenia (*imagery*), przekonania (*cognition*), funkcjonowanie interpersonalne (*interpersonal interactions*) oraz funkcjonowanie na skutek przyjmowania leków czy też biologicznych uwarunkowań pacjenta (*drugs and biology*) (Stricker, 2017).

Kilka lat później Aaron T. Beck (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) stworzył pierwszy wyczerpujący system teoretycznej integracji podejść terapeutycznych, który zwany jest terapią poznawczo-behawioralną (CBT). Współcześnie, co należy podkreślić, CBT jest postrzegana jako oddzielne podejście psychoterapeutyczne, a nie psychoterapia integracyjna. Ciekawym zjawiskiem jest fakt, że wielu „zwolenników integracji postrzega CBT jako jedną z podstawowych szkół psychoterapeutycznych i dąży do zintegrowania jej elementów z innymi podejściami” (Stricker, 2017).

Kolejnym znaczącym etapem tworzenia teoretycznych podstaw psychoterapii integracyjnej (po eklektyzmie technicznym Lazarusa) było powstanie koncepcji Larry'ego E. Beutlera (Beutler, Clarkin, 1990). Koncepcja ta została nazwana psychoterapią preskryptywną, a jej celem jest dopasowanie leczenia do konkretnych potrzeb pacjenta z uwzględnieniem różnic kulturowych. Z kolei Stanley B. Messer (1992) zainicjował, w ramach integracji psychoterapii, integrację asymilacyjną zwaną również asymilacyjną psychodynamiczną integracją psychoterapii (Gold, Stricker, 2001, za: Dołęga, Kita, 2021).

Reasumując, można przyjąć, iż w psychoterapii integracyjnej nie ma jednej, sztywnej teorii, która opisywałaby jej znaczenie. Można też mówić o metateorii, która wymaga od psychoterapeutów otwartości i elastyczności w myśleniu, rozumieniu i tworzeniu procesu psychoterapeutycznego. Zamykanie się w ramach wyłącznie jednej szkoły psychoterapii staje się bowiem coraz trudniejsze, chociażby z uwagi na wspomniany łatwiejszy dostęp do szkoleń, metod i technik

leczenia różnych zaburzeń. W prawie każdym z wiodących podejść psychoterapeutycznych oferuje się przecież wartościowe metody rozumienia i leczenia problemów pacjentów.

Jedną z prymarnych koncepcji psychoterapii integracyjnej, które powstały w Polsce, stanowi koncepcja stworzona przez Jerzego Mellibrudę. Podkreślał on, że istotnym wkładem psychoterapeutów dążących do integracji psychoterapii jest badanie i odkrywanie, jak cenne może być sięganie do różnych perspektyw rozumienia człowieka oraz jego problemów bez rozstrzygania, która z psychoterapii okaże się najlepsza i powinna wszystkich obowiązywać (Mellibruda, 2011). W dalszej części opracowania tematem wiodącym będzie właśnie wspomniana koncepcja.

1.3. Koncepcja psychoterapii integracyjnej według Jerzego Mellibrudy

Wiele problemów zgłaszanych przez pacjentów wynika z ich wcześniejszych doświadczeń życiowych oraz sytuacji zakorzenionych w psychice. Bez względu na nurt, w jaki wpisuje się dana szkoła, istnieje wspólny pogląd, iż problemy najczęściej powstają na skutek utrwalania się doświadczeń osobistych pełnych bólu i cierpienia.

W psychologii, psychiatrii czy też w psychoterapii zamiast słowa „cierpienie” używa się określeń, takich jak: „zaburzenia emocjonalne”, „trauma”, „negatywne doznania lękowe”, „stres”. Jest to związane z ogólną tendencją do lokalizowania cierpienia głównie w sferze zjawisk emocjonalnych, a nie w sferze wartości i duchowych aspektów ludzkiego życia (Mellibruda, 2011). Zgodnie z teorią psychoterapii integracyjnej w ujęciu Mellibrudy redukcja ludzkiego cierpienia wyłącznie do przykrego stanu emocjonalnego znacznie ogranicza możliwości zrozumienia jego istoty, a tym samym pomagania. W integracyjnym podejściu akcentuje się przede wszystkim **proces doświadczania** lub **doświadczenia subiektywnej rzeczywistości pacjenta**.

W ujęciu psychoterapii integracyjnej Mellibrudy zazwyczaj podejmuje się próby zrozumienia cierpienia poprzez integrację kilku perspektyw: (1) poznawczej (umysłowej), (2) emocjonalnej, (3) społeczno-kulturowej, (4) somatycznej oraz (5) moralno-duchowej (Mellibruda, 2011).

Perspektywa poznawcza (1) angażuje wyłącznie umysł w doświadczaniu cierpienia (głównie przez procesy poznawcze). Tutaj dokonuje się analizy przekonań czy też sposobu myślenia, wyobrażania, fantazjowania pacjenta w powiązaniu z przykrymi dla niego stanami emocjonalnymi. Cierpienie z tej perspektywy jest rozumiane jako niezmienny sposób myślenia i wyobrażania, który został utrwalony doświadczeniami z przeszłości. Mogą to być wydarzenia traumatyczne,

których obrazy uporczywie powracają, lub też silne autodestrukcyjne przekonania na swój temat bądź katastroficzne wyobrażenia związane z przyszłością.

Perspektywa emocjonalna (2) pozwala z kolei na początkową, najbardziej widoczną analizę cierpienia. Emocje, takie jak lęk, gniew, smutek, poczucie pustki czy też wstręt, stanowią dowód cierpienia. Spojrzenie na cierpienie pacjenta z perspektywy społeczno-kulturowej (3), poza perspektywą poznawczą i emocjonalną, pozwala terapeutce zobaczyć pacjenta w kontekście norm, zasad czy też przekazów kulturowych. Sprawianie bólu i cierpienia ludziom jest przeważnie potępiane przez społeczeństwo. W celu ochrony przed cierpieniem istnieją ośrodki interwencji, poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz wszelkie instytucje stojące na straży porządku prawnego. Cierpienie osoby doświadczającej samotności nabiera zupełnie innego znaczenia, bardziej bolesnego niż doświadczanie cierpienia przez osoby objęte „pomocą instytucjonalną”. Z kolei perspektywa somatyczna (4) umożliwia terapeutce szybsze dotarcie do cierpienia aniżeli perspektywa poznawcza czy też społeczno-kulturowa. Jest to spowodowane przede wszystkim trudnościami pacjentów w docieraniu do własnych myśli, przekonań lub wglądu. Ciało przez swój ścisły związek z umysłem pozwala zarówno pacjentowi, jak i terapeutce zaobserwować, że u podstaw odczuwania bólu pojawiają się myśli, przekonania czy też wyobrażenia i wspomnienia pacjenta.

Ostatnią wymienioną perspektywą doświadczania cierpienia jest perspektywa moralno-duchowa (5). Zawiera ona takie elementy, jak wyznawane wartości, religia, wierzenia, przekonania na temat życia i umierania. Zawiera również elementy poczucia sensu cierpienia i bólu za życia oraz nadziei na zbawienie po śmierci. Trudne sytuacje życiowe, doświadczanie przemocy, samotności, poniżania oraz winy i wstydu u wielu ludzi wzbudzają poczucie lęku, a nawet przerażenia. Rozpaczliwie poszukują oni wówczas dla siebie ulgi, która może być destrukcyjna. U osób takich mogą pojawić się myśli i próby samobójcze, uzależnienia chemiczne lub behawioralne; osoby takie mogą wykazywać tendencje do przystępowania do sekt religijnych czy grup przestępczych.

W omawianej koncepcji uznaje się, iż wymienione perspektywy rozumienia cierpienia są rzadko dostępne bezpośredniej świadomości pacjenta. Jest to spowodowane tym, iż osoby cierpiące skupiają swą uwagę głównie na wybranych dolegliwościach, z pominięciem pozostałych. Zadaniem psychoterapeuty integracyjnego jest nie tylko pomaganie pacjentowi w radzeniu sobie z cierpieniem, ale również pomaganie w docieraniu do źródeł jego powstawania i utrwalania.

W niektórych podejściach uwaga skupia się na teraźniejszości i leczeniu objawów bez docierania do śladów z przeszłości, w innych z kolei stwarza się pacjentowi warunki do wglądu i głębszego rozumienia tego, co nieświadome.

Trudno nie zgodzić się z przekonaniem Mellibrudy, iż w obrębie tradycyjnych nurtów psychoterapii, o których była wcześniej mowa, nadrzędnym celem jest co prawda udzielenie pomocy psychologicznej osobie cierpiącej, ale czasem można odnieść wrażenie, że sposoby praktykowane w poszczególnych modalnościach uzyskują specyficzną autonomię i stają się ważniejsze niż sam cel. Według Mellibrudy (2011) praca psychoterapeutów często jest określana jako „uprawianie psychoterapii w podejściu...” (s. 26), co można zrozumieć jako zobowiązanie, by nadrzędną wartością były reguły i koncepcje, obowiązujące w obrębie danej szkoły. Tymczasem głównymi priorytetami psychoterapii powinny być: poszukiwanie możliwości pomagania w zmniejszaniu przyczyn cierpienia, zwiększanie odporności na cierpienia, których nie można uniknąć, oraz zwiększanie zdolności do satysfakcjonującego życia (Mellibruda, 2011, s. 27). Powstaje zasadnicze pytanie: Na czym właściwie polega psychoterapia integracyjna w ujęciu Mellibrudy?

Ogólnie, psychoterapia integracyjna w ujęciu Mellibrudy, podobnie jak w przypadku innych modalności/koncepcji integracji, koncentruje się na rozpoznawaniu źródeł powstawania problemów i zaburzeń psychicznych oraz sposobach i możliwościach ich zmiany za pomocą psychoterapii. Odbywa się to za pośrednictwem analizy dwóch ważnych tzw. zbiorów, z których powstały problemy pacjenta. Pierwszym zbiorem jest występowanie utrwalonych form organizacji psychiki, które utrudniają pacjentowi czerpanie satysfakcji z życia. Drugim zbiorem są deficyty zdolności i umiejętności niezbędnych do radzenia sobie przez pacjenta z jego problemami i zaburzeniami. Wspomniane utrwalone formy organizacji psychiki pacjenta Mellibruda określił jako „schematy osobiste”, a dokładniej, jako „destrukcyjne” lub „negatywne” schematy osobiste. Ich rozpoznawanie i próby zmiany stanowią bardzo ważny etap omawianej koncepcji. Jednakże ich szczegółowy opis w ujęciu Mellibrudy wraz ze źródłem jego inspiracji zostanie przedstawiony w dalszej części niniejszej dysertacji. W tym miejscu należałoby kontynuować dalszą analizę rozumienia koncepcji psychoterapii integracyjnej.

Mellibruda przyjął, iż podstawową rolę w tworzeniu osobistych schematów odgrywa proces pojawiania się i utrwalania doświadczeń osobistych we wczesnych okresach życia pacjenta. Badacz w sposób szczególny zwracał uwagę na zapisywanie się śladów doświadczeń z wczesnych okresów życia, a zwłaszcza takich doświadczeń, które były związane z traumatycznymi wydarzeniami, np. z aktami agresji, przemocą oraz zaniedbywaniem fizycznym i emocjonalnym ze strony rodziców i opiekunów oraz z trudnymi wydarzeniami w późniejszych okresach życia. Jak nietrudno zauważyć, Mellibruda w swojej koncepcji psychoterapii połączył dwa zjawiska zachodzące w procesach poznawczych pacjenta: doświadczenie osobiste (z wczesnych lat życia) oraz proces doświadczania (powtarzanie się sytuacji i relacji w różnych etapach życia). Wskazał, iż

traumatyczne doświadczenie/traumatyczne doświadczenia oraz doświadczanie trudnych sytuacji życiowych zapisują się zarówno w ciele, jak i psychice pacjenta. W szczególności wskazał na:

- doznania somatyczne i dane percepcyjne,
- treści aktywności umysłowej – myśli i wyobrażenia,
- pragnienia i stany emocjonalne,
- formy aktywności behawioralnej i relacji z otoczeniem (Mellibruda, 2011, s. 28–29).

Wyróżnione poziomy percepcji każdego człowieka wskazują po pierwsze, jak bardzo złożony i ważny jest zapis śladów doświadczania i doświadczeń, a po drugie, na złożoność procesu psychoterapii integracyjnej. W celu pomagania pacjentom w uwalnianiu się od zaburzeń i w rozwiązywaniu problemów potrzebne jest również stworzenie pacjentowi warunków i form współpracy. Mellibruda, podobnie jak Rogers, uznał, iż pacjent może rozwijać swoje zasoby właśnie w relacji terapeutycznej. Oznacza to, że największym wyzwaniem dla psychoterapii i psychoterapeuty jest możliwość uzyskiwania i utrwalania przez pacjenta korektywnych doświadczeń, m.in. poprzez interakcję z psychoterapeutą. Zgodnie z koncepcją Mellibrudy większość tego, co się dzieje w trakcie psychoterapii, jest związana z werbalną aktywnością pacjenta i terapeuty (Mellibruda, 2011, s. 29). W ujęciu psychoterapii integracyjnej psychoterapeuta powinien nie tylko uważnie słuchać wypowiedzi pacjenta, ale również w odpowiedni sposób reagować. Oczywiście, psychoterapeuta nie jest w stanie kontrolować procesu doświadczania sytuacji psychoterapeutycznych przez pacjenta i nie ma możliwości bezpośredniego wpływania na treść tych doświadczeń. Może natomiast współtworzyć wraz z pacjentem bezpieczne warunki, dzięki którym pacjent ma możliwość doświadczania korektywnych dla siebie doświadczeń. W ten sposób psychoterapeuta dąży do rekonstrukcji złożonych form organizacji funkcjonowania psychologicznego pacjenta.

Reasumując dotychczasowe ogólne rozważania na temat koncepcji Mellibrudy, można stwierdzić, że podstawę koncepcji integracyjnej stanowi przede wszystkim porządkowanie myślenia psychoterapeuty o różnych formach współpracy z pacjentem. Formy współpracy są z kolei prezentowane przez różne podejścia czy szkoły terapii.

Nasuwa się pytanie: W jaki sposób psychoterapeuta integracyjny dąży do zmiany w cierpieniu pacjenta? Mellibruda wyróżnił siedem form zwanych „ścieżkami” współpracy terapeutycznej, za których pomocą psychoterapeuta stwarza pacjentowi możliwości korektywnych doświadczeń. Odbyna się to w czasie każdego konkretnego spotkania zwanego „sesją psychoterapeutyczną”. Są to:

- 1) rozwijanie uzdrawiającej relacji terapeutycznej,
- 2) eksplorowanie wydarzeń i doświadczeń osobistych,

- 3) inicjowanie modyfikacji poznawczych i behawioralnych,
- 4) inspirowanie i wspieranie aktywności i wyborów pacjenta,
- 5) dramatyzacje wyobrażeniowe i ekspresyjne,
- 6) rozwijanie wglądu i rozumienia siebie,
- 7) rekonstruowanie narracji osobistych (Mellibruda, 2011, s. 31–32).

Relacja terapeutyczna stanowi niezwykle ważną ścieżkę w psychoterapii integracyjnej, dzięki której psychoterapeuta poprzez odpowiednie metody i techniki terapeutyczne wywiera wpływ na kształt sytuacji terapeutycznych. Jest ona fundamentem całego procesu psychoterapii, bez względu na etap leczenia.

Eksploracja terapeutyczna jest z kolei ścieżką, za której pośrednictwem psychoterapeuta pomaga pacjentowi pogłębić kontakt z utrwalonymi śladami minionych doświadczeń. Pogłębiona eksploracja stanowi bardzo poważne źródło zmian, ponieważ pacjent odkrywa obecność śladów również poprzez wyobrażeniowe (angażując w ten sposób również doznania cielesne) odtwarzanie wspomnień.

Inicjowanie modyfikacji poznawczych i behawioralnych jest ścieżką, na której psychoterapeuta inicjuje proces korygowania dysfunkcyjnych schematów poznawczych i behawioralnych głównie za pomocą bezpośrednich interwencji, ćwiczeń i treningów. Ta forma oddziaływania psychoterapeutycznego obejmuje również swym działaniem wzmacnianie adaptacyjnych przekonań, adekwatnego spostrzegania wymogów sytuacyjnych oraz umożliwia pacjentowi rozpoznawanie u siebie zachowań, które chciałby zmieniać.

Inspirowanie i wspieranie aktywności oraz wyborów pacjenta jest szczególną formą oddziaływania psychoterapeuty na proces zmiany u pacjenta. Jest to spowodowane faktem, iż znaczna część zmian pacjenta ujawnia się poza sesjami z psychoterapeutą. Jak nietrudno się domyślić, decyzje i wybory życiowe czy też sposób kontaktowania się pacjenta z innymi osobami mogą zarówno wzmacniać, jak i osłabiać oddziaływanie terapeutyczne. Psychoterapeuta zachęca pacjenta do zmian w jego życiu w taki sposób, aby pacjent mógł samodzielnie podejmować decyzje i dokonywać wyborów.

Dramatyzacje wyobrażeniowe i ekspresyjne to ścieżka, w której występuje odtwarzanie traumatycznych wydarzeń czy relacji ze znaczącymi dla pacjenta osobami. Wskutek zastosowanych konkretnych technik psychoterapeuta inicjuje i ukierunkowuje wyobrażeniowe inscenizacje. Dzięki temu pacjent ma możliwość skontaktowania się ze swoimi emocjami i przepracowania bolesnych śladów minionych doświadczeń.

Rozwijanie wglądu i rozumienia siebie jest formą współpracy terapeutycznej, w której pacjent rozpoznaje osobiste wzory myślenia i reagowania oraz rozpoznaje przyczyny własnych zachowań. Według Mellibrudy uzyskiwanie wglądu stanowi ważny, chociaż współcześnie już nie centralny aspekt procesu

psychoterapii. Praca na tej ścieżce polega na inicjowaniu i rozwijaniu samoświadomości i autorefleksji.

Ostatnią wyróżnioną przez Mellibrudę formą współpracy terapeuty z pacjentem jest rekonstruowanie narracji osobistych. Ogólnie dotyczy ona rozwijania w pacjencie umiejętności rozpoznawania i zmieniania scenariusza narracyjnego, a więc sposobu myślenia pacjenta o sobie samym. Przede wszystkim pacjenci mający problemy osobiste czy zaburzenia emocjonalne wzbudzają w sobie bolesne uczucia poprzez tworzenie wrogich dla siebie narracji. Psychoterapeuta pracując na tej ścieżce, pomaga pacjentowi rozpoznawać i dokonywać modyfikacji osobistego scenariusza narracyjnego, wyobrażeń czy też wewnętrznych dialogów.

Wyróżnione przez Mellibrudę formy współpracy terapeutycznej na różnych „ścieżkach” wskazują na kilka kwestii. Przede wszystkim uwidacznia się dynamika procesu psychoterapeutycznego między terapeutą a pacjentem. W koncepcji psychoterapii integracyjnej Mellibrudy zakłada się, iż psychoterapeuta powinien swoją wiedzę i wyobraźnię rozpoznawać i uwzględniać specyfikę dynamiki procesu terapii oraz za pomocą wyróżnionych ścieżek czy też form współpracy w odpowiedni sposób reagować. Mellibruda i jego żona Zofia Sobolewska-Mellibruda⁹ (2011) podkreślają, iż psychoterapeuta powinien dążyć do zachowania ciągłości procesu terapii: „[...] to, co dzieje się wcześniej, przygotowuje do tego, co stanie się później – to, co dzieje się później, uzyskuje znaczenie i utrwała się dzięki temu, co działo się wcześniej” (Mellibruda, 2011, s. 33).

Ponadto między opisanymi ścieżkami współpracy terapeutycznej występują znaczące powiązania, dzięki którym pacjent ma możliwość uzyskiwania doświadczeń w ciągu trwania całego procesu psychoterapii. Warto podkreślić, że żadna z siedmiu form współpracy nie musi występować oddzielnie, wręcz przeciwnie. Podczas jednej sesji psychoterapeuta może naprzemiennie z nich korzystać. Ponadto w koncepcji Mellibrudy zakłada się, iż psychoterapeuta korzysta z różnych ścieżek oddziaływania terapeutycznego bez względu na liczbę sesji.

Podczas omawiania niniejszej koncepcji psychoterapii integracyjnej wielokrotnie został użyty termin „proces”¹⁰. Istnieją ważne powody, aby rozumieć i spostrzegać psychoterapię integracyjną z perspektywy rozumienia procesu. Oznacza to, że poszczególne działania podejmowane przez terapeutę na różnych

9 Zofia Sobolewska-Mellibruda opracowała program psychoterapii grupowej dla Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) w nurcie psychoterapii integracyjnej oparty na podejściach humanistycznym i poznawczym. Warto wspomnieć, iż Sobolewska-Mellibruda opracowała jako pierwsza w Polsce obszerne rozumienie syndromu DDA (Sobolewska-Mellibruda, 2011, s. 11).

10 „Proces” na ogół odnosi się do pewnego zbioru operacji, które dają określony kształt (Reber, Reber, 2008).

ścieżkach nie powinny być traktowane jako samodzielne narzędzia powodowania zmian u pacjenta. Okazuje się bowiem, iż zastosowanie przez terapeutę określonej techniki w danym czasie trwania procesu może powodować różne skutki i spełniać różne funkcje. Dlatego podkreśla się wpływ pamięci i uważności terapeuty na treść minionych sesji i doświadczeń relacji terapeutycznej z pacjentem.

W opisywanym procesie terapeutycznym Mellibruda wyróżnił czterofazowy model procesu psychoterapii, który powstał na podstawie jego wieloletnich doświadczeń w roli psychoterapeuty oraz superwizora. W tym miejscu zostanie przedstawiona jego ogólna charakterystyka.

Czterofazowy model procesu psychoterapii

Faza I – nawiązywanie kontaktu i orientacja w problemach,

Faza II – rozpoznawanie problemowych doświadczeń i schematów,

Faza III – transformacja schematów doświadczania i relacji,

Faza IV – wdrażanie i utrwalanie zmian osobistych i kończenie współpracy (Mellibruda, 2011, s. 294–319).

W każdej z wyróżnionych faz zostały wyodrębnione poszczególne cele oraz określone pożądane efekty. W fazie I do podstawowych zadań terapeuty należą: nawiązanie kontaktu i rozwijanie relacji terapeutycznej, empatyczne rozpoznawanie aktualnego stanu, sytuacji i problemów pacjenta oraz przygotowanie pacjenta do dalszej współpracy (wyjaśnienie metody i ustalanie głównych tematów współpracy). Pożądanym ogólnym efektem fazy I procesu psychoterapii jest nawiązanie i pogłębianie konstruktywnej relacji między psychoterapeutą i pacjentem. Mellibruda zwracał szczególną uwagę na empatyczne rozumienie problemów pacjenta. Efekty pomocy w dużym stopniu zależą bowiem od nadziei pacjenta, a psychoterapeuta powinien w umiejętny sposób ją wzbudzać i podtrzymywać. Pacjent powinien odczuwać w relacji z psychoterapeutą zrozumienie i akceptację. W przeciwnym wypadku nie będzie możliwe przejście do kolejnej, II fazy terapii.

Do podstawowych celów fazy II należą: pogłębianie relacji, docieranie do śladów problemowych doświadczeń pacjenta i zwiększanie jego zdolności do kontaktowania się z procesem doświadczania, rozpoznawanie negatywnych schematów – ich genezy i aktualnego wpływu na życie pacjenta oraz rozpoznawanie i modyfikowanie schematycznych czynności umysłowych (Mellibruda, 2011, s. 297). W tej fazie psychoterapeuta za pomocą odpowiednio dobranych metod i technik stara się w coraz większym stopniu koncentrować pracę z pacjentem na różnych aspektach jego wewnętrznego świata oraz pomagać pacjentowi dotrzeć do jego utrwalonych schematycznych tendencji. Wyzwaniem dla psychoterapeuty jest bycie uważnym w rozpoznawaniu ograniczeń i powierzchowności interwencji poznawczych – powinien on w sposób szczególny zwracać uwagę na rozszczepienia i konflikty między dwoma częściami Ja pacjenta. Do pożądanych

efektów fazy II należy przede wszystkim, oprócz wzrostu zaufania do terapeuty, zwiększenie świadomości pacjenta w rozpoznawaniu schematycznych tendencji oraz zwiększenie umiejętności kontaktu z samym sobą.

Fazą III w psychoterapii integracyjnej jest transformacja schematów doświadczania i relacji. Do podstawowych celów należą: integrowanie rozdwojeń wewnętrznych i rekonstrukcja uwewnętrznionych relacji ze znaczącymi osobami, zmiana negatywnych schematów i inicjowanie związanych z tym zmian postępowania w realiach życiowych, zmiana starych i odkrywanie nowych znaczeń minionych doświadczeń i perspektyw osobistych (Mellibruda, 2011, s. 299). Psychoterapeuta w omawianej fazie kontynuuje rozpoczęte w poprzedniej fazie przepracowywanie problemowych doświadczeń i sytuacji na ścieżce dramatyzacji. Pożądanym efektem jest przede wszystkim odczuwanie przez pacjenta wpływu na własne życie, wybory i decyzje bez nadmiarowego poczucia winy, lęku i innych przykrych stanów emocjonalnych. Ponadto pacjent ma w sobie umiejętność do samoregulacji emocji.

Ostatnią IV fazą psychoterapii jest utrwalanie zmian osobistych. W tej fazie następuje również kończenie współpracy terapeutycznej. Do podstawowych celów Mellibruda zaliczył: rozpoznawanie wyzwań i wzmocnienie motywacji do zmian osobistych, utrwalenie nowego sposobu doświadczania i świadomości siebie oraz konstruktywnego nastawienia do siebie i do przyszłego życia (Mellibruda, 2011, s. 302). Ostatnim celem jest przygotowanie pacjenta do konstruktywnego zakończenia współpracy. Pożądanym efektem w fazie IV jest przede wszystkim osiągnięcie przez pacjenta umiejętności planowania zmian w dalszym jego życiu oraz świadome podejmowanie trudnych i ważnych decyzji. Zadaniem terapeuty jest również odpowiednie przygotowanie pacjenta do zakończenia współpracy. Otóż dla niektórych pacjentów ważnym źródłem problemów życiowych jest deficyt konstruktywnego przebiegu procesu oddzielania się i separacji. Proces rozstawania się z psychoterapeutą stanowi tym samym okazję do przepracowania również tych problemów.

Wyróżnione fazy psychoterapii dokonują się za pośrednictwem konkretnych metod i technik w wybranych „ścieżkach” współpracy psychoterapeutycznej. Wyraźnie widać, iż koncepcja psychoterapii integracyjnej Mellibrudy jest usystematyzowana oraz zawiera konkretne cele i pożądane rezultaty, jakie powinien osiągnąć psychoterapeuta w procesie psychoterapeutycznym.

Nietrudno nie zauważyć, iż w koncepcji psychoterapii integracyjnej Mellibrudy schematy osobiste, a dokładniej – ich transformacja, są szczególnie ważnym etapem w psychoterapii. Warto zatem przejść do ich analizy.

1.3.1. Doświadczenia człowieka a kształtowanie się schematów osobistych

Bez względu na nurt psychoterapii wartością nadrzędną jest łagodzenie cierpienia oraz zmniejszenie wpływu destrukcyjnych myśli i przekonań na pacjenta. Sam fakt istnienia wielu nurtów psychoterapii sprawia jednakże, iż w kwestii tej występuje zróżnicowanie w podejściu zarówno teoretycznym, jak i praktycznym. Przykładowo, w psychoanalizie za najważniejsze uznaje się dokonanie rekonstrukcji struktury osobowości pacjenta i uzyskanie przez niego świadomości treści nieświadomych. W psychoterapiach humanistycznych terapeuci dążą do pokonania ograniczeń w rozwoju osobowości, autonomii i realizacji celów przez pacjenta. Z kolei w podejściach psychoterapii poznawczo-behawioralnych akcentuje się przede wszystkim zmianę destrukcyjnych sposobów myślenia i działania (zachowania). Oznacza to, że istnieje ryzyko nadmiernego i sztywnego postępowania terapeuty zgodnie z przyjętą przez niego ideą danego nurtu, co z kolei może stanowić zobowiązanie do traktowania reguł i koncepcji danej szkoły jako nadrzędnej wartości (Mellibruda, 2011).

W omawianej koncepcji psychoterapii integracyjnej Mellibrudy zwraca się uwagę na występowanie u pacjentów dwóch głównych czynników, które wywołują cierpienie: utrwalonych, destrukcyjnych form organizacji psychiki (schematów) oraz deficytów w umiejętnym radzeniu sobie z problemami, które z kolei utrudniają prowadzenie satysfakcjonującego życia.

W pracy psychoterapeuty integracyjnego istotne jest zrozumienie tego, w jaki sposób powstały wskazane destrukcyjne schematy i jaką pełnią funkcję w życiu pacjenta oraz za pomocą jakich metod i technik pracy z pacjentem mogą zostać zmienione. Jak stwierdza Sobolewska-Mellibruda, całościowa strategia terapeutyczna zmierza do rozpoznania schematów, zrozumienia tendencji, które wchodzą w ich skład, i skutków ich działania oraz do stworzenia warunków do zmiany schematów (Sobolewska-Mellibruda, 2011, s. 80). Mellibruda w swojej koncepcji rozumienia psychoterapii integracyjnej i schematów osobistych korzysta przede wszystkim z inspiracji Jeffreya Younga (Young, Klosko, Weishaar, 2003).

W kontekście psychologii i psychoterapii termin „schemat” rozumie się jako każdą ogólną porządkującą zasadę, dzięki której odnajduje się podczas współpracy z pacjentem sens w jego życiowych doświadczeniach. W ramach tak ogólnej definicji schemat może być pozytywny lub negatywny, adaptacyjny lub nieadaptacyjny (Young, Klosko, Weishaar, 2014). Young wyodrębnił osiemnaście typów schematów i pogrupował je w pięć głównych obszarów:

- 1) rozłączenia i odrzucenia,
- 2) uszkodzenia autonomii i sprawności,
- 3) uszkodzenia granic osobistych,

- 4) nadmiernego skoncentrowania na innych ludziach,
- 5) nadmiernej czujności i zahamowania.

Pierwszy obszar rozłączenia i odrzucenia zawiera schematy: porzucenie i brak stabilności więzi, nieufność i podejrzenie nadużycia, deprywacja emocjonalna, niepełnowartościowość i wstyd oraz izolacja społeczna. Young (Young i in., 2014) wskazuje, iż w obszarze tym pacjent przewiduje, iż jego potrzeby bezpieczeństwa, stabilności, troski, empatii, dzielenia się uczuciami oraz akceptacji i szacunku w relacji z innymi nie zostaną w żaden sposób zaspokojone. Schematy zostały ukształtowane na skutek doświadczania relacji w rodzinie, w której dominują: dystans, izolacja, obojętność, chłód emocjonalny, odrzucenie, wycofanie, samotność oraz wybuchowość.

Kolejny obszar uszkodzenia autonomii i sprawności obejmuje schematy: zależność i niekompetencja, podatność na zagrożenia i zranienia, uwikłanie w związkach i rezygnacja z Ja, skazanie na niepowodzenia. Young wskazuje, iż pacjent ma trudność w wyrażaniu swojej zdolności do separacji, przetrwania, niezależnego funkcjonowania lub efektywnego działania, która jest skutkiem oczekiwań wobec siebie samego oraz otoczenia. Typowa rodzina pochodzenia jest uwikłana emocjonalnie, podważa wiarę w kompetencje dziecka i tym samym staje się wobec niego nadopiekuńcza (Young i in., 2014, s. 34).

Trzecim obszarem jest obszar uszkodzenia granic osobistych, zawierający następujące schematy: roszczenia i przekonania o szczególnych uprawnieniach do zaspokajania potrzeb, niedostateczna samokontrola. Ogólnie obszar ten ujawnia się w przypadku pacjentów, którzy wykazują trudności w respektowaniu praw innych ludzi, współpracy z nimi, podejmowaniu zobowiązań i wyznaczaniu oraz osiąganiu osobistych celów życiowych. Jest to związane również z występowaniem deficytów wewnętrznych granic. Typowa rodzina pochodzenia charakteryzuje się permissywizmem, nadmierną pobłażliwością, brakiem nadzoru lub przekonaniem o własnej wyższości.

Obszar nadmiernego skoncentrowania na innych ludziach, jak sama nazwa wskazuje, występuje wówczas, gdy pacjent nadmiernie skupia się na cudzych pragnieniach, uczuciach i reakcjach kosztem własnych potrzeb. Jest to spowodowane silnym pragnieniem bycia akceptowanym, kochanym przez innych lub potrzebą uniknięcia zemsty czy też wrogości. W skład omawianego obszaru wchodzi następujące schematy: podporządkowanie się, poświęcanie siebie, poszukiwanie aprobaty i uznania. Typowa rodzina pochodzenia funkcjonuje na zasadzie tzw. warunkowej akceptacji. Dzieci muszą tłumić aspekty własnego Ja, np. potrzebę autonomii, w celu otrzymania miłości, uwagi i aprobaty.

Piąty obszar nadmiernej czujności i zahamowania obejmuje następujące negatywne schematy: negatywizm/pesymizm, zahamowanie emocjonalne, nadmierne wymagania/nadmierny krytycyzm oraz bezwzględna surowość. Cechą charakterystyczną wyróżnionych schematów jest nadmierne skoncentrowanie

się na tłumieniu spontanicznych uczuć, impulsów i wyborów lub przestrzeganie sztywnych zasad i oczekiwań ze strony innych. Typowa rodzina pochodzenia jest wymagająca, zamartwiająca się i niekiedy nadmiernie karząca (Mellibruda, 2011; Young i in., 2014).

Pacjenci zgłaszający się na psychoterapię często doświadczali w dzieciństwie przykrych i trudnych sytuacji, w których wyniku wytworzyły się u nich destrukcyjne i dezadaptacyjne schematy osobowościowe. Schematy takie zazwyczaj powstają w dzieciństwie, jednakże mogą kształtować się w życiu dorosłym, np. na skutek doświadczania wieloletniej przemocy w związku czy też na skutek współzależnienia.

Mellibruda (2011), tworząc własną koncepcję psychoterapii integracyjnej, poszukiwał właśnie takiego podziału schematów, który odpowiadałby jego teorii o wpływie wczesnego dzieciństwa na kształtowanie się szkodliwego sposobu myślenia, doświadczania i reagowania człowieka w jego w codziennym życiu. Inspirując się rozbudowaną kategoryzacją schematów Younga (Young i in., 2003) opracował wraz z Sobolewską-Mellibrudą (2011) nieco odmienny sposób kategoryzowania i opisywania negatywnych schematów osobistych. Podzielił destrukcyjne schematy osobowościowe na dwie grupy relacyjne: relacji z samym sobą oraz relacji z innymi ludźmi.

W relacji z samym sobą Mellibruda (2011) wyróżnił następujące schematy:

- 1) atakowanie, negowanie swojej osoby i wrogość wobec siebie,
- 2) lekceważenie, zaniedbywanie i pomniejszanie ważności siebie,
- 3) natarczywe kontrolowanie i wywieranie presji na siebie,
- 4) adorowanie i wywyższanie siebie,
- 5) straszenie i przygnębianie siebie,
- 6) dezintegracja określania siebie,
- 7) inscenizowanie siebie.

Schemat atakowania, negowania siebie i wrogości wobec siebie ujawnia się w autoagresywnej postawie. Pacjent wyraża przykre myśli i zachowania wobec swojej osoby. Są to przede wszystkim myśli o samobójstwie, próby samobójcze, okaleczanie własnego ciała czy też zaburzenia odżywiania. Pacjent z tym schematem jest niezwykle surowy wobec siebie i nie toleruje nawet najmniejszych uchybień w stosunku do narzuconych sobie norm, standardów i zasad.

Lekceważenie, zaniedbywanie i pomniejszanie ważności siebie to schemat, któremu towarzyszy myślenie o bezwartościowości oraz braku wiary w swoje możliwości. Pacjent, u którego występuje taki schemat, zaniedbuje własne potrzeby, tkwiąc w przekonaniu, że nie zasługuje na lepsze traktowanie.

Natarczywe kontrolowanie i wywieranie presji na siebie ujawnia się głównie w dążeniu do perfekcjonizmu. Pacjent odczuwa silne wewnętrzne nakazy prowadzące do tworzenia wygórowanych standardów postępowania, ma tendencję do krytykowania lub straszenia siebie samego. Zachowanie takie ma na celu

zredukowanie lęku przed krytyką, poczuciem wstydu i odrzuceniem przez innych. Pacjenci, którzy wykazują zachowania będące skutkiem omawianego schematu, odczuwają silne wewnętrzne pragnienie akceptacji i miłości ze strony innych osób.

Zupełnie odmiennym schematem jest kolejny destrukcyjny schemat – adoro-
wanie i wywyższanie siebie. Typowe dla tego schematu tendencje poznawcze prowadzą do powstania u pacjenta wyobrażenia, że jest wyjątkowy i wymaga szczególnego traktowania. Pacjent taki jest przekonany, iż wyróżniając się z tłumu, nie musi stosować się do obowiązujących zasad oraz reguł. Schemat ten jest szczególnie dotkliwy w sytuacji, kiedy konieczne jest okazanie empatii drugiej osobie, albowiem wysoki poziom egocentryzmu uniemożliwia takiemu pacjentowi współodczuwanie.

Straszenie i przygnębienie siebie stwarza warunki do wytwarzania poczucia bezsilności, bezradności i braku wpływu na poprawę sytuacji. Pacjent taki dotkliwie odczuwa uboczne skutki straszenia siebie w postaci napięcia w ciele, trudności z oddychaniem oraz niemożności swobodnego przemieszczania się i ogólnego funkcjonowania. Nieustannie doświadcza niepokoju, wyczerpania psychofizycznego oraz wykazuje wysoki poziom czujności. W konsekwencji odczuwa również smutek, przygnębienie i nieufność wobec „zagrożającego mu” świata.

Dezintegracja określania siebie jest schematem, który w szczególny sposób utrudnia pacjentowi spójne myślenie na swój temat. Chaos i dezorganizacja w relacji z samym sobą są skutkiem braku stałych, wewnętrznych punktów oparcia w sobie. Pacjent odczuwa silne wewnętrzne konflikty, które z kolei przyczyniają się do wybuchów gniewu, zazdrości, rozpacz, poczucia winy czy też poczucia krzywdy. Osoba z tym schematem ma skłonność do wykazywania nieprzewidywalnych zachowań: od gniewu do miłości.

Ostatni z wyróżnionych przez Mellibrudę (2011) schemat inscenizowania siebie ujawnia się w tendencjach koncentrowania własnej uwagi na reakcjach innych ludzi. Reakcje innych ludzi są traktowane przez pacjenta jako źródło własnej wartości oraz tożsamości, a jego samopoczucie jest silnie zależne od rodzaju (pozytywnego lub negatywnego) reagowania drugiej osoby. Pacjent z tym schematem wzbudza reagowanie emocjonalne osoby, z którą przebywa w kontakcie, i czyni usilne starania, aby były to pozytywne reakcje. Aby doprowadzić do takiej reakcji, manipuluje, dramatyzuje i wywiera na innych silny wpływ. Typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają przekonanie o własnej zależności od innych. W konsekwencji często prowadzi to do powierzchownego kontaktu z samym sobą.

Drugą grupę destrukcyjnych schematów, ale w relacji z innymi ludźmi, tworzą następujące schematy:

- 1) atakowanie i negowanie innych,

- 2) przyzwalanie sobie na złe traktowanie przez innych i bezbronność wobec krzywdzenia,
- 3) podporządkowywanie się innym i uzależnianie od innych,
- 4) manipulowanie innymi i eksploatowanie ich,
- 5) unikanie i wycofywanie się,
- 6) dominowanie i kontrolowanie,
- 7) ambiwalentne relacje i postawy wobec innych.

Atakowanie i negowanie innych jest schematem tworzącym agresywną postawę wobec osób trzecich – pacjent taki jest przy tym przekonany, że to inne osoby wykazują wobec niego negatywne postawy. Schematowi temu często towarzyszą tendencje behawioralne w postaci wyrażania gniewu, zazdrości czy też pogardy. Pacjenci tacy są najczęściej agresywni i stosują przemoc wobec innych.

Przeciwieństwem opisanego schematu jest destrukcyjny schemat przyzwalania na złe traktowanie przez innych i bezbronność wobec krzywdzenia. Schemat ten jest charakterystyczny dla osób, które wykazują bezradność w sytuacji złego traktowania. Występują w tym schemacie silne mechanizmy podtrzymujące przyzwalanie na złe traktowanie, jak np. usprawiedliwianie osoby, która krzywdzi. Co więcej, pacjent taki ma silne przekonanie, iż zasługuje na złe traktowanie ponieważ „taki jest jego los”. Nie oznacza to, iż osoba z tym schematem nie odczuwa emocji gniewu, jest wręcz przeciwnie. Każda emocja, która mogłaby się przyczynić do działania na rzecz zmiany kluczowego przekonania, jest jednak tłumiona.

Podporządkowywanie się innym i uzależnianie od innych wykazują osoby uległe, będące w przekonaniu, iż same sobie nie poradzą. W obawie przed odrzuceniem i utratą relacji zaniedbują własne potrzeby i skupiają się na potrzebach innych. Występuje u nich silna potrzeba akceptacji, pochwał i uwagi ze strony ważnej dla pacjenta osoby. W ten sposób u takich pacjentów tworzy się zależność własnej wartości od doceniania przez innych.

Manipulowanie innymi i eksploatowanie ich jest schematem tworzącym postawę wykorzystywania innych w celu zaspokojenia własnych potrzeb. Pacjent ma poczucie, że inne osoby powinny spełniać jego oczekiwania, ponieważ na to zasługuje. Poczuciu temu towarzyszy przekonanie o własnej wyższej wartości. Pacjenci tacy mają trudność w odczuwaniu empatii, często występuje u nich emocja gniewu zwłaszcza w sytuacjach, w których inni nie spełniają oczekiwań pacjenta.

Kolejnym wyróżnionym przez Mellibrudę (2011) destrukcyjnym schematem jest unikanie i wycofywanie się. Pacjent, który wykazuje ten rodzaj schematu, ma tendencje do reagowania nieufnością, wycofuje się i rezygnuje z kontaktów z innymi ludźmi. W psychoterapii integracyjnej zwraca się szczególną uwagę na to, czy takie wycofywanie sprawia pacjentowi cierpienie i wywołuje ból psychiczny. Jeśli pacjent cierpi, oznacza to, że potrzebuje pracy nad zmniejsze-

niem lęku przed odrzuceniem ze strony innych. Pacjenci, u których dominuje omawiany schemat, z jednej strony wycofują się z relacji, a z drugiej strony pragną bliskości.

Dominowanie i kontrolowanie jest z kolei schematem tworzącym postawę z tendencją do nadzorowania zachowań innych ludzi oraz relacji z nimi. Towarzyszy temu przekonanie o konieczności brania odpowiedzialności za innych w obawie, że dana osoba sama sobie nie poradzi i należy ją ratować, doradzać jej czy też ją wyręczać. Pacjent taki doświadcza nadmiarowego lęku i nie ma zaufania do innych ani otaczającego go świata.

Ostatni schemat wyraża się w ambiwalentnej relacji i postawie wobec innych. Schemat ten tworzy postawę konfliktową i wysoce sprzeczną: przymilanie się i atakowanie, podporządkowywanie się i dominowanie czy wyrażanie zgody i zaprzeczanie. Występujące sprzeczności często stanowią źródło poczucia dezorientacji i chaosu zarówno dla samego pacjenta, jak i osób, z którymi jest w relacji.

W psychoterapii integracyjnej poszukuje się przede wszystkim takich schematów, które odgrywają dominującą rolę w powstawaniu i podtrzymywaniu zaburzeń pacjenta.

Leczenie psychoterapeutyczne odbywa się głównie za pośrednictwem werbalnej aktywności zarówno terapeuty, jak i pacjenta, przy czym w zależności od nurtu terapii przyjmuje się różne postawy terapeuty w stosunku do pacjenta. W integracyjnym modelu dostosowuje się jakość i częstotliwość werbalizacji (interwencji) terapeuty do potrzeb pacjenta. O ile w niektórych nurtach uznaje się, że sama werbalizacja jest wystarczająca, o tyle w podejściu integracyjnym przyjmuje się tezę, iż w zależności od siły ugruntowania destrukcyjnych schematów sam wgląd w schematy i omawianie ich w obecności terapeuty są niewystarczające. Wówczas, zgodnie z ideą integracji terapii, terapeuta wprowadza takie metody i techniki z innych szkół terapii, które w bardziej intensywny sposób pozwolą pacjentowi dotrzeć do własnych doświadczeń. Dzięki temu istnieje większa szansa na dokonanie korekty czy też modyfikacji śladów z przeszłości.

Dokonując ogólnej analizy wyróżnionych grup relacyjnych, ważne jest omówienie istoty i znaczenia wspomnianego podziału schematów.

W psychoterapii integracyjnej w ujęciu Mellibrudy akcentuje się ideę, zgodnie z którą powinno się zastępować archaiczną kategorię: „obraz własnej osoby” kategorią bardziej dynamiczną: „określanie siebie”. Według Mellibrudy kategoria „określanie siebie” akcentuje znaczenie aktywności umysłowej i aktywizuje schematycznie utrwalone sądy i oceny dotyczące własnej osoby. Ponadto wzbudza stany emocjonalne związane z ich treścią (Mellibruda, 2011, s. 68). Co więcej, schematy kształtują nie tylko „obraz własnej osoby”, ale przede wszystkim „relację z samym sobą”, co zresztą uwidacznia się w dokonanym wcześniej opisie kategoryzacji schematów w ujęciu Younga (Young i in., 2014). Niewątpliwie fun-

damenty przekonań na swój temat i na temat tworzenia się narracji są skutkiem występowania dwóch intensywnych procesów w okresie wczesnego dzieciństwa.

Pierwszy proces to wysłuchiwanie przez dziecko od rodziców lub opiekunów przekazów oceniających na swój temat. W ten sposób następuje uwewnętrznianie i utrwalanie własnych przekonań o sobie, np. „jestem słaby”.

Proces drugi to interpretowanie przez dziecko interakcji, jakie zachodzą między jego rodzicami/opiekunami w taki sposób, że uznaje siebie za odpowiedzialnego za zachowania dorosłych oraz za wydarzenia w rodzinie. Interpretacje utrwalają się w postaci ważnych przekonań na swój temat, np. „muszę ustępować innym, aby mnie nie odrzucali”.

Kolejnym ważnym obszarem funkcjonowania człowieka są, szerzej tu już omówione (s. 37) jako element kształtowania się schematów osobistych, relacje z innymi. Mellibruda (2011) stwierdził, że proces kształtowania się schematów w relacji z innymi dokonuje się za pośrednictwem różnych form aktywności poznawczych i behawioralnych, np. a) postrzegania i rozumienia intencji innych, b) wyobrażania sobie przyszłych zachowań i postaw innych ludzi wobec własnej osoby, c) wyobrażania sobie własnych zachowań wobec innych czy też d) behawioralnych sposobów reagowania wobec innych.

Podsumowując, utrwalone przekonania (tendencje) na swój temat wzmacniają przekonania na temat relacji z innymi (reakcji). Oznacza to, że mogą współwystępować czy też nakładać się na siebie. Ponadto utrwalone schematyczne tendencje do myślenia, odczuwania i reagowania są źródłem powstawania często nadmiarowych, irracjonalnych i nieadekwatnych do sytuacji reakcji. Świadczy to o tym, iż pojawiające się myśli, uczucia i zachowania są w większym stopniu kształtowane przez ślady pamięciowe z przeszłości aniżeli przez sytuacje obecne w życiu człowieka. Uświadamianie pacjentowi występowania automatycznych schematycznych tendencji jest bardzo ważnym etapem w leczeniu zaburzeń. Tworzą one bowiem ograniczenia dla świadomej regulacji emocji, kontroli destrukcyjnych i wyniszczających myśli oraz konstruktywnych wyborów i decyzji. Warto wspomnieć o jeszcze jednej kwestii. Otóż, jak można zauważyć, w dokonanej analizie schematyczne tendencje ujawniają się na różnych poziomach organizacji psychicznej człowieka – poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym. Dlatego należałoby przyjąć, iż destrukcyjne schematy osobiste są złożonymi mechanizmami, które wymagają – we współpracy terapeutycznej – transformacji za pomocą różnych metod i technik w konkretnych ścieżkach i etapach psychoterapii.

Na ścieżce rozwijania uzdrawiającej relacji terapeutycznej następuje doświadczanie przez pacjenta osoby terapeuty, który koryguje skutki często destrukcyjnych relacji z ważnymi dla pacjenta osobami. Psychoterapeuta wywiera silny wpływ nie tyle na samego pacjenta, ile raczej na sytuacje podczas trwania sesji –

a więc stwarza wspomniane wcześniej warunki doświadczania przez pacjenta zmiany. Zazwyczaj odbywa się to z wykorzystywaniem przez psychoterapeutę integracyjnego różnych metod i technik terapeutycznych.

Na ścieżce eksplorowania wydarzeń i doświadczeń osobistych terapeuty integracyjny wykazuje postawę autentyczną, nieoceniającą i empatyczną wobec pacjenta. Jednocześnie terapeuta jest uważny na ton głosu, mowę ciała i reakcje emocjonalne powstałe na skutek reaktywowania śladów pamięciowych. Jest to bardzo istotny moment leczenia pacjenta również z medycznego punktu widzenia. Pacjent za pomocą sytuacji wywołanych przez terapeuta pobudza działanie układu limbicznego, a w szczególności – ciała migdałowate, które jest odpowiedzialne za pamięć emocjonalną, oraz hipokamp, który z kolei jest odpowiedzialny za tzw. pamięć deklaratywną¹¹.

Podczas transformacji schematycznych tendencji na „ścieżce”: inicjowanie modyfikacji poznawczych i behawioralnych terapeuty integracyjny stwarza takie warunki, aby pacjent samodzielnie nauczył się rozpoznawać i zmieniać patologiczne sposoby myślenia i reagowania. Psychoterapeuta podejmuje wraz z pacjentem niezbędne działania interwencyjne, ćwiczenia lub treningi, aby poza gabinetem pacjent odczuwał mniejszy lęk, mógł lepiej i spokojniej oddychać czy też z większą odwagą wyrażać i zaspokajać swoje potrzeby. Psychoterapeuta integracyjny z pełną uważnością i dbałością o komfort psychiczny pacjenta inicjuje wyłącznie takie działania, z których pacjent w danym momencie jest w stanie skorzystać. Niezwykle ważne jest, aby psychoterapeuta nie decydował za swojego pacjenta, jaka powinna być kolejność dokonywanych wyborów, wyborów bowiem musi dokonać pacjent.

Podejmowane i dokonywane przez pacjenta wybory oraz decyzje mogą wzmacniać lub osłabiać zmiany w procesie psychoterapii. Podczas trwania sesji psychoterapeuta integracyjny zachęca pacjenta do dokonania zmian, a w sytuacji niepowodzenia przyjmuje postawę akceptującą, wspierającą oraz pomaga pacjentowi zrozumieć, z jakiego powodu nie mógł on dokonać danego wyboru czy też podjąć danego działania lub decyzji.

Praca z pacjentem polegająca wyłącznie na analizie poznawczej i behawioralnej jest jednak często niewystarczająca. Destrukcyjne kluczowe przekonania, automatyczne myśli oraz cechy osobowości pacjenta mogą sprawić, że mimo oddziaływań terapeutycznych pacjent nadal cierpi. Wówczas skuteczna może być praca nad przywoływaniem traumatycznych wydarzeń z przeszłości i przepracowywanie ich. Jest to kolejna forma współpracy terapeuty integracyjnego z pacjentem. Została ona określona przez Mellibrudę (2011) jako dramatyzacje wyobrażeniowe i ekspresyjne.

11 Pamięć deklaratywna jest pamięcią faktów, zdarzeń i sytuacji.

Dramatyzacje wyobrażeniowe i ekspresyjne przyczyniają się do pogłębiania kontaktu z emocjami. Jest to wymagająca dla psychoterapeuty i pacjenta forma współpracy, jednakże pozwala ona przepracować traumatyczne wydarzenia i relacje ze znaczącymi osobami na głębszym, często nieświadomym dla pacjenta poziomie umysłu.

Rozwijanie wglądu i rozumienia siebie polegające na nauce rozpoznawania przez pacjenta własnych wzorów, sposobów myślenia i reagowania jest w procesie psychoterapii integracyjnej niezwykle istotne. Ma to silny związek z oddziaływaniem terapeuty na pacjenta, który w toku procesu terapeutycznego powinien zwiększać swoją samoświadomość i autorefleksję.

Każda ze wspomnianych do tej pory form współpracy terapeuty integracyjnego z pacjentem prowadzi ostatecznie do rekonstrukcji osobistej narracji pacjenta. Warto jeszcze dodać, iż wspomniana wcześniej narracja w ujęciu terapeutycznym rozumiana jest jako szczególna forma poznawczego reprezentowania i opisywania rzeczywistości (Trzebiński, 2002). To swego rodzaju centralny, a więc główny scenariusz, który obejmuje utrwalone schematy, wewnętrzne dialogi oraz wyobrażone sytuacje i scenariusze. W psychoterapii integracyjnej zwraca się szczególną uwagę na takie przejawy scenariusza narracyjnego, które w znaczący sposób przyczyniają się do powstania przykrych emocji i destrukcyjnych zachowań.

Psychoterapeuta integracyjny, podobnie zresztą jak i psychoterapeuci oddzielnych nurtów psychoterapii, zajmuje się leczeniem pacjentów, których funkcjonowanie jest utrudnione przez patologiczne zjawiska zachodzące w obrębie umysłu (nie tylko mózgu) i ciała pacjenta.

Pacjentom, którzy rozpoczynają psychoterapię, często towarzyszą bóle somatyczne, silne emocje gniewu, lęku, smutku, a także ogólne poczucie samotności i bezradności. Destrukcyjne schematy osobiste nasilają objawy psychopatologiczne i powstaje błędne koło. Często okazuje się bowiem, iż automatyczne destrukcyjne myśli i przekonania w stosunku do siebie samego oraz innych ludzi wywołują jednocześnie określone reakcje emocjonalne i behawioralne. W konsekwencji zwiększa się poziom odczuwania dolegliwości somatycznych oraz objawów psychopatologicznych.

W dalszej części niniejszej dysertacji zostanie przedstawiona szczegółowa analiza wspomnianych objawów psychopatologicznych oraz poczucia samotności. Poczucie samotności, jak wskazał Mellibruda (2011), często staje się jednym z głównych problemów pacjenta.

Rozdział 2.

Schematyczne tendencje a cierpienie pacjenta

2.1. Istota i znaczenie pojęcia samotności oraz objawów psychopatologicznych

Destrukcyjne schematy osobiste są źródłem trudności, dolegliwości, a nawet zagrożeń dla życia i zdrowia. Psychoterapeuci pracujący w nurcie integracyjnym w swojej pracy terapeutycznej skupiają się przede wszystkim na tych schematach osobistych, które stanowią główne źródła cierpienia, a więc zaburzeń i problemów, z którymi pacjent nie jest w stanie sobie poradzić w konstruktywny sposób. Pacjenci, którzy zgłaszają się na psychoterapię, zazwyczaj podświadomie przyjmowali jedną z dwóch strategii radzenia sobie z negatywnymi schematami: podporządkowania się lub przeciwstawienia się schematowi. Podporządkowanie się schematowi jest widoczne wówczas, gdy pacjent postępuje zgodnie z utrwalonymi destrukcyjnymi przekonaniami. Z kolei przeciwstawianie się schematowi przejawia się, kiedy pacjent usilnie próbuje funkcjonować w sposób przeciwny i opozycyjny wobec „głęboko” odczuwanych schematycznych tendencji. Zarówno w pierwszym, jak i w drugim wypadku strategie radzenia sobie ze schematycznymi tendencjami zazwyczaj prowadzą do powstania lub nasilenia się już występujących różnego rodzaju zaburzeń myśli, zachowań czy też nastroju. Często towarzyszy temu wspomniane wcześniej poczucie samotności i izolacji.

Istnieje wiele naukowych analiz rozumienia pojęcia samotności, począwszy od analiz filozoficznych, pedagogicznych, socjologicznych, a na analizach psychologicznych skończywszy.

Rozumienie samotności z perspektywy psychologicznej jest stosunkowo obszernie i może być rozpatrywane na wielu płaszczyznach. Wynika to z faktu, że samotność bywa generowana przez stany psychiczne człowieka, a tym samym sposoby doświadczania otaczającej rzeczywistości i reagowania na tę rzeczywistość. Oznacza to, iż samotność może przybierać różne formy. Człowiek może przeżywać samotność egzystencjalną, społeczną, emocjonalną lub może też odczuwać wszystkie wymienione rodzaje samotności. Co więcej, samotność z perspektywy psychologicznej może zawierać elementy filozofii, religii, metafizyki czy też kultury. Istnieje zatem ryzyko powstania redundacji, a więc nadmiaru

definicji, zmiennych i wskaźników, które w żaden sposób nie ułatwią ich operacjonalizacji (Dołęga, 2006, s. 55). Jak zaś stwierdza Zofia Dołęga (2006), w celu poprawnego zredukowania zbędnych teorii i czynników samotności można przyjąć trzy typy działania ze względu na czynniki: społeczny, emocjonalny oraz egzystencjalny. Czynniki społeczny samotności pozostaje w ścisłym związku z oceną jakości bieżących relacji z innymi. Czynniki emocjonalny odnosi się do oceny takich relacji, które są szczególnie ważne. Ostatni czynnik egzystencjalny pozostaje w związku z poczuciem sensu istnienia, życia i śmierci czy też przemijania (Dołęga, 2006).

Poddając analizie poczucie samotności w wymiarze psychologicznym, trudno nie wspomnieć o jej klinicznym aspekcie. Otóż zjawisko długotrwałej samotności zazwyczaj prowadzi do odczuwania przykrych emocji, takich jak lęk, złość, przygnębienie czy też smutek. Tym samym powstaje ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych i somatycznych (Zalewska, 2015).

Poczucie samotności może występować nie tylko u osób postrzeganych jako nieradzące sobie z czynnościami dnia codziennego. Może być odczuwane również przez osoby postrzegane jako silne i zaradne. Jak wykazał Ami Rokach (2018), nie występuje jedna przyczyna dominująca w doświadczeniu samotności. Poczucie samotności może bowiem pojawić się u różnych osób bez względu na płeć, rasę, status ekonomiczny czy też wykształcenie. Istotny jest raczej czas jej trwania. Wydaje się słuszne twierdzenie przywołane przez Dołęgę (2006), iż według Carolyn Cutrony (1982, za: Dołęga, 2006) samotność może przejawiać się w dwóch formach: epizodycznej oraz chronicznej.

W pierwszym przypadku, jak sama nazwa wskazuje, samotność epizodyczna jest najczęściej konsekwencją wystąpienia konkretnego zdarzenia, sytuacji czy też kontekstu. Samotność chroniczna jest, w odróżnieniu od samotności epizodycznej, samotnością trwałą lub nieustannie nawracającą.

Warto w tym miejscu wspomnieć o teoriach łączących zjawisko samotności chronicznej z samotnością charakterologiczną (Dołęga, 2006). Istotą samotności charakterologicznej są tzw. dyspozycje psychologiczne, a więc „organizacja psychicznych i fizycznych warunków właściwych dla danej jednostki, która wyraża się stałą, konsekwentną tendencją” (Reber, Reber, 2008, s. 178). O tendencjach była już mowa w niniejszej pracy podczas charakteryzowania teoretycznej analizy schematów osobowościowych. Wspomnieć jedynie należy, że istnieje wiele zamiennych terminów oddających znaczenie słowa „tendencja”, np. cecha, predyspozycja, nawyk czy też temperament. W sytuacji trudnej, która jest długotrwała i przewlekła, predyspozycje człowieka warunkują, w jakimś sensie, jakość ich przeżywania i radzenia sobie z nimi. Co więcej, samotność charakterologiczna człowieka jest jedną z głównych przyczyn wystąpienia trudności relacyjnych i towarzyskich z innymi ludźmi.

Jak stwierdza Sabina L. Zalewska (2015), wraz z długotrwałym poczuciem samotności współwystępują takie emocje, jak lęk, złość, przygnębienie czy też smutek. Z kolei im dłuższy czas ich trwania, tym większe ryzyko powstania zaburzeń emocjonalnych, psychicznych w postaci objawów psychopatologicznych. W celu określenia, czym są objawy psychopatologiczne, należałoby w pierwszej kolejności zastanowić się nad tym, co oznaczają terminy: „psychopatologia” oraz „objawy psychopatologiczne”. W literaturze z obszaru psychologii, a w szczególności w psychologii klinicznej przyjmuje się, że:

Psychopatologia jest nauką „zajmującą się tworzeniem systemów klasyfikacji zaburzeń psychicznych oraz wyjaśnianiem ich patogenetycznej podatności – stres, w którym integruje się wiedzę o biologicznej i psychologicznej podatności osoby na wystąpienie zaburzeń oraz tworzy programy leczenia sekwencyjnego, łączącego farmakoterapię z psychoterapią lub zdrowotnym poradnictwem klinicznym” (Cierpiałkowska, 2007, za: Cierpiałkowska, Sęk, red., 2020, s. 68).

Definicja ta jest tak szczegółowa, iż wydaje się podobna do definicji psychologii klinicznej. Jednocześnie łączy wiedzę z psychologii ogólnej ze wszystkimi pozostałymi paradygmatami w psychologii, które opisują i wyjaśniają etiologię zaburzeń psychicznych czy też zaburzeń zachowania człowieka. Oczywiście, istnieje również wąskie rozumienie psychopatologii jako dziedziny nauki, której przedstawiciele zajmują się nie tylko tworzeniem klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zachowania, ale również metodologią, a dokładniej wypracowują takie narzędzia statystyczne i diagnostyczne, dzięki którym klasyfikacje zaburzeń są rzetelne i trafne¹ (Cierpiałkowska, 2007, za: Cierpiałkowska, Sęk, red., 2020).

Bez względu na rozumienie pojęcia psychopatologii w szerszym lub węższym znaczeniu, sklasyfikowane w odpowiedni sposób za pomocą odpowiednich narzędzi diagnostycznych zaburzenia psychiczne² są widoczne w postaci tzw. objawów psychopatologicznych.

Objawy psychopatologiczne można rozumieć jako widoczne wskaźniki istnienia zmian w organizmie (somatyzacje) czy też w stanie umysłu (np. zaburzenia nastroju). Istnieje wiele kwestionariuszy służących diagnostyce objawów psychopatologicznych. Wyniki takich badań są wykorzystywane zarówno do oceny efektywności psychoterapii, jak i w diagnostyce zaburzeń psychicznych.

1 Rzetelność w psychometrii oznacza dokładność pomiaru, czyli wskazuje na to, w jakim stopniu wynik danego testu odzwierciedla poziom mierzonej cechy u danej osoby, a nie wpływ czynników losowych. Trafność określa z kolei, czy dany test faktycznie pełni swoją funkcję (por. Hornowska, 2017).

2 W psychologii klinicznej w celu określenia zespołu objawów używa się terminu „zaburzenie psychiczne”. W psychiatrii te same zaburzenia określa się terminem „choroba psychiczna”.

Niewątpliwie ważnym dla niniejszego opracowania jest wyszczególnienie konkretnych objawów psychopatologicznych³. Należą do nich: 1) somatyzacje, 2) natręctwa, 3) nadwrażliwość interpersonalna, 4) depresja, 5) lęk, 6) wrogość, 7) fobie, 8) myślenie paranoidalne oraz 9) psychotyczność (Derogatis, Lipman, Covi, 1973).

1. Somatyzacje (objawy cielesne) to odczuwany przez człowieka dyskomfort związany z występowaniem zaburzeń „nerwicowych”, np. bólu brzucha, trudności z oddychaniem czy też bólu mięśni. James Morrison (2016) wyróżnił kilka rodzajów problemów zgłaszanych przez pacjenta, które należy uznać za zaburzenia z objawami somatycznymi:

- objawy konwersyjne (dysfunkcja somatyczna, taka jak paraliż, ślepotą bez anatomicznego i fizjologicznego podłoża),
- przewlekłe, wielorakie objawy bez wystarczającego medycznego wyjaśnienia,
- nieustępujące dolegliwości, które nie ulegają zmniejszeniu mimo zastosowania leczenia,
- nadmierna troska o zdrowie lub wygląd ciała (Morrison, 2016, s. 278).

Zaburzenie z objawami somatycznymi (SSD)⁴ jest często niezauważalne przez pracowników służby zdrowia i pojawia się w drugiej lub na początku trzeciej dekady życia. Podłożem występowania zaburzenia mogą być czynniki zarówno genetyczne, jak i środowiskowe. Z badań wynika, że co najmniej połowa pacjentów z SSD wykazuje również objawy lękowe i afektywne (Morrison, 2016). Niestety, lekarze często rozpoznają zaburzenie lękowe lub zaburzenie nastroju bez rozpoznania ich źródła w postaci SSD. W celu dokonania diagnozy SSD wystarczy, by pacjent wyraził lęk o zdrowie w stopniu wysokim (wskazał co najmniej jeden objaw somatyczny). Nie bez znaczenia jest oczywiście czas trwania (co najmniej 6 miesięcy).

W psychoterapii integracyjnej zwraca się uwagę nie tylko na objawy występowania SSD oraz jego źródła, ale dokonuje się również diagnozy różnicowej. Okazuje się, iż SSD występuje u co najmniej jednej czwartej pacjentów z zaburzeniami związanymi z substancjami psychoaktywnymi. Wówczas konieczne jest przekierowanie pacjenta na konsultację i terapię uzależnień chemicznych. Warto wspomnieć, że wielu pacjentów cierpiących na zaburzenia z objawami somatycznymi wykazuje co najmniej jedno z zaburzeń osobowości. W szczególności SSD współwystępuje z osobowością histrioniczną, osobowością z pogranicza oraz z osobowością antyspołeczną.

2. Natręctwa (OCD)⁵ są to niechciane, uporczywe myśli (obsesje), którym często towarzyszy wykonywanie przymusowych czynności (kompulsje). Mimo że

3 Na podstawie kwestionariusza badającego ogólny stan zdrowia psychicznego: *The Symptom Checklist-90-R* (Derogatis, Cleary, 1977; Derogatis, Lipman, Covi, 1973).

4 SSD – *somatic symptom disorder*.

5 OCD – *obsessive-compulsive disorder*.

pacjent stara się im przeciwstawić, uporczywie nadal się utrzymują. Większość pacjentów przejawia zarówno obsesje, jak i kompulsje, co z kolei prowadzi do nadmiarowego uczucia lęku i strachu. Obsesje zazwyczaj występują w postaci myśli i wyobrażeń niezgodnych z systemem wartości czy też przekonań pacjenta (tzw. egodystoniczny charakter). Dlatego pacjenci bardzo cierpią i odczuwają silny lęk.

W pracy z pacjentami, u których podejrzewa się występowanie tego zaburzenia, należy zwrócić uwagę na czas występowania obsesji lub kompulsji (lub jednego i drugiego). Powinien wynosić co najmniej godzinę dziennie lub powodować ograniczanie funkcjonowania w codziennym życiu. Zaburzenie OCD jest ważne zarówno z klinicznego, jak i terapeutycznego punktu widzenia. Z badań wynika, iż dwie trzecie pacjentów doświadcza silnej depresji, a około 15% popełnia samobójstwo (Morrison, 2016, s. 225).

W psychoterapii zwraca się uwagę na dokonanie rozróżnienia między zaburzeniem OCD a osobowością obsesyjno-kompulsywną (OCPD)⁶ zwaną również osobowością anankastyczną (ICD-10)⁷. Pacjenci z samym zaburzeniem osobowości mogą nie wykazywać ani obsesji, ani kompulsji. Jednakże OCD i osobowość obsesyjno-kompulsywna mogą współwystępować. Ocenia się, że anankastyczne zaburzenie osobowości to jedno z częstszych zaburzeń osobowości w populacji ogólnej i występuje nawet u jej 7,9% (Czernikiewicz, 2017, s. 406).

W psychoterapii integracyjnej oraz w psychiatrii zwraca się szczególną uwagę na dominację obsesji lub/i kompulsji. Jeśli występuje dominacja zaburzenia, wówczas wyklucza się zaburzenie osobowości. W przypadku osobowości anankastycznej nie występują pełnoobjawowe natręctwa przez cały czas trwania zaburzenia.

3. Nadwrażliwość interpersonalna dotyczy przede wszystkim odczuć pacjenta, który w porównaniu z innymi osobami ma poczucie niższości i jest prze-wrażliwiony na słowa oraz gesty innych osób kierowane w jego stronę. Często towarzyszy mu przy tym ogólny dyskomfort. Nadwrażliwość interpersonalna jest szczególnie charakterystyczna dla zaburzeń osobowości z grupy zaburzeń zwanych wiązką C (osobowość unikająca, osobowość zależna, osobowość obsesyjno-kompulsywna). Cechą wspólną wyróżnionych osobowości są lęk, niepokój, dyskomfort oraz silna kontrola w obawie przed reakcją innej osoby. Pacjent z osobowością unikającą w obawie nie tylko przed krytyką, ale również przed poczuciem wstydu (często nieadekwatnego) niechętnie nawiązuje relacje z drugim człowiekiem. Zupełnie odmiennie funkcjonuje pacjent z osobowością

6 OCPD – *obsessive-compulsive personality disorder*.

7 W czasie, w którym powstawała niniejsza książka, jeszcze trwały prace nad nową Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-11, w której odchodzi się od sztywnego podziału na 10 typów zaburzeń osobowości.

zależną. Silna potrzeba aprobaty innych wywołuje u niego lęk przed samodzielnym podejmowaniem decyzji. Ponadto w obawie przed porzuceniem i poczuciem samotności dobrowolnie przyzwala na złe traktowanie i wykorzystywanie. Również źle znosi krytykę ze strony innych osób.

Pacjent z osobowością obsesyjno-kompulsywną charakteryzuje się perfekcjonizmem i sztywnością. Wykazuje się skrupulatnością i nadmiarowo skupia się na drobnych rzeczach. W konsekwencji wykazuje trudność w podejmowaniu decyzji, nie potrafi wyrażać uczuć ani w stosunku do siebie, ani w stosunku do innych. Jednocześnie obawia się popełniać błędy i unika krytyki ze strony innych ludzi.

4. Objawem wskazującym na depresję pacjenta jest występowanie u niego stanu obniżonego nastroju, dysforii, anhedonii, utraty zainteresowań itp.⁸. Nastrojem określa się taki stan uczuciowy, który utrzymuje się przez dłuższy czas. W konsekwencji nastrój wpływa na postrzeganie rzeczywistości oraz jakość funkcjonowania człowieka. Ustabilizowany nastrój bez cech patologicznego obniżenia lub podwyższenia określa się mianem nastroju wyrównanego (eutymicznego). Większość pacjentów, u których występuje zaburzenie nastroju, doświadcza m.in.:

- zaburzeń depresyjnych (bez epizodów manii lub hipomanii, ale z co najmniej jednym epizodem dużej depresji),
- utrwalonego zaburzenia depresyjnego (dystymii), w którym nie występują fazy podwyższonego nastroju,
- przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego,
- zaburzenia depresyjnego spowodowanego inną chorobą lub problemem zdrowotnym (zaburzenia somatyczne, neurologiczne),
- zaburzenia depresyjnego wywołanego substancją psychoaktywną/lekiem (alkohol lub inne substancje psychoaktywne mogą powodować objawy depresyjne) (Morrison, 2016).

Nastrój dysforyczny może oczywiście pojawiać się w zaburzeniach osobowości, a w szczególności osobowości z pogranicza, unikającej, zależnej oraz histrionicznej. Ponadto zaburzenie nastroju współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi, w szczególności w schizofrenii, zaburzeniach odżywiania się, zaburzeniach z objawami somatycznymi czy też zaburzeniach lękowych.

5. Kolejnym wyszczególnionym objawem psychopatologicznym jest lęk rozumiany jako przykry stan emocjonalny, który zawiera komponent psychiczny (niepokój) oraz somatyczny (tachykardia, potliwość, zawroty głowy czy drżenie ciała). Zjawisko lęku jest powszechnie przeżywanym stanem fizjologicznym zwłaszcza w sytuacjach adaptacyjnych. Jednakże lęk może być również zjawiskiem patologicznym, szczególnie w takich sytuacjach, kiedy:

8 Szczegółowy opis pytań diagnostycznych zostanie przedstawiony w dalszej części opracowania.

- jego natężenie jest nieadekwatne do bodźca (nadmiarowe przeżywanie przez pacjenta sytuacji, które nie stanowią zagrożenia),
- przeżywanie lęku znacznie się wydłuża i utrudnia wykonywanie codziennych czynności w poczuciu spokoju.

Do podstawowych rodzajów patologicznego lęku zalicza się tzw. lęk wolno płynący, lęk uogólniony, lęk paniczny oraz stanowiące odrębną naukowo i oddzielnie opisaną kategorię fobii będącą przejawem lęku najwyższego stopnia. Lęk wolno płynący to zazwyczaj długotrwale utrzymujący się lęk bez ściśle określonego zagrażającego bodźca. Lęk uogólniony (GAD)⁹ polega na stałym odczuwaniu przez pacjenta niepokoju wobec licznych czynności i sytuacji dnia codziennego. Lęk paniczny jest z kolei takim rodzajem lęku, który pojawia się nagle, szybko narasta, ale jest ograniczony w czasie. Podczas ekstremalnego nasilenia tej emocji współwystępują nasilone objawy somatyczne lęku (tzw. napad paniki). Napady lęku panicznego mogą być niespodziewane dla pacjenta lub wręcz przeciwnie – oczekiwane (antycypowane).

6. Kolejnym patologicznym obszarem jest występowanie wrogości, która objawia się irytacją, rozdrażnieniem, niekontrolowanymi wybuchami złości. Objaw ten współwystępuje zarówno z innymi objawami psychopatologicznymi, np. zaburzeniami nastroju, lęku, jak i zaburzeniami osobowości, np. osobowości z pogranicza, osobowości narcystycznej czy antyspołecznej.

7. Fobia jest nieuzasadnionym utrwalonym strachem lub lękiem wobec ściśle określonych obiektów lub sytuacji. Fobiom towarzyszą silna potrzeba unikania i tzw. zachowania zabezpieczające.

8. Myślenie paranoidalne ujawnia się w nadmiarowym i nieadekwatnym myśleniu pacjenta, iż należy zachować wyjątkową czujność, podejrzliwość i nieufność wobec otoczenia. W objawie paranoidalnym występuje również myślenie projekcyjne.

9. Ostatnim wyróżnionym spośród licznych objawów psychopatologicznych jest psychotyczność. Cechą charakterystyczną niniejszego objawu są omamy słuchowe, nadawanie i nasyłanie myśli oraz wskaźniki z obszaru schizoidalnego stylu życia (poczucie samotności oraz izolacji społecznej).

Podsumowując założenia teoretyczne oraz wskazane paradygmaty rozumienia integracji psychoterapii, psychoterapii integracyjnej w koncepcji Mellibrudy oraz poczucia samotności i objawów psychopatologicznych, należy zauważyć, że człowiek doświadczający różnych sytuacji, a także trudnych zdarzeń z dalekiej przeszłości, kształtuje w sobie predyspozycje i cechy osobowościowe, zgodnie z którymi w swoisty sposób reaguje na otaczającą go rzeczywistość. Niekiedy tendencje do przeżywania i doświadczania rzeczywistości są dla człowieka w takim stopniu bolesne, iż wymagają leczenia. Psychoterapia (bez względu na

9 GAD – *generalized anxiety disorder*.

przyjętą modalność) dzięki współpracy terapeutycznej z pacjentem/klientem nie tylko umożliwia zmianę odczuwanego cierpienia poprzez pracę nad objawem, ale również pozwala pacjentowi/klientowi dotrzeć do źródeł jego powstania.

Kolejny rozdział dotyczy *sensu stricto* analizy badawczej pacjentów, którzy zgłosili się na psychoterapię i zostali zakwalifikowani do badania nad skutecznością psychoterapii integracyjnej w modelu Jerzego Mellibrudy.

Rozdział 3.

Metodologia badań własnych

Temat niniejszej pracy dotyczy zjawiska oddziaływania psychoterapii integracyjnej, a w szczególności psychoterapii integracyjnej w modelu Jerzego Melibrudy, na zjawiska patologiczne oraz na poczucie samotności. Aby stwierdzić oddziaływanie tego zjawiska, został zastosowany eksperyment naturalny oparty na planie *quasi*-eksperymentalnym z jedną grupą badawczą oraz pomiarem początkowym i końcowym. Badania miały charakter podłużny i odbywały się w gabinecie psychoterapeutycznym z udziałem jednego psychoterapeuty w okresie nie krótszym niż dziesięć miesięcy.

Badaniem zostali objęci wyłącznie pacjenci, u których na podstawie przeprowadzonego wywiadu wykluczono objawy będące skutkiem kryzysów sytuacyjnych, tak więc udział w eksperymencie naturalnym opartym na planie *quasi*-eksperymentalnym mogły wziąć wyłącznie osoby, u których zaobserwowano trudności trwające co najmniej siedem miesięcy.

Pacjenci samodzielnie zgłaszali się do psychoterapeuty i w czasie psychoterapii nie byli objęci leczeniem farmakologicznym. W konsekwencji wykluczono wpływ środków farmakologicznych na stan zdrowia pacjentów, badaniu podlegała bowiem wyłącznie zależność psychoterapii i stanu zdrowia pacjentów. Żaden z badanych pacjentów nie był kierowany przymusowo w celu uczestnictwa w procesie psychoterapeutycznym.

Dzięki zastosowaniu planu *quasi*-eksperymentalnego możliwe było zbadanie związku specyficznego oddziaływania psychoterapii integracyjnej i indywidualnych objawów psychopatologicznych oraz poczucia samotności. Psychoterapeuta, mający profesjonalne kwalifikacje do samodzielnego stosowania psychoterapii¹, oddziaływał na intensywność objawów psychopatologicznych pacjentów oraz odczuwane przez nich poczucie samotności.

Uczestnicy badania zostali poproszeni o wypełnienie kwestionariuszy przed zastosowaniem manipulacji zmiennymi i po takim działaniu. Dzięki temu za pomocą metody ilościowej możliwe było dokonanie pomiaru różnic intensywności występowania objawów patologicznych oraz poczucia samotności przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jej zakończeniu.

1 Kwalifikacje potwierdzone posiadaniem certyfikatu psychoterapii integracyjnej nr 41 PSPI.

3.1. Cel i przedmiot badań

Celem głównym badań było zbadanie zależności psychoterapii integracyjnej i poziomu występowania objawów psychopatologicznych oraz poczucia samotności u pacjentów.

Pierwszy cel szczegółowy stanowiło zbadanie zależności psychoterapii integracyjnej i zmniejszenia poziomu występowania objawów psychopatologicznych oraz zmniejszenia poziomu poszczególnych rodzajów poczucia samotności.

Kolejnym celem szczegółowym było zbadanie współzależności poziomu występujących objawów psychopatologicznych oraz poziomu poszczególnych rodzajów samotności pacjentów objętych procesem psychoterapii integracyjnej.

Ostatni cel szczegółowy stanowiło zbadanie zależności liczby sesji i poziomu występujących objawów psychopatologicznych oraz poziomu poszczególnych rodzajów samotności u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii integracyjnej.

Przedmiotem badań były objawy psychopatologiczne oraz poczucie samotności u pacjentów objętych procesem psychoterapii integracyjnej.

3.2. Pytania i hipotezy badawcze

Biorąc pod uwagę przedstawiony cel i przedmiot badań, sformułowano następujące główne pytanie badawcze:

Jaka jest zależność psychoterapii integracyjnej i poziomu występowania objawów psychopatologicznych oraz poczucia samotności u pacjentów?

Ponadto sformułowano następujące szczegółowe pytania badawcze:

1. Czy w wyniku procesu psychoterapii integracyjnej u pacjentów zmniejsza się poziom występowania objawów psychopatologicznych oraz poziom poczucia poszczególnych rodzajów samotności, a jeżeli tak, to w jakim stopniu?
2. Czy istnieje współzależność objawów psychopatologicznych oraz poszczególnych rodzajów poczucia samotności pacjentów objętych procesem psychoterapii integracyjnej, a jeżeli tak, to jaka jest ta współzależność?
3. Czy liczba sesji w procesie psychoterapii integracyjnej pozostaje w zależności z poziomem objawów psychopatologicznych oraz poziomem poszczególnych rodzajów poczucia samotności u pacjentów po zakończeniu procesu terapeutycznego?

Biorąc pod uwagę główne pytanie badawcze, sformułowano następującą hipotezę główną:

Proces psychoterapii integracyjnej pozostaje w zależności z poziomem występowania objawów psychopatologicznych oraz poczuciem samotności u pacjentów.

Ponadto sformułowano następujące hipotezy szczegółowe:

Ad 1. W wyniku procesu psychoterapii integracyjnej u pacjentów w sposób istotny zmniejsza się poziom występowania objawów psychopatologicznych oraz poziom poszczególnych rodzajów poczucia samotności.

Ad 2. Istnieje silna dodatnia korelacja poziomu objawów psychopatologicznych oraz poziomu poszczególnych rodzajów poczucia samotności pacjentów objętych procesem psychoterapii integracyjnej.

Ad 3. Liczba sesji w procesie psychoterapii integracyjnej nie pozostaje w zależności z poziomem objawów psychopatologicznych ani poziomem poszczególnych rodzajów samotności.

Przeprowadzone badania dotyczyły oddziaływania psychoterapii na zjawiska patologiczne oraz na poczucie samotności. W celu zbadania wskazanego zjawiska został zastosowany eksperyment naturalny u osób objętych średnioterminowym leczeniem psychoterapeutycznym. W konsekwencji należało przyjąć, że podstawową zmienną niezależną jest zmienna „psychoterapia”. Kolejną zmienną niezależną jest zmienna „liczba sesji” – zmienna ta zostanie wykorzystana do analizy regresji.

Przyjęto, iż zmiennymi zależnymi jest dziewięć objawów psychopatologicznych (opisanych w podrozdziale 2.1.): somatyzacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, fobie, myślenie paranoidalne i psychotytność oraz cztery rodzaje samotności: samotność w ujęciu ogólnym, samotność społeczna, samotność emocjonalna i samotność egzystencjalna.

Poziom objawów psychopatologicznych został zbadany na podstawie *Skali klinicznych objawów psychopatologicznych* (SCL-90) Leonarda R. Derogatisa, Ronald S. Lipmana i Lino Coviego. Skala składa się z 90 stwierdzeń podzielonych na dziewięć podskal obejmujących dziewięć – przywołanych tu już – podstawowych zespołów objawów psychopatologicznych. Wyniki w poszczególnych podskalach SCL-90 mogą wynieść od 0 (brak objawu) do 4 (bardzo silny objaw). Test ma zadowalające wskaźniki rzetelności (współczynnik alfa Cronbacha dla poszczególnych skal w przedziale 0,77–0,90) i trafności zbieżnej (Derogatis, Rickels, Rock, 1976; za: Kostyla, 2017).

Poziom samotności został zbadany na podstawie *Skali badania samotności dla osób dorosłych* (SBS-ADC) autorstwa Zofii Dołęgi. Skala składa się z 36 stwierdzeń – każdemu ze stwierdzeń przyporządkowane są cztery możliwe odpowiedzi: „Zgadzam się całkowicie”, „Raczej się zgadzam”, „Raczej się nie zgadzam”, „Całkowicie się nie zgadzam”. Odpowiedzi mierzone są w skalach od 1 do 4 punktów, tak więc łączny wynik może wynieść od 36 do 144 punktów. Na poczucie samotności globalnej składają się trzy składowe: poczucie samotności społecznej (łączny wynik od 17 do 68), poczucie samotności emocjonalnej (łączny wynik od 9 do 36) i poczucie samotności egzystencjalnej (łączny wynik od 10 do 40). *Skala poczucia samotności społecznej* (SBS/sp) ujęta jest w itemach od

1 do 17 i ma dwa czynniki: czynnik percepcji braku dostatecznego społecznego wsparcia oraz czynnik deficytu kontaktów interpersonalnych. *Skala poczucia samotności emocjonalnej* (SBS/se) ujęta jest w itemach od 18 do 26 i ma również dwa czynniki: czynnik niedostatków interpersonalnej ekspresji emocjonalnej i czynnik emocjonalnego osamotnienia/melancholii. *Skala poczucia samotności egzystencjalnej* ujęta jest w itemach od 27 do 36 i ma jeden czynnik: czynnik sensu życia (Dołęga, Kita, 2021).

Badania zostały przeprowadzone na grupie 32 pacjentów gabinetu psychoterapeutycznego w okresie od kwietnia 2019 roku do listopada 2020 roku. W badaniu wzięło udział 28 kobiet oraz 4 mężczyzn. Spośród badanych 31 osób miało wykształcenie wyższe, a jedna osoba – średnie. Żadna z osób biorących udział w badaniu wcześniej nie korzystała z psychoterapii. Z przeprowadzonych wywiadów można było wnioskować również, że wcześniej nie leczyli się psychiatrycznie. Wszystkie osoby mieściły się w przedziale wieku 35–40 lat. Pacjenci wypełniali kwestionariusze w gabinecie na początku procesu psychoterapii oraz po jego zakończeniu. Analiza wyników została dokonana z użyciem programu statystycznego IBM SPSS Statistics 26.

3.3. Analiza i weryfikacja szczegółowej hipotezy pierwszej

Szczegółowa hipoteza pierwsza została sformułowana w następujący sposób: w wyniku procesu psychoterapii integracyjnej u pacjentów w sposób istotny zmniejsza się poziom występowania objawów psychopatologicznych oraz poziom poszczególnych rodzajów poczucia samotności.

W celu dokonania analizy i weryfikacji przedstawionej hipotezy w pierwszej kolejności zostaną ukazane wyniki badań opisujące zależność procesu psychoterapii integracyjnej i objawów psychopatologicznych występujących u pacjentów.

Następnie zostaną przedstawione wyniki badań opisujące zależność procesu psychoterapii integracyjnej i poczucia samotności występujących u pacjentów, przy czym wyniki te zostaną zaprezentowane również z uwzględnieniem trzech wspomnianych już rodzajów samotności: samotności społecznej, samotności emocjonalnej oraz samotności egzystencjalnej.

Zależność procesu psychoterapii i objawu „somatyzacje”. W celu ustalenia zależności procesu psychoterapii i objawu „somatyzacje” policzono statystyki opisowe przedstawiające objaw „somatyzacje” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii i dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii – wyniki zostały ukazane w tabeli 1.

Tabela 1
Statystyki opisowe objawu „somatyzacje”

Zmienne		Somatyzacje	
		przed rozpoczęciem terapii	po zakończeniu terapii
N	ważne	32	32
	brak danych	0	0
Średnia		1.6938	.4188
Mediana		1.7500	.3000
Dominanta		.60	.00
Odchylenie standardowe		1.01598	.42988
Wariancja		1.032	.185
Skośność		.231	1.209
Błąd standardowy skośności		.414	.414
Kurtoza		-.468	.840
Błąd standardowy kurtozy		.809	.809
Rozstęp		3.80	1.50

Źródło: Opracowanie własne.

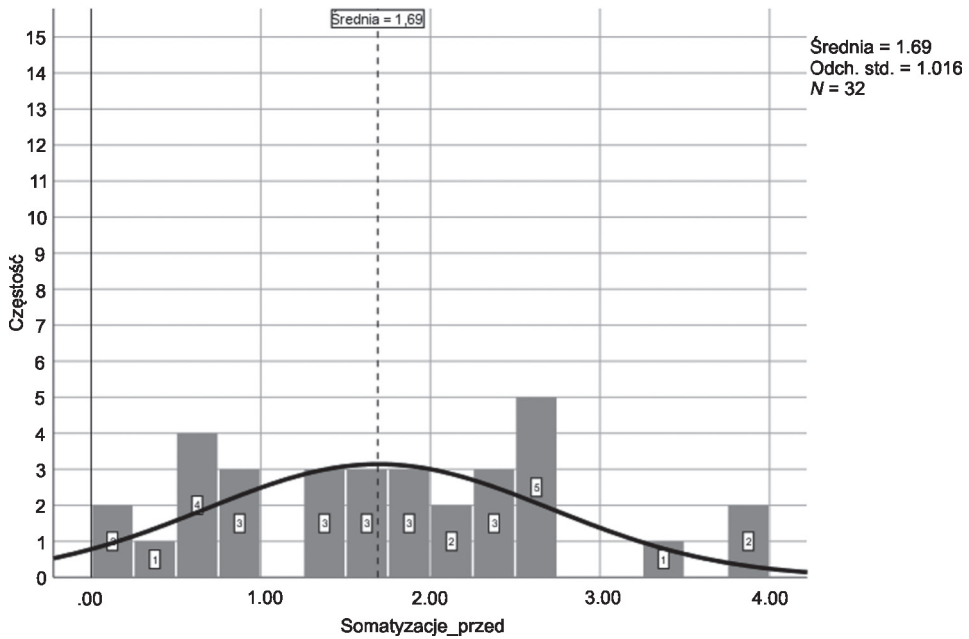
Analiza wyników wskazuje, że średnia objawu „somatyzacje” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii obniżyła się z poziomu 1,69 do poziomu 0,41. Mediana zmniejszyła się z poziomu 1,75 do poziomu 0,3, co oznacza, że co najmniej połowa badanych osiągnęła wyniki poniżej tej wartości. Dominanta zmniejszyła się z poziomu 0,6 do poziomu 0,0, co znaczy, że spośród pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii największa grupa w ogóle nie wykazuje opisywanego objawu.

Analiza rozproszenia wyników wskazuje, iż odchylenie standardowe dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyło się z 1,01 do 0,42, a wariancja zmniejszyła się z 1,03 do 0,18. Rozstęp, czyli różnica pomiędzy najwyższym i najniższym wynikiem, dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszył się z 3,8 do 1,5. Oznacza to, że u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii nastąpiło znaczne zbliżenie poziomu wyników opisywanego objawu.

Skośność dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zwiększyła się z 0,23 do 1,20, tak więc nastąpił wzrost poziomu asymetrii względem osi pionowej. Kurtoza zwiększyła się z poziomu -0,46 do poziomu 0,84. Nastąpiła zmiana

rozkładu z platykurtycznego na leptokurtyczny. Można stwierdzić, że wyniki pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii w dużej części są zbliżone do średniej, a niewielu jest pacjentów z wynikami skrajnymi.

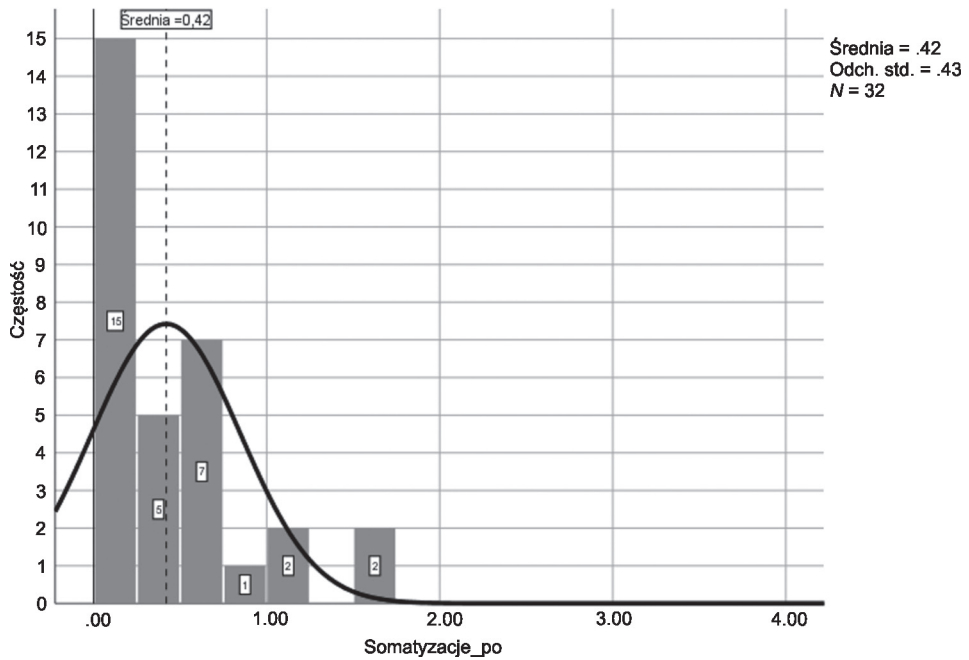
Ponadto, by bardziej obrazowo ukazać zależności psychoterapii i objawu „somatyzacje”, wyniki badań zostały ujęte w formie wykresów. Na wykresie 1 przedstawiono objaw „somatyzacje” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii, a na wykresie 2 – objaw „somatyzacje” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na skrzynkowym wykresie 3 przedstawiono istotne odstępstwa objawu „somatyzacje” od rozkładu normalnego.



Wykres 1

Objaw „somatyzacje” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii

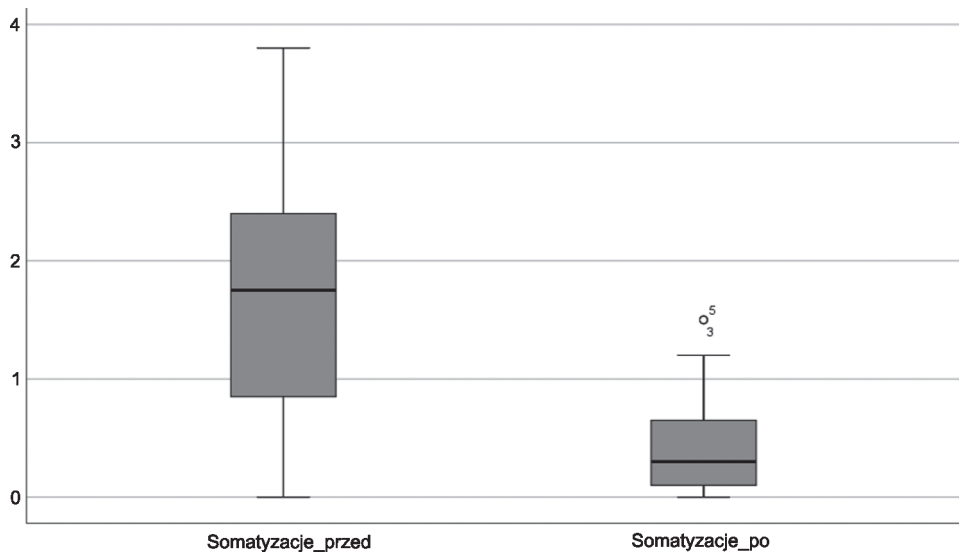
Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 2

Objaw „somatyzacje” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 3

Wykres skrzynkowy objawu „somatyzacje” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu

Źródło: Opracowanie własne.

Przedstawione wykresy stanowią potwierdzenie danych z badań zilustrowanych w tabeli 1. Wynika z nich jednoznacznie, iż poziom objawu „somatyzacje” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii uległ znacznemu zmniejszeniu. Ponadto z wykresów wynika, iż opisywany objaw o nasileniu do poziomu 0,5 wystąpił u 3 pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii oraz u 20 pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Oznacza to, iż w efekcie przeprowadzonego procesu psychoterapii u przedstawionej liczby pacjentów wystąpiło znaczące zmniejszenie się opisywanego objawu.

Wykres skrzynkowy 3 potwierdza znaczne zmniejszenie się mediany objawów dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Z wykresu tego wynika również nadmiar wysokich danych dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii.

Zależność procesu psychoterapii i objawu „natręctwa”. W celu ustalenia zależności procesu psychoterapii i objawu „natręctwa” policzono statystyki opisowe ukazujące objaw „natręctwa” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii i dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii – wyniki zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2
Statystyki opisowe objawu „natręctwa”

Zmienne	Natręctwa	
	przed rozpoczęciem terapii	po zakończeniu terapii
N	ważne	32
	brak danych	0
Średnia	2.1438	.6750
Mediana	2.2000	.6500
Dominanta	3.00	.40
Odchylenie standardowe	.87434	.39838
Wariancja	.764	.159
Skośność	-.118	.478
Błąd standardowy skośności	.414	.414
Kurtoza	-.856	-.727
Błąd standardowy kurtozy	.809	.809
Rozstęp	3.40	1.40

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wyników wskazuje, że średnia objawu „natręctwa” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyła się z poziomu 2,14 do poziomu 0,67. Mediana obniżyła się z poziomu 2,20 do poziomu 0,65, co oznacza, że co najmniej połowa badanych osiągnęła wyniki poniżej tej wartości. Dominanta zmniejszyła się z poziomu 3 do poziomu 0,4, co świadczy o tym, że spośród pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii największa grupa wykazywała objaw na wskazanym poziomie.

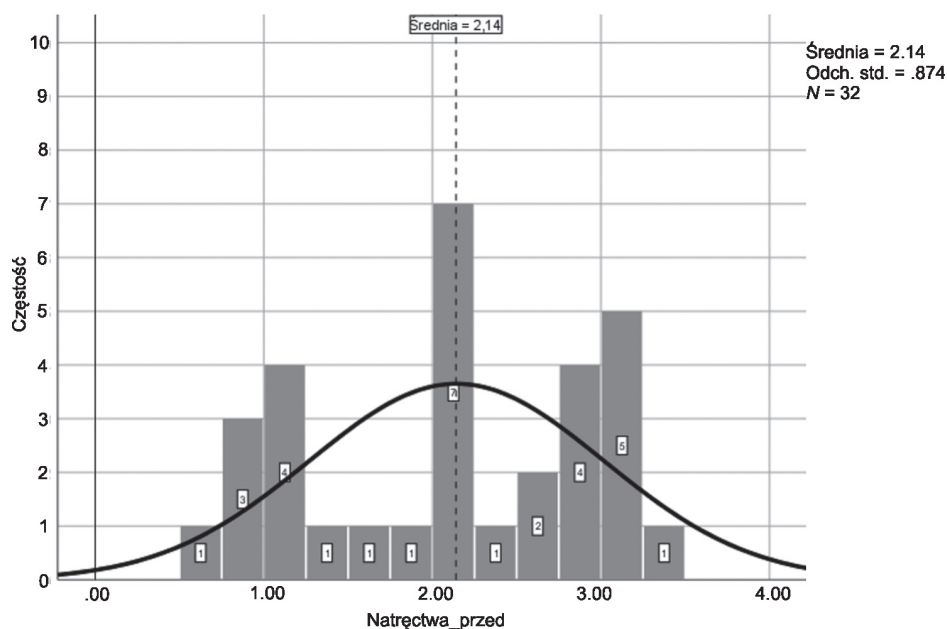
Analiza rozproszenia wyników wskazuje, iż odchylenie standardowe dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyło się z 0,87 do 0,39, a wariancja zmniejszyła się z 0,76 do 0,15. Rozstęp mierzony dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszył się z 3,4 do 1,4. Oznacza to, że u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii nastąpiło znaczne zbliżenie poziomu wyników opisywanego objawu.

Skośność dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zwiększyła się z $-0,11$ do $0,47$, tak więc nastąpiło zwiększenie się poziomu asymetrii względem osi pionowej. Kurtoza zwiększyła się z poziomu $-0,856$ do poziomu $-0,727$. Wystąpił rozkład platykurtyczny. Można stwierdzić, że wyniki pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii są bardziej zbliżone do średniej, występują również pacjenci z wynikami skrajnymi.

Ponadto, by bardziej obrazowo ukazać zależność psychoterapii i objawu „natręctwa”, wyniki badań zostały przedstawione na wykresach. Na wykresie 4 przedstawiono objaw „natręctwa” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii, a na wykresie 5 – objaw „natręctwa” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na skrzynkowym wykresie 6 zilustrowano istotne odstępstwa objawu „natręctwa” od rozkładu normalnego.

Przedstawione wykresy stanowią potwierdzenie wyników badań zilustrowanych w tabeli 2. Na ich podstawie można jednoznacznie stwierdzić, iż poziom objawu „natręctwa” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii uległ znacznemu obniżeniu. Ponadto z wykresów wynika, iż opisywany objaw o nasileniu do poziomu 0,5 nie występował u pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii oraz wystąpił u 12 pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Oznacza to, iż w efekcie przeprowadzonego procesu psychoterapii u przedstawionej liczby pacjentów wystąpiło znaczące zmniejszenie się opisywanego objawu.

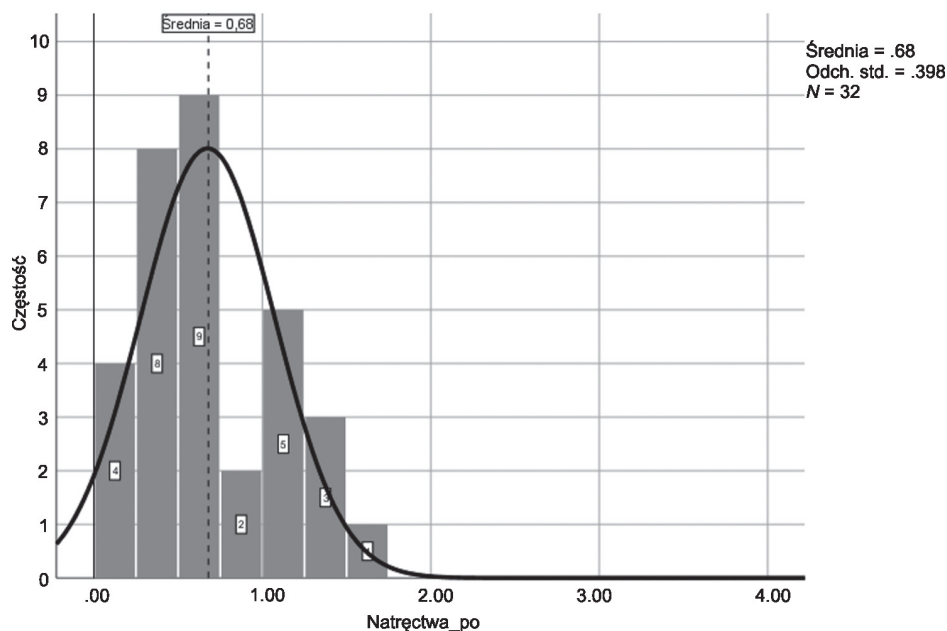
Wykres skrzynkowy 6 potwierdza znaczne zmniejszenie się mediany objawów dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na podstawie tego wykresu można również zauważyć, iż nie występuje nadmiar wysokich lub niskich wyników dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii.



Wykres 4

Objaw „natężenia” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii

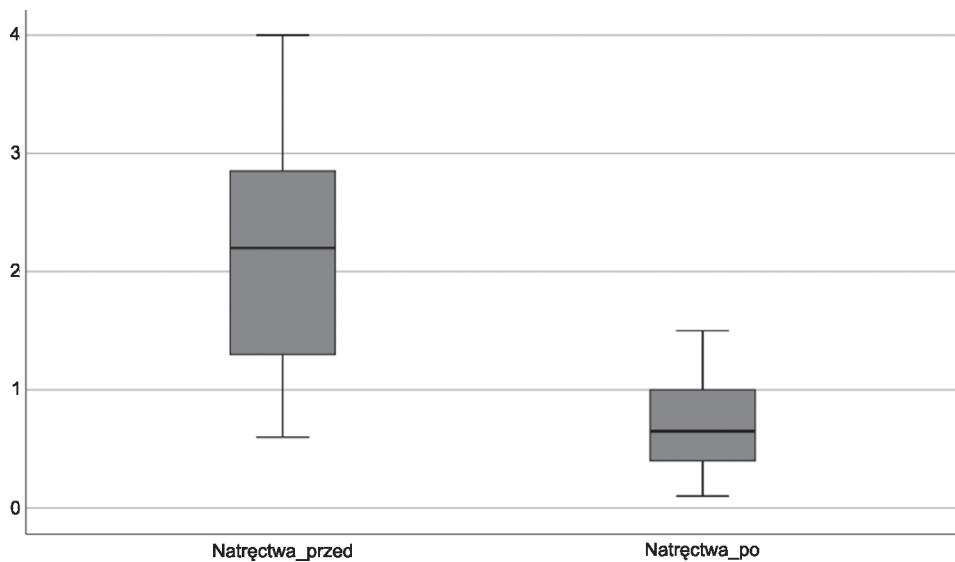
Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 5

Objaw „natężenia” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 6

Wykres skrzynkowy objawu „natręctwa” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu

Źródło: Opracowanie własne.

Zależność procesu psychoterapii i objawu „nadwrażliwość interpersonalna”.

W celu ustalenia zależności procesu psychoterapii i objawu „nadwrażliwość interpersonalna” policzono statystyki opisowe ukazujące objaw „nadwrażliwość interpersonalna” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii i dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii – wyniki zostały przedstawione w tabeli 3.

Tabela 3

Statystyki opisowe objawu „nadwrażliwość interpersonalna”

Zmienne	Nadwrażliwość interpersonalna	
	przed rozpoczęciem terapii	po zakończeniu terapii
N	ważne	32
	brak danych	0
Średnia	1.8688	.5406
Mediana	1.8500	.4000
Dominanta	2.20	.40
Odchylenie standardowe	.96468	.49046

cd. tab. 3

Wariancja	.931	.241
Skośność	.009	1.453
Błąd standardowy skośności	.414	.414
Kurtoza	-.597	2.916
Błąd standardowy kurtozy	.809	.809
Rozstęp	3.80	2.20

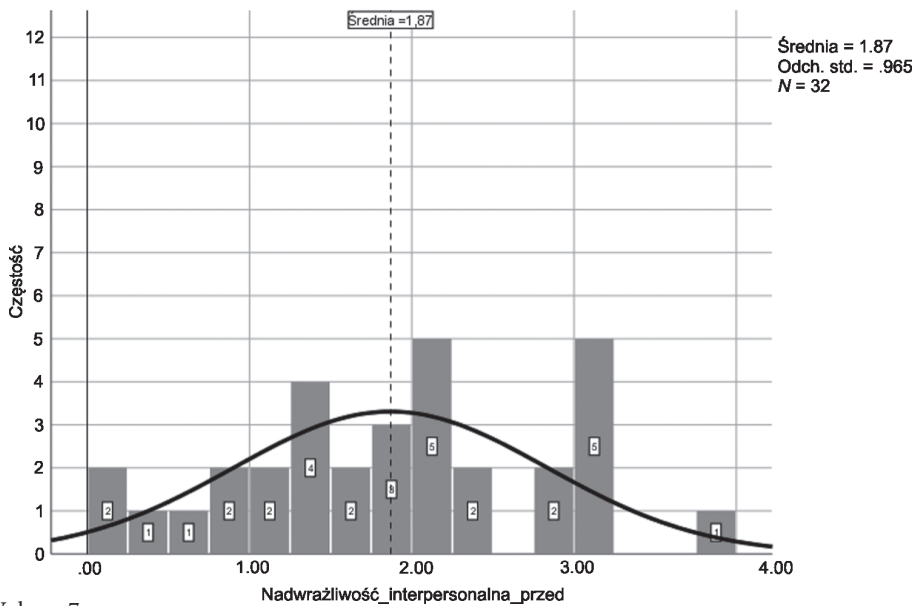
Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wyników wskazuje, że średnia objawu „nadwrażliwość interpersonalna” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyła się z poziomu 1,86 do poziomu 0,54. Mediana zmniejszyła się z poziomu 1,85 do poziomu 0,4, co świadczy o tym, że co najmniej połowa badanych osiągnęła wyniki poniżej tej wartości. Dominanta zmniejszyła się z poziomu 2,20 do poziomu 0,4, co oznacza, że spośród pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii największa grupa wykazuje objaw na wskazanym poziomie.

Analiza rozproszenia wyników wskazuje, iż odchylenie standardowe dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyło się z 0,96 do 0,49, a wariancja zmniejszyła się z 0,93 do 0,24. Rozstęp zmniejszył się z 3,8 do 2,2. Oznacza to, że u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii nastąpiło znaczne zbliżenie poziomu wyników opisywanego objawu.

Skośność dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zwiększyła się z 0,009 do 1,453, tak więc nastąpiło zwiększenie się poziomu asymetrii względem osi pionowej. Kurtoza zwiększyła się z poziomu -0,59 do poziomu 2,91. Nastąpiła zmiana rozkładu z platykurtycznego na leptokurtyczny. Można stwierdzić, iż wyniki pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii w dużej części są zbliżone do średniej, niewielu zaś jest pacjentów z wynikami skrajnymi.

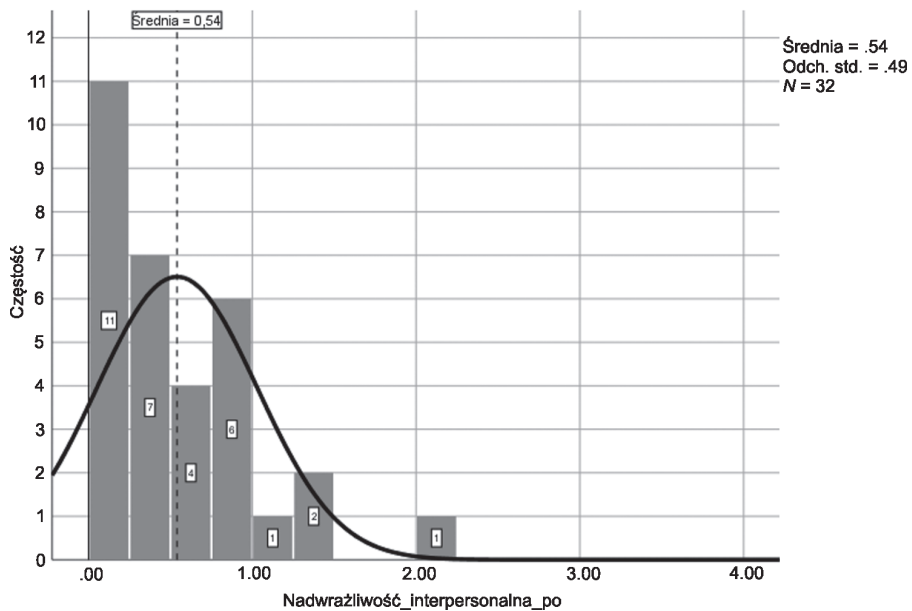
Ponadto, by bardziej obrazowo ukazać zależności psychoterapii i objawu „nadwrażliwość interpersonalna”, wyniki badań zostały przedstawione na wykresach. Na wykresie 7 zobrazowano objaw „nadwrażliwość interpersonalna” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii, a na wykresie 8 – objaw „nadwrażliwość interpersonalna” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na skrzynkowym wykresie 9 ukazano istotne odstępstwa objawu „nadwrażliwość interpersonalna” od rozkładu normalnego.



Wykres 7

Objaw „nadwrażliwość interpersonalna” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii

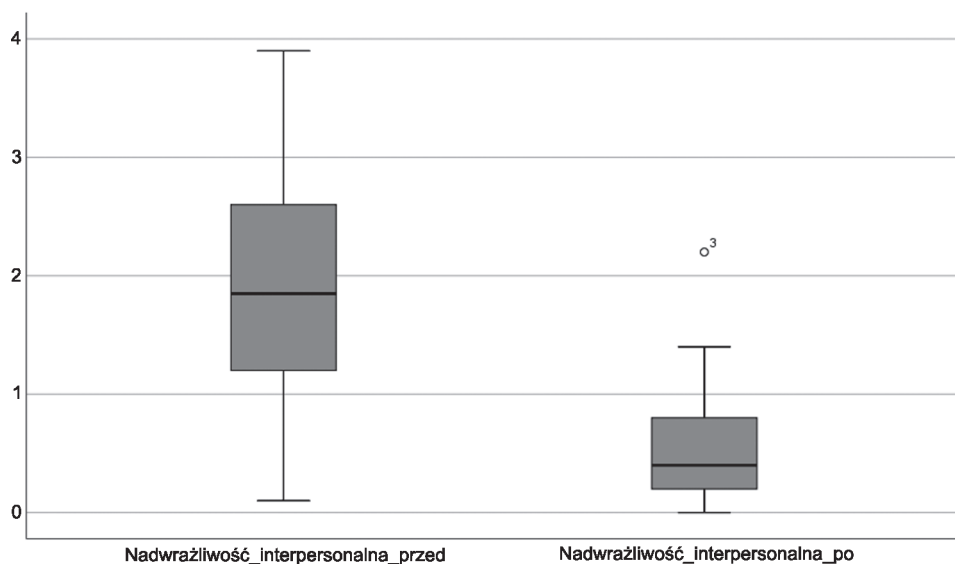
Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 8

Objaw „nadwrażliwość interpersonalna” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 9

Wykres skrzynkowy objawu „nadwrażliwość interpersonalna” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu

Źródło: Opracowanie własne.

Przedstawione wykresy są potwierdzeniem wyników badań zobrazowanych w tabeli 3. Wnioskować można z nich jednoznacznie, że poziom objawu „nadwrażliwość interpersonalna” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii uległ znacznemu zmniejszeniu. Ponadto z wykresów czytamy, iż opisywany objaw o nasileniu do poziomu 0,5 wystąpił u 3 pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii oraz u 18 pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Oznacza to, iż w efekcie przeprowadzonego procesu psychoterapii u przedstawionej liczby pacjentów wystąpiło znaczące zmniejszenie się poziomu opisywanego objawu.

Wykres skrzynkowy 9 potwierdza znaczne zmniejszenie się mediany objawów dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Z wykresu tego czytamy również nadmiar wysokich wyników dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii.

Zależność procesu psychoterapii i objawu „depresja”. W celu ustalenia zależności procesu psychoterapii i objawu „depresja” policzono statystyki opisowe przedstawiające objaw „depresja” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii i dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii – wyniki zostały ukazane w tabeli 4.

Tabela 4
Statystyki opisowe objawu „depresja”

Zmienne	Depresja	
	przed rozpoczęciem terapii	po zakończeniu terapii
N	ważne	32
	braki danych	0
Średnia	2.2656	.5438
Mediana	2.2000	.5000
Dominanta	1.50	.80
Odchylenie standardowe	.77817	.45219
Wariancja	.606	.204
Skośność	.128	.782
Błąd standardowy skośności	.414	.414
Kurtoza	-.884	.333
Błąd standardowy kurtozy	.809	.809
Rozstęp	3.00	1.70

Źródło: Opracowanie własne.

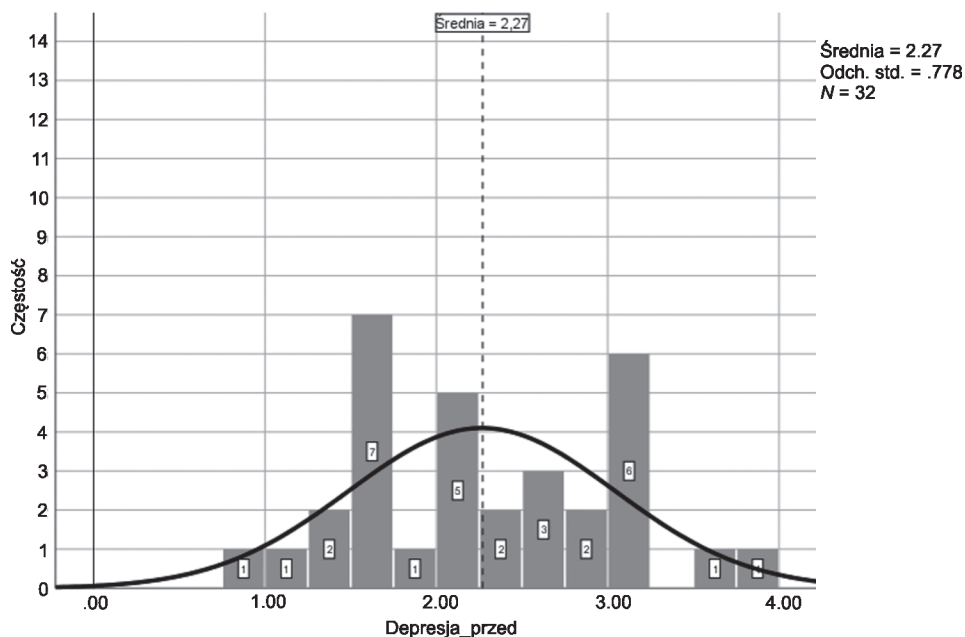
Analiza wyników wskazuje, że średnia objawu „depresja” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyła się z poziomu 2,26 do poziomu 0,54. Mediana zmniejszyła się z poziomu 2,20 do poziomu 0,5, co oznacza, że co najmniej połowa badanych osiągnęła wyniki poniżej tej wartości. Dominanta zmniejszyła się z poziomu 1,50 do poziomu 0,8, co znaczy, że spośród pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii największa grupa wykazuje objaw na wskazanym poziomie.

Analiza rozproszenia wyników wskazuje, iż odchylenie standardowe dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyło się z 0,77 do 0,45, a wariancja zmniejszyła się z 0,60 do 0,20. Rozstęp mierzony dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszył się z 3,0 do 1,7. Oznacza to, że u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii nastąpiło znaczne zbliżenie poziomu wyników opisywanego objawu.

Skośność dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zwiększyła się z 0,12 do 0,78, tak więc nastąpiło zwiększenie się poziomu asymetrii względem osi pionowej. Kurtoza zwiększyła się z poziomu -0,88 do poziomu 0,33. Nastąpiła zmiana rozkładu z platykurtycznego na leptokurtyczny. Można stwierdzić,

iż wyniki pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii w dużej części są zbliżone do średniej, a niewielu jest pacjentów z wynikami skrajnymi.

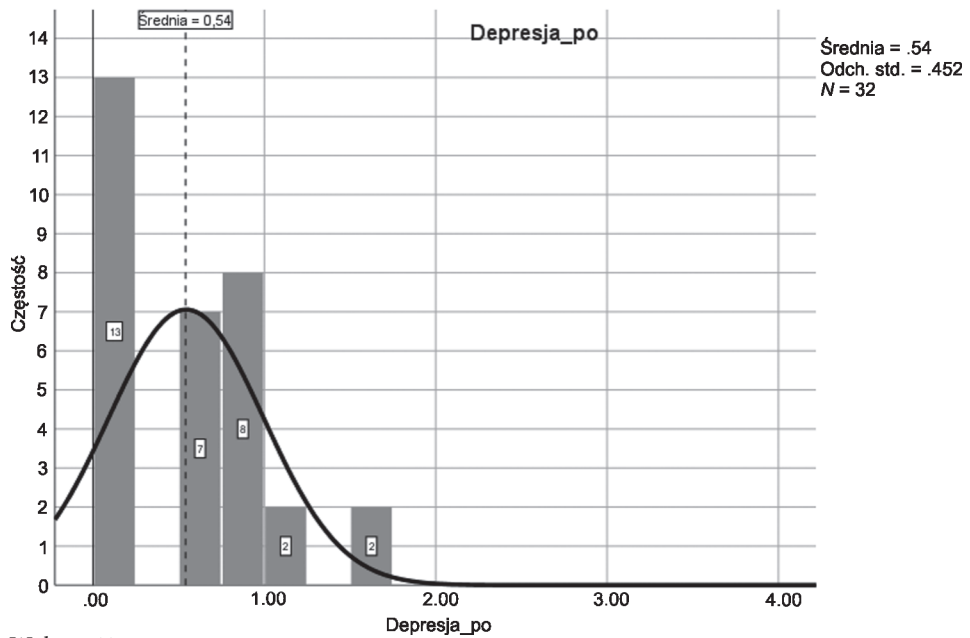
Ponadto, by bardziej obrazowo ukazać zależności psychoterapii i objawu „depresja”, wyniki badań zostały przedstawione na wykresach. Na wykresie 10 ukazano objaw „depresja” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii, na wykresie 11 zaś – objaw „depresja” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na skrzynkowym wykresie 12 zaprezentowano istotne odstępstwa objawu „depresja” od rozkładu normalnego.



Wykres 10

Objaw „depresja” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii

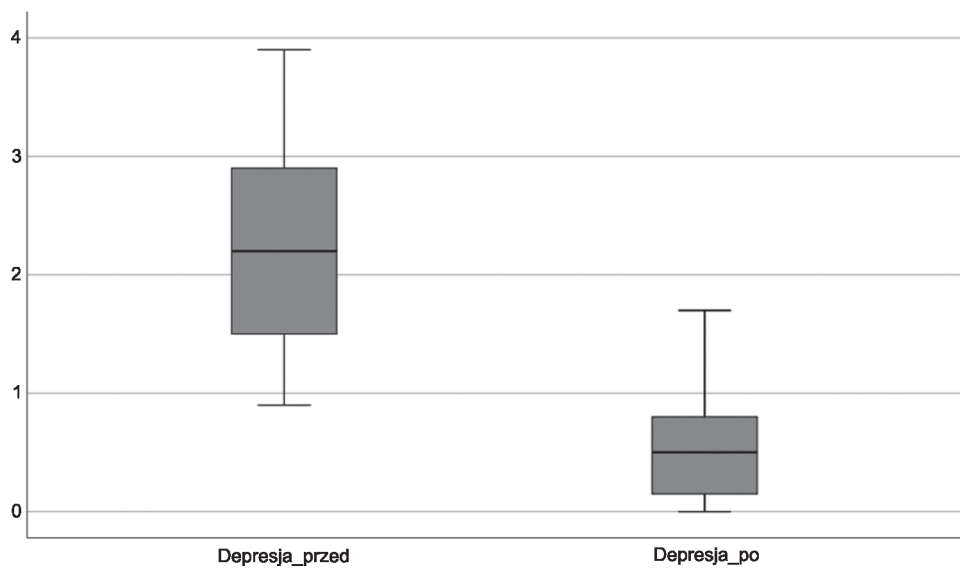
Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 11

Objaw „depresja” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 12

Wykres skrzynkowy objawu „depresja” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu

Źródło: Opracowanie własne.

Przedstawione wykresy stanowią potwierdzenie wyników badań zilustrowanych w tabeli 4. Na ich podstawie stwierdzić można jednoznacznie, iż poziom objawu „depresja” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii uległ znacznemu obniżeniu. Ponadto wykresy świadczą, że opisywany objaw o nasileniu do poziomu 0,5 nie występował u pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii oraz wystąpił u 13 pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Oznacza to, iż w efekcie przeprowadzonego procesu psychoterapii u przedstawionej liczby pacjentów wystąpiło znaczące zmniejszenie się poziomu opisywanego objawu.

Wykres skrzynkowy 12 potwierdza znaczne zmniejszenie się mediany objawów dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Z wykresu czytamy również, iż nie występuje nadmiar wysokich lub niskich wyników dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii.

Zależność procesu psychoterapii i objawu „lęk”. W celu ustalenia zależności procesu psychoterapii i objawu „lęk” policzono statystyki opisowe ukazujące objaw „lęk” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii i dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii – wyniki zostały przedstawione w tabeli 5.

Tabela 5
Statystyki opisowe objawu „lęk”

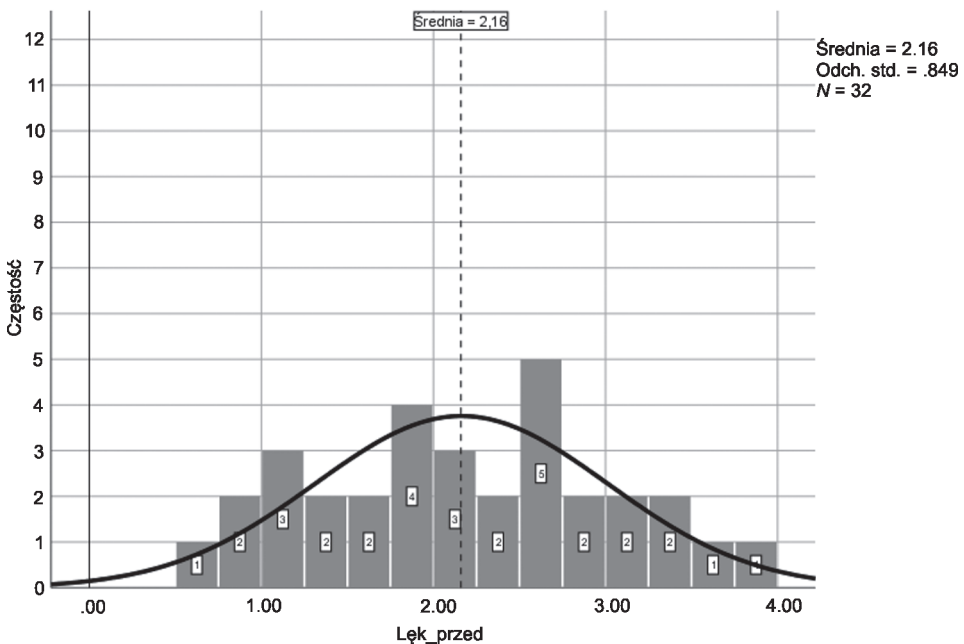
Zmienne	Lęk	
	przed rozpoczęciem terapii	po zakończeniu terapii
N	ważne	32
	brak danych	0
Średnia	2.1625	.4875
Mediana	2.2000	.5000
Dominanta	1.80	.60
Odchylenie standardowe	.84919	.43087
Wariancja	.721	.186
Skośność	.058	1.684
Błąd standardowy skośności	.414	.414
Kurtoza	−.889	5.114
Błąd standardowy kurtozy	.809	.809
Rozstęp	3.10	2.10

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wyników wskazuje, że średnia objawu „lęk” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii obniżyła się z poziomu 2,16 do poziomu 0,48. Mediana zmniejszyła się z poziomu 2,20 do poziomu 0,5, co świadczy o tym, że co najmniej połowa badanych osiągnęła wyniki poniżej tej wartości. Dominanta zmniejszyła się z poziomu 1,80 do poziomu 0,6, co oznacza, że spośród pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii największa grupa wykazuje objaw na wskazanym poziomie.

Analiza rozproszenia wyników wskazuje, iż odchylenie standardowe dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyło się z 0,84 do 0,43, a wariancja zmniejszyła się z 0,72 do 0,18. Rozstęp mierzony dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszył się z 3,1 do 2,1. Oznacza to, że u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii nastąpiło znaczne zbliżenie poziomu wyników opisywanego objawu.

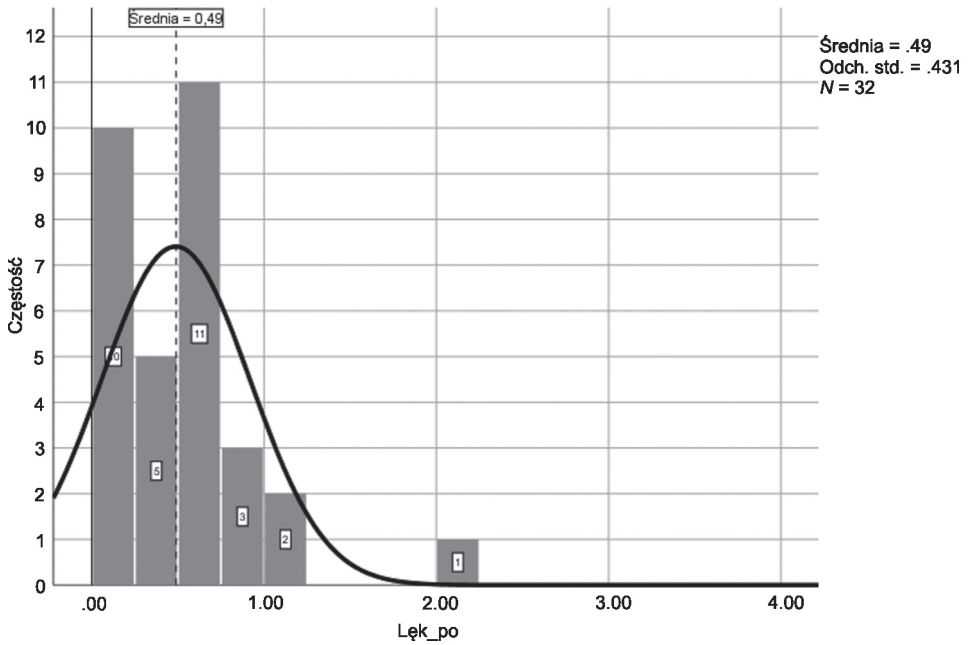
Skośność dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zwiększyła się z 0,58 do 1,648, tak więc nastąpił wzrost poziomu asymetrii względem osi pionowej. Kurtოza zwiększyła się z poziomu -0,88 do poziomu 5,14. Nastąpiła zmiana rozkładu z platykurtycznego na leptokurtyczny. Można stwierdzić, iż wyniki pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii w dużej części są zbliżone do średniej, niewielu zaś jest pacjentów z wynikami skrajnymi.



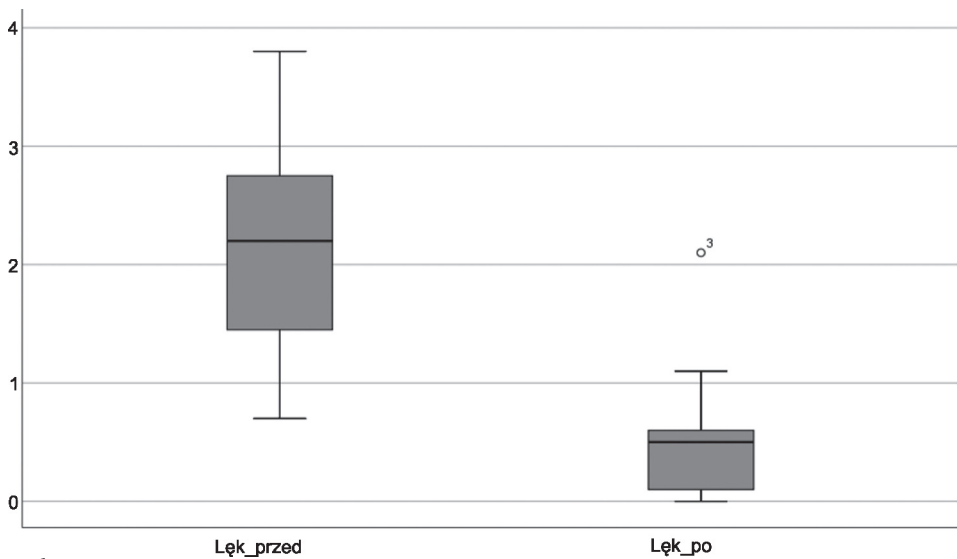
Wykres 13

Objaw „lęk” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 14
Objaw „lęk” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii
Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 15
Wykres skrzynkowy objawu „lęk” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu
Źródło: Opracowanie własne.

Ponadto, by bardziej obrazowo ukazać zależności psychoterapii i objawu „lęk”, wyniki badań zostały przedstawione na wykresach. Na wykresie 13 przedstawiono objaw „lęk” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii, na wykresie 14 zaś – objaw „lęk” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na skrzynkowym wykresie 15 ukazano istotne odstępstwa objawu „lęk” od rozkładu normalnego.

Przedstawione wykresy są potwierdzeniem wyników badań zobrazowanych w tabeli 5. Na ich podstawie można stwierdzić jednoznacznie, iż poziom objawu „lęk” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii uległ znacznemu zmniejszeniu. Ponadto wykresy świadczą o tym, iż opisywany objaw o nasileniu do poziomu 0,5 nie występował u pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii oraz wystąpił u 15 pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Oznacza to, iż w efekcie przeprowadzonego procesu psychoterapii u przedstawionej liczby pacjentów wystąpiło znaczące zmniejszenie się poziomu opisywanego objawu.

Wykres skrzynkowy 15 potwierdza znaczne zmniejszenie się mediany objawów dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Z wykresu tego czytamy również nadmiar wysokich wyników dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii.

Zależności procesu psychoterapii i objawu „wrogość”. W celu ustalenia zależności procesu psychoterapii i objawu „wrogość” policzono statystyki opisowe przedstawiające objaw „wrogość” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii i dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii – wyniki zostały zestawione w tabeli 6.

Tabela 6
Statystyki opisowe objawu „wrogość”

Zmienne	Wrogość	
	przed rozpoczęciem terapii	po zakończeniu terapii
N	ważne	32
	brak danych	0
Średnia	1.6500	.4188
Mediana	1.6000	.3000
Dominanta	0.50	.50
Odchylenie standardowe	.86098	.40754
Wariancja	.741	.166
Skośność	.212	1.982

cd. tab. 6

Błąd standardowy skośności	.414	.414
Kurtoza	-.927	6.264
Błąd standardowy kurtozy	.809	.809
Rozstęp	3.30	2.00

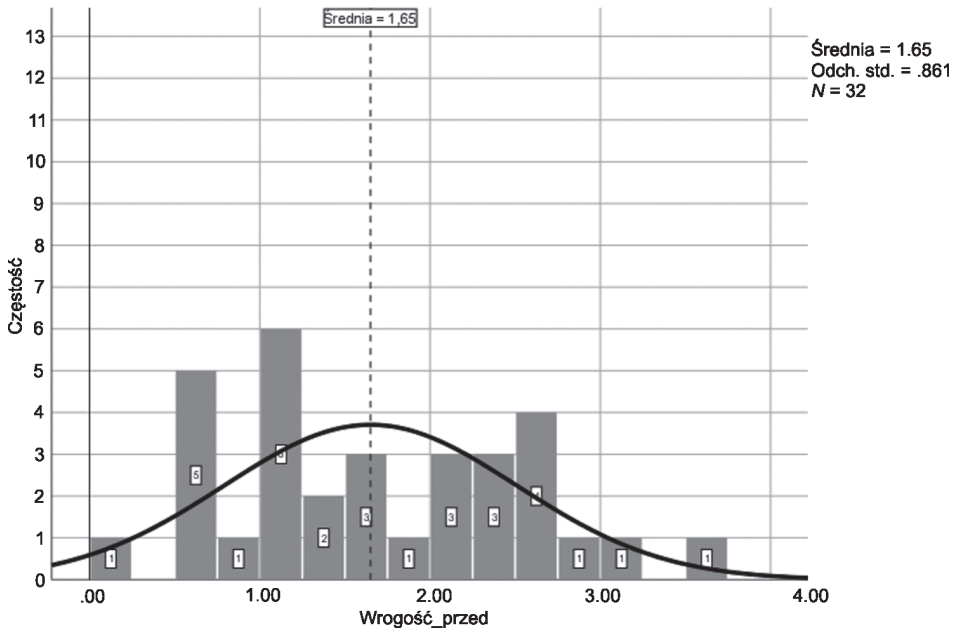
Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wyników wskazuje, że średnia objawu „wrogość” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii obniżyła się z poziomu 1,65 do poziomu 0,41. Mediana zmniejszyła się z poziomu 1,60 do poziomu 0,3, co znaczy, że co najmniej połowa badanych osiągnęła wyniki poniżej tej wartości. Dominanta nie zmniejszyła się z poziomu 0,5, co oznacza, że spośród pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii największa grupa wykazuje objaw na wskazanym poziomie.

Analiza rozproszenia wyników wskazuje, iż odchylenie standardowe dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyło się z 0,86 do 0,40, a wariancja zmniejszyła się z 0,74 do 0,16. Rozstęp mierzony dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszył się z 3,3 do 2,0. Oznacza to, że u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii nastąpiło znaczne zbliżenie poziomu wyników opisywanego objawu.

Skośność dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zwiększyła się z 0,21 do 1,98, tak więc nastąpił wzrost poziomu asymetrii względem osi pionowej. Kurtoza zwiększyła się z poziomu -0,92 do poziomu 6,26. Nastąpiła zmiana rozkładu z platykurtycznego na leptokurtyczny. Można stwierdzić, iż wyniki pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii w dużej części są zbliżone do średniej, niewielu zaś jest pacjentów z wynikami skrajnymi.

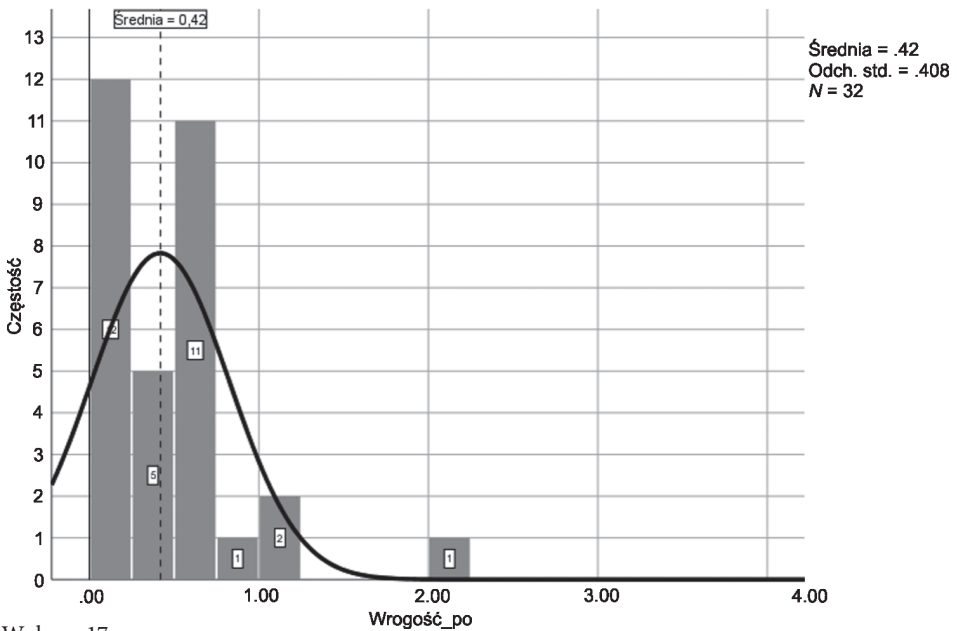
Ponadto, by bardziej obrazowo ukazać zależności psychoterapii i objawu „wrogość”, wyniki badań zostały przedstawione na wykresach. Na wykresie 16 zobrazowano objaw „wrogość” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii, a na wykresie 17 – objaw „wrogość” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na skrzynkowym wykresie 18 ukazano istotne odstępstwa objawu „wrogość” od rozkładu normalnego.



Wykres 16

Objaw „wrogość” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii

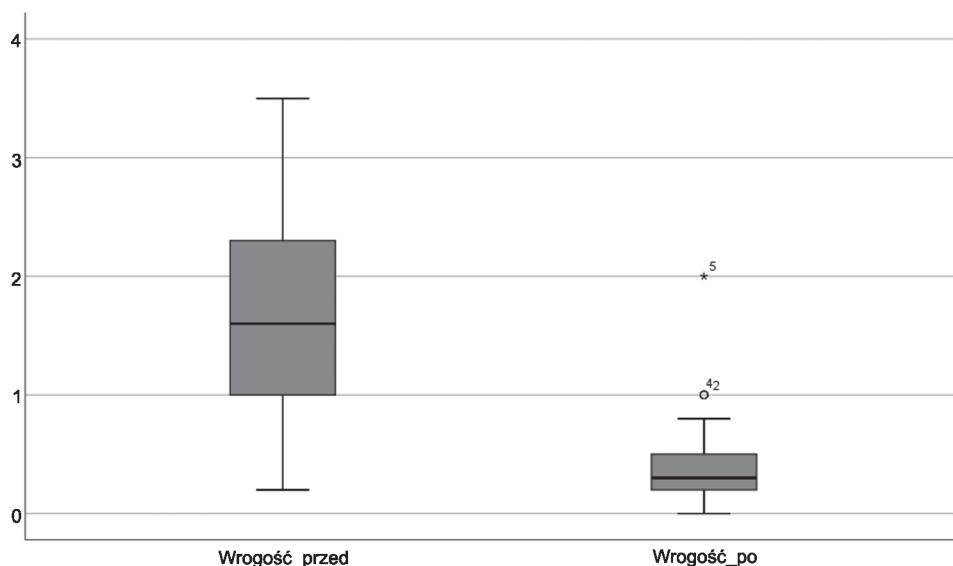
Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 17

Objaw „wrogość” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 18

Wykres skrzynkowy objawu „wrogość” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu

Źródło: Opracowanie własne.

Przedstawione wykresy stanowią potwierdzenie wyników badań zilustrowanych w tabeli 6. Na ich podstawie można stwierdzić jednoznacznie, iż poziom objawu „wrogość” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii uległ znacznemu zmniejszeniu. Ponadto z wykresów wynika, iż opisywany objaw o nasileniu do poziomu 0,5 nie występował u pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii oraz wystąpił u 17 pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Oznacza to, iż w efekcie przeprowadzonego procesu psychoterapii u przedstawionej liczby pacjentów wystąpiło znaczące zmniejszenie się poziomu opisywanego objawu.

Wykres skrzynkowy 18 potwierdza znaczne zmniejszenie się mediany objawów dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Z wykresu tego czytamy również nadmiar wysokich wyników dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii, w szczególności zaś jednego z pacjentów.

Zależności procesu psychoterapii i objawu „fobie”. W celu ustalenia zależności procesu psychoterapii i objawu „fobie” policzono statystyki opisowe przedstawiające objaw „fobie” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii i dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii – wyniki zostały ukazane w tabeli 7.

Tabela 7
Statystyki opisowe objawu „fobie”

Zmienne	Fobie	
	przed rozpoczęciem terapii	po zakończeniu terapii
N	ważne	32
	brak danych	0
Średnia	1.2000	.2313
Mediana	0.9000	.1000
Dominanta	0.70	.00
Odchylenie standardowe	1.06013	.39056
Wariancja	1.124	.153
Skośność	1.136	2.937
Błąd standardowy skośności	.414	.414
Kurtoza	.512	10.512
Błąd standardowy kurtozy	.809	.809
Rozstęp	4.00	1.90

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wyników wskazuje, że średnia objawu „fobie” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii obniżyła się z poziomu 1,20 do poziomu 0,23. Mediana zmniejszyła się z poziomu 0,90 do poziomu 0,1, co oznacza, że co najmniej połowa badanych osiągnęła wyniki poniżej tej wartości. Dominanta zmniejszyła się z poziomu 0,7, do poziomu 0,0, co potwierdza, że spośród pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii największa grupa wykazuje objaw na wskazanym poziomie.

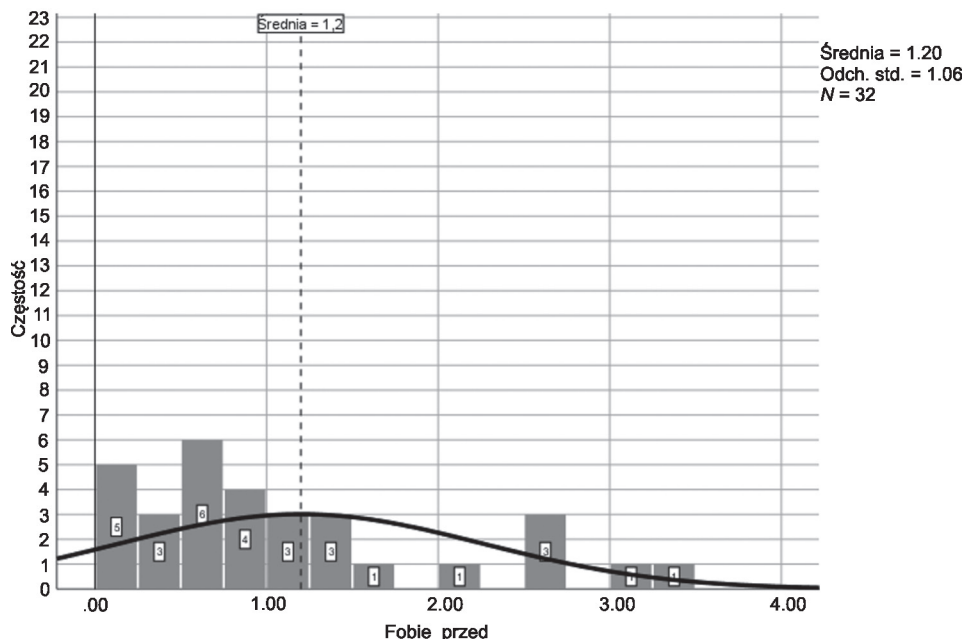
Analiza rozproszenia wyników wskazuje, iż odchylenie standardowe dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyło się z 1,06 do 0,39, a wariancja zmniejszyła się z 1,12 do 0,15. Rozstęp mierzony dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszył się z 4,0 do 1,90. Oznacza to, że u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii nastąpiło znaczne zbliżenie poziomu wyników opisywanego objawu.

Skośność dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zwiększyła się z 1,13 do 2,93, tak więc nastąpił wzrost poziomu asymetrii względem osi pionowej. Kurtoza zwiększyła się z poziomu 0,51 do poziomu 10,51. Występuje rozkład leptokurtyczny. Można stwierdzić, iż wyniki pacjentów po zakończeniu

procesu psychoterapii w dużej części są zbliżone do średniej, niewielu zaś jest pacjentów z wynikami skrajnymi.

Ponadto, by bardziej obrazowo ukazać zależności psychoterapii i objawu „fobie”, wyniki badań zostały zilustrowane na wykresach. Na wykresie 19 przedstawiono objaw „fobie” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii, a na wykresie 20 – objaw „fobie” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na skrzynkowym wykresie 21 zobrazowano istotne odstępstwa objawu „fobie” od rozkładu normalnego.

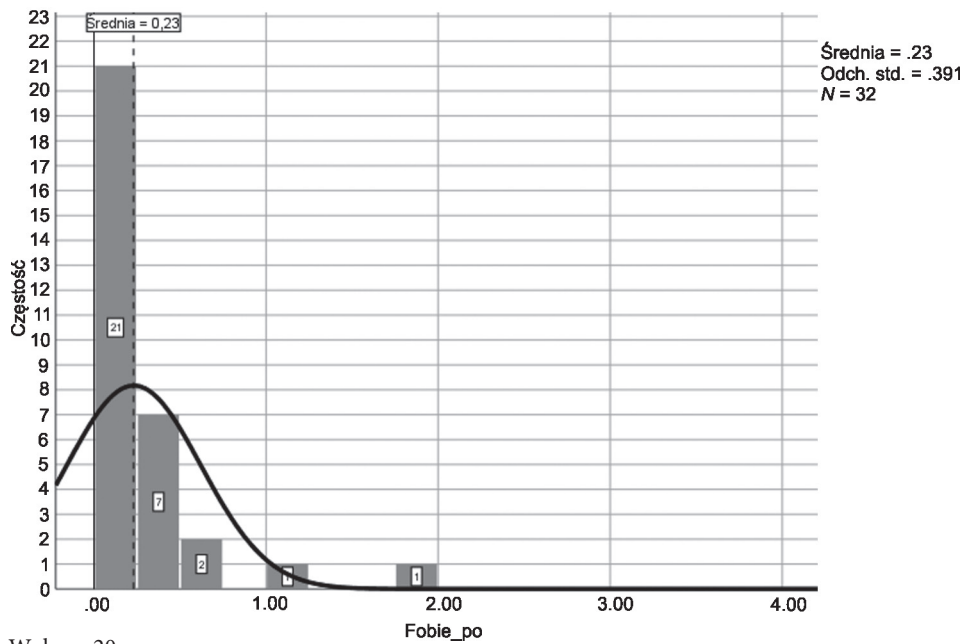
Przedstawione wykresy są potwierdzeniem wyników badań udokumentowanych w tabeli 7. Czytamy z nich jednoznacznie, iż poziom objawu „fobie” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii uległ znacznemu zmniejszeniu. Ponadto z wykresów wynika, iż opisywany objaw o nasileniu do poziomu 0,5 wystąpił u 8 pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii oraz u 28 pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Oznacza to, iż w efekcie przeprowadzonego procesu psychoterapii u przedstawionej liczby pacjentów nastąpiło znaczące zmniejszenie się poziomu opisywanego objawu.



Wykres 19

Objaw „fobie” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii

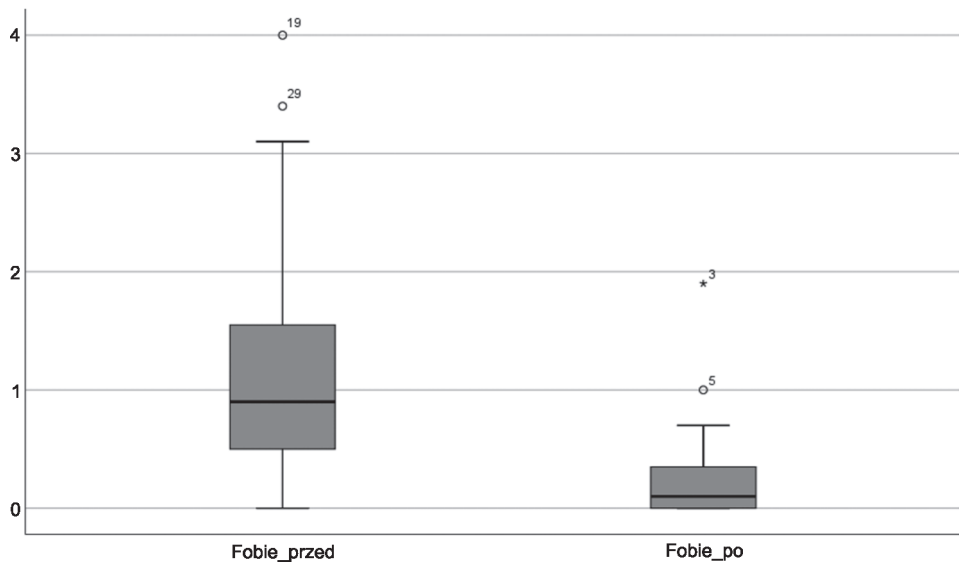
Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 20

Objaw „fobie” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 21

Wykres skrzynkowy objawu „fobie” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu

Źródło: Opracowanie własne.

Wykres skrzynkowy 21 potwierdza znaczne zmniejszenie się mediany objawów dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Z wykresu tego czytamy również nadmiar wysokich wyników dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii.

Zależność procesu psychoterapii i objawu „myślenie paranoidalne”. W celu ustalenia zależności procesu psychoterapii i objawu „myślenie paranoidalne” policzono statystyki opisowe ilustrujące objaw „myślenie paranoidalne” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii i dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii – wyniki zostały przedstawione w tabeli 8.

Tabela 8
Statystyki opisowe objawu „myślenie paranoidalne”

Zmienne		Myślenie paranoidalne	
		przed rozpoczęciem terapii	po zakończeniu terapii
N	ważne	32	32
	brak danych	0	0
Średnia		1.9156	.7500
Mediana		1.9000	.7000
Dominanta		2.80	.20
Odchylenie standardowe		.92252	.61696
Wariancja		.851	.381
Skośność		-.393	1.169
Błąd standardowy skośności		.414	.414
Kurtoza		-.763	1.459
Błąd standardowy kurtozy		.809	.809
Rozstęp		3.30	2.50

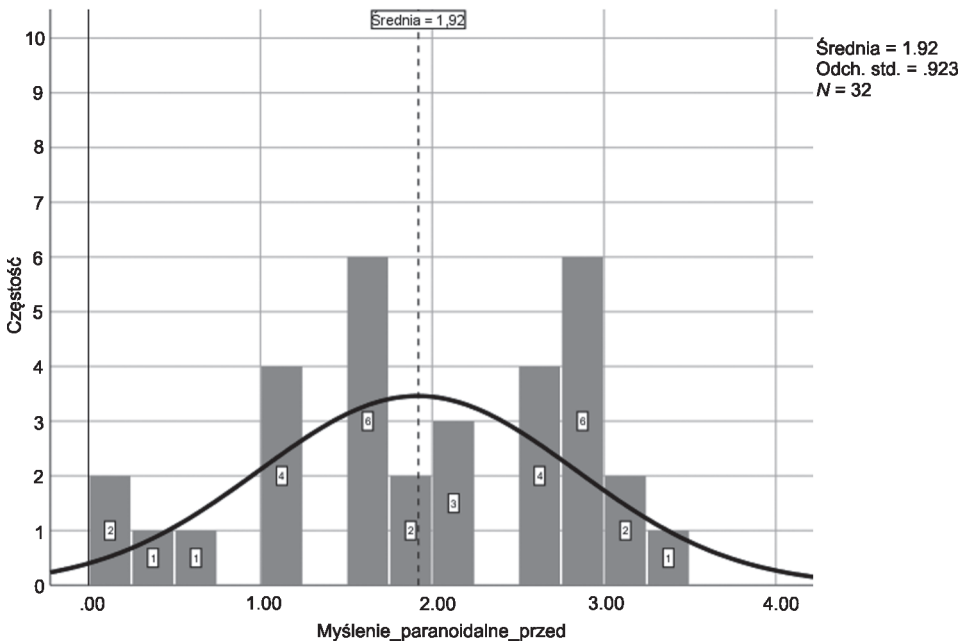
Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wyników wskazuje, że średnia objawu „myślenie paranoidalne” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii obniżyła się z poziomu 1,91 do poziomu 0,75. Mediana zmniejszyła się z poziomu 1,90 do poziomu 0,7, co oznacza, że co najmniej połowa badanych osiągnęła wyniki poniżej tej wartości. Dominanta zmniejszyła się z poziomu 2,8, do poziomu 0,2, co znaczy, że spośród pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii największa grupa wykazywała objaw na wskazanym poziomie.

Analiza rozproszenia wyników wskazuje, iż odchylenie standardowe dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyło się z 0,92 do 0,61, a wariancja zmniejszyła się z 0,85 do 0,38. Rozstęp mierzony dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszył się z 3,30 do 2,50. Oznacza to, że u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii nastąpiło znaczne zbliżenie poziomu wyników opisywanego objawu.

Skośność dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zwiększyła się z $-0,393$ do $1,16$, tak więc nastąpił wzrost poziomu asymetrii względem osi pionowej. Kurtoza zwiększyła się z poziomu $-0,76$ do poziomu $1,45$. Nastąpiła zmiana rozkładu z platykurtycznego na leptokurtyczny. Można stwierdzić, iż wyniki pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii w dużej części są zbliżone do średniej, niewielu zaś jest pacjentów z wynikami skrajnymi.

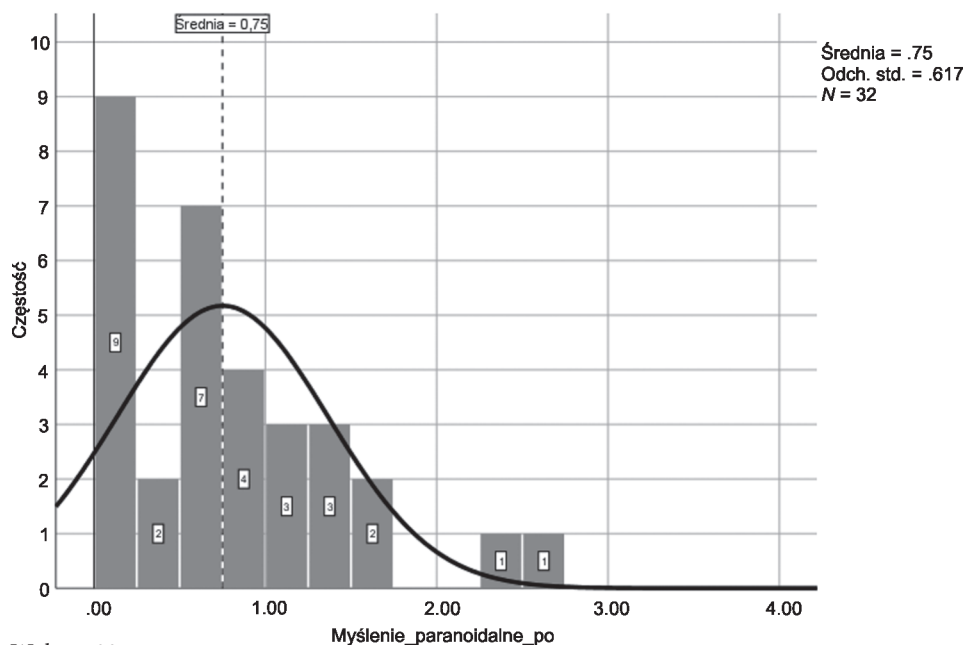
Ponadto, by bardziej obrazowo ukazać zależności psychoterapii i objawu „myślenie paranoidealne”, wyniki badań zostały przedstawione na wykresach. Na wykresie 22 zilustrowano objaw „myślenie paranoidealne” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii, na wykresie 23 zaś – objaw „myślenie paranoidealne” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na skrzynkowym wykresie 24 ukazano istotne odstępstwa objawu „myślenie paranoidealne” od rozkładu normalnego.



Wykres 22

Objaw „myślenie paranoidealne” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii

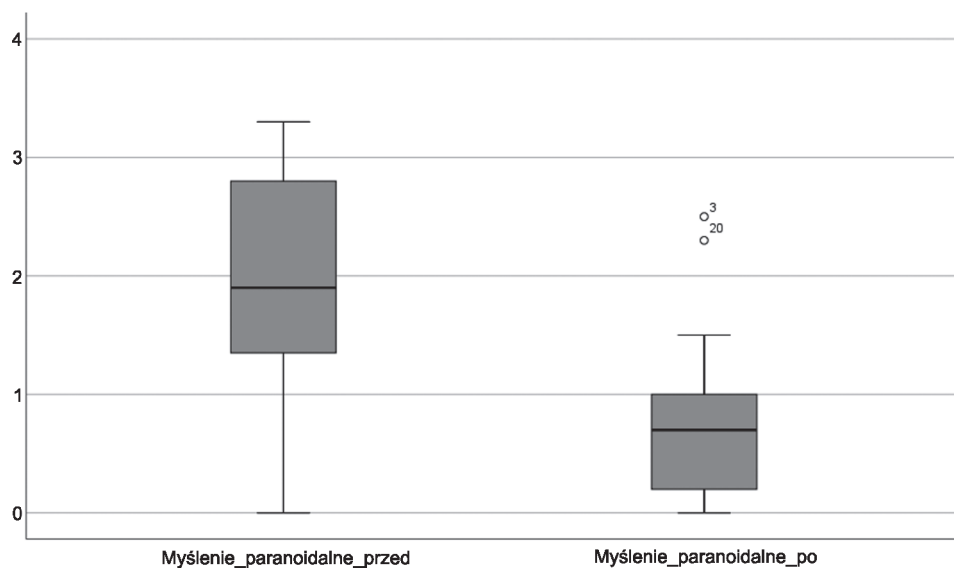
Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 23

Objaw „myślenie paranoidalne” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 24

Wykres skrzynkowy objawu „myślenie paranoidalne” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu

Źródło: Opracowanie własne.

Przedstawione wykresy są potwierdzeniem wyników badań zilustrowanych w tabeli 8. Na ich podstawie można jednoznacznie stwierdzić, iż poziom objawu „myślenie paranoidalne” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii uległ znacznemu obniżeniu. Ponadto z wykresów czytamy, iż opisywany objaw o nasileniu do poziomu 0,5 występował u 3 pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii oraz wystąpił u 11 pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Oznacza to, iż w efekcie przeprowadzonego procesu psychoterapii u przedstawionej liczby pacjentów nastąpiło znaczące zmniejszenie się poziomu opisywanego objawu.

Wykres skrzynkowy 24 potwierdza istotne zmniejszenie się mediany objawów dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na podstawie tego wykresu stwierdzamy również nadmiar wysokich wyników dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii.

Zależność procesu psychoterapii i objawu „psychotyczność”. W celu ustalenia zależności procesu psychoterapii i objawu „psychotyczność” policzono statystyki opisowe przedstawiające objaw „psychotyczność” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii – wyniki zostały zestawione w tabeli 9.

Tabela 9

Statystyki opisowe objawu „psychotyczność”

Zmienne	Psychotyczność	
	przed rozpoczęciem terapii	po zakończeniu terapii
N	ważne	32
	brak danych	0
Średnia	1.4813	.3125
Mediana	1.2000	.2000
Dominanta	.70	.10
Odchylenie standardowe	.68412	.33191
Wariancja	.468	.110
Skośność	.576	2.306
Błąd standardowy skośności	.414	.414
Kurtoza	-1.203	5.919
Błąd standardowy kurtozy	.809	.809
Rozstęp	2.10	1.40

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wyników wskazuje, że średnia objawu „psychotyczność” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii obniżyła się z poziomu 1,48 do poziomu 0,31. Mediana zmniejszyła się z poziomu 1,20 do poziomu 0,2, co oznacza, że co najmniej połowa badanych osiągnęła wyniki poniżej tej wartości. Dominanta zmniejszyła się z poziomu 0,7, do poziomu 0,1, co świadczy o tym, że spośród pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii największa grupa wykazuje objaw na wskazanym poziomie.

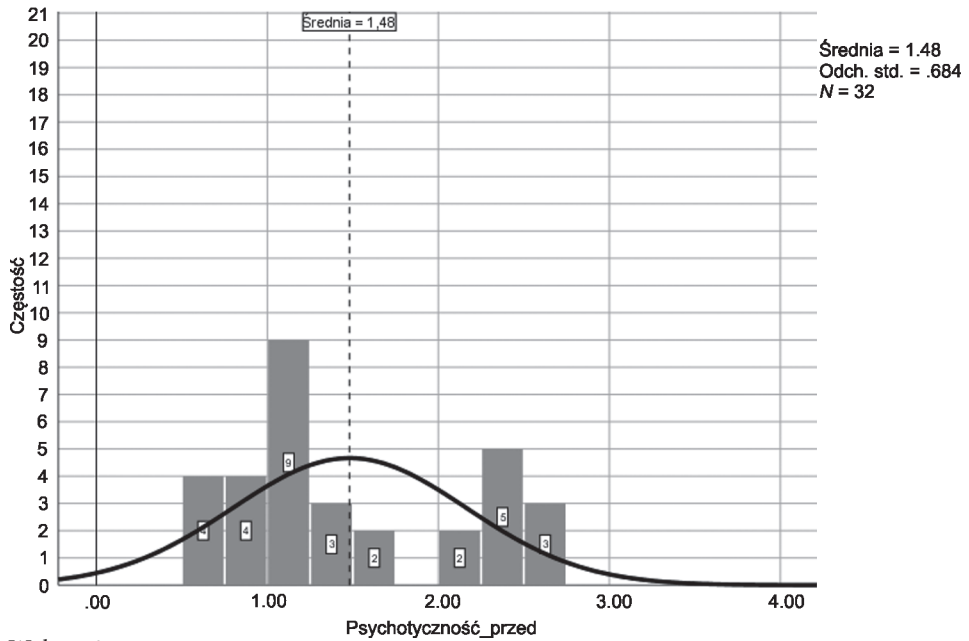
Analiza rozproszenia wyników wskazuje, iż odchylenie standardowe dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyło się z 0,68 do 0,33, a wariancja zmniejszyła się z 0,46 do 0,11. Rozstęp mierzony dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszył się z 2,10 do 1,40. Oznacza to, że u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii nastąpiło znaczne zbliżenie poziomu wyników opisywanego objawu.

Skośność dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zwiększyła się z 0,57 do 2,30, tak więc nastąpił wzrost poziomu asymetrii względem osi pionowej. Kurtoza zwiększyła się z poziomu -1,20 do poziomu 5,91. Nastąpiła zmiana rozkładu z platykurtycznego na leptokurtyczny. Można stwierdzić, iż wyniki pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii w dużej części są zbliżone do średniej, niewielu zaś jest pacjentów z wynikami skrajnymi.

Ponadto, by bardziej obrazowo ukazać zależności psychoterapii i objawu „psychotyczność”, wyniki badań zostały przedstawione na wykresach. Na wykresie 25 zilustrowano objaw „psychotyczność” dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii, a na wykresie 26 – objaw „psychotyczność” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na skrzynkowym wykresie 27 ukazano istotne odstępstwa objawu „psychotyczność” od rozkładu normalnego.

Przedstawione wykresy stanowią potwierdzenie wyników badań zilustrowanych w tabeli 9. Wniosujemy z nich jednoznacznie, iż poziom objawu „psychotyczność” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii uległ znacznemu obniżeniu. Ponadto z wykresów wynika, iż opisywany objaw o nasileniu do poziomu 0,5 nie występował u żadnego z pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii oraz wystąpił u 26 pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Oznacza to, iż w efekcie przeprowadzonego procesu psychoterapii u przedstawionej liczby pacjentów wystąpiło znaczące zmniejszenie się poziomu opisywanego objawu.

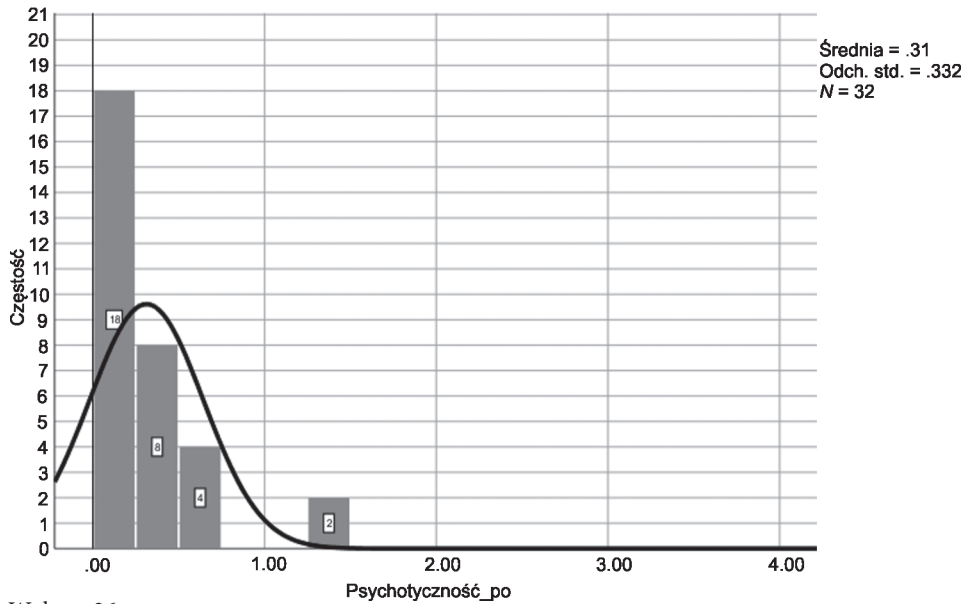
Wykres skrzynkowy 27 potwierdza istotne zmniejszenie się mediany objawów dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Z wykresu czytamy również nadmiar wysokich wyników dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii, w szczególności zaś dla jednego z pacjentów.



Wykres 25

Objaw „psychotyczność” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii

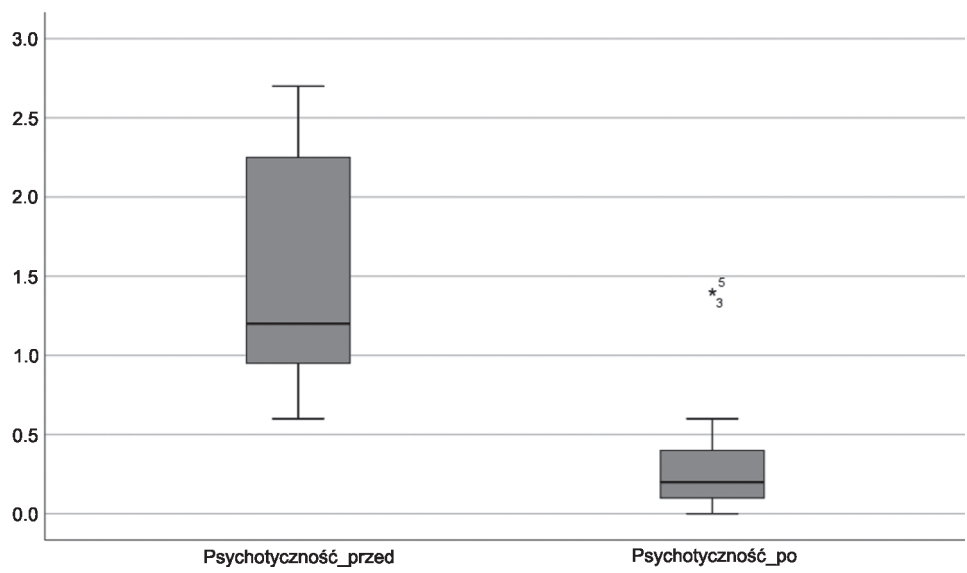
Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 26

Objaw „psychotyczność” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 27
Wykres skrzynkowy objawu „psychotyczność” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu
Źródło: Opracowanie własne.

Zależność procesu psychoterapii i poczucia samotności globalnej. W celu ustalenia zależności procesu psychoterapii i poczucia samotności globalnej policzono statystyki opisowe przedstawiające poczucie samotności dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii i dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii – wyniki zostały ujęte w tabeli 10.

Tabela 10
Statystyki opisowe poczucia samotności globalnej

Zmienne	Samotność globalna		
		przed rozpoczęciem terapii	po zakończeniu terapii
	ważne	32	32
N	brak danych	0	0
Średnia		92.1875	56.5938
Mediana		92.5000	56.0000
Dominanta		93.00	48.00
Odchylenie standardowe		20.19651	9.91857
Wariancja		407.899	98.378

Skośność	-.066	1.173
Błąd standardowy skośności	.414	.414
Kurtoza	-.447	1.356
Błąd standardowy kurtozy	.809	.809
Rozstęp	82.00	42.00

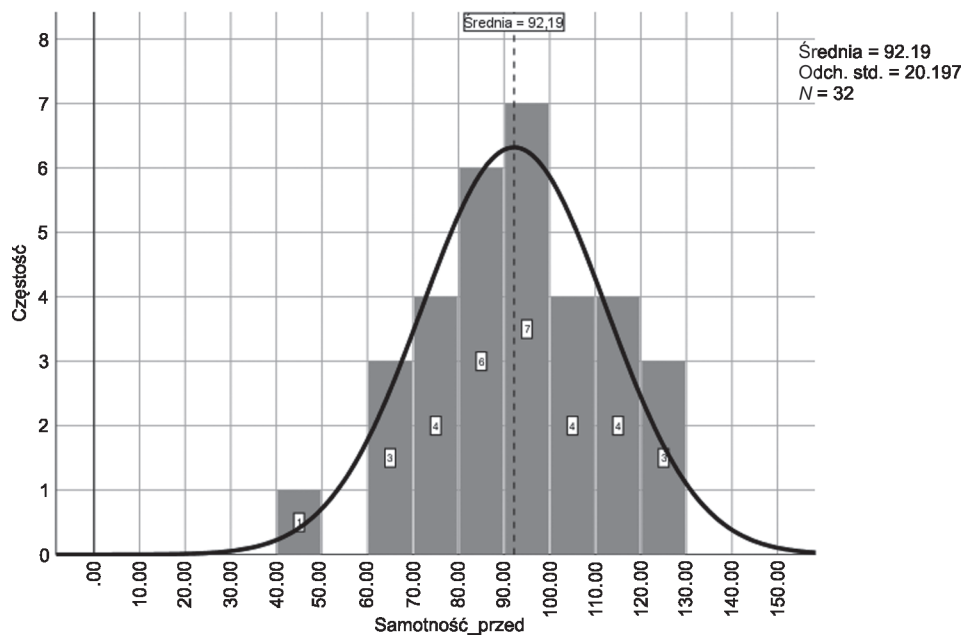
Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wyników wskazuje, że średnia poczucia samotności globalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii obniżyła się z poziomu 92,18 do poziomu 56,59. Mediana zmniejszyła się z poziomu 92,50 do poziomu 56, co oznacza, że co najmniej połowa badanych osiągnęła wyniki poniżej tej wartości. Dominanta zmniejszyła się z poziomu 93, do poziomu 48, co świadczy o tym, że spośród pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii największa grupa wykazuje samotność na wskazanym poziomie.

Analiza rozproszenia wyników wskazuje, iż odchylenie standardowe dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyło się z 20,19 do 9,91, a wariancja zmniejszyła się z 407,89 do 98,37. Rozstęp mierzony dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszył się z 82 do 42. Oznacza to, że u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii nastąpiło znaczne zbliżenie poziomu poczucia samotności.

Skośność dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zwiększyła się z -0,66 do 1,17, tak więc nastąpił wzrost poziomu asymetrii względem osi pionowej. Kurtoza zwiększyła się z poziomu -0,44 do poziomu 1,35. Nastąpiła zmiana rozkładu z platykurtycznego na leptokurtyczny. Można stwierdzić, iż wyniki pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii w dużej części są zbliżone do średniej, niewielu zaś jest pacjentów z wynikami skrajnymi.

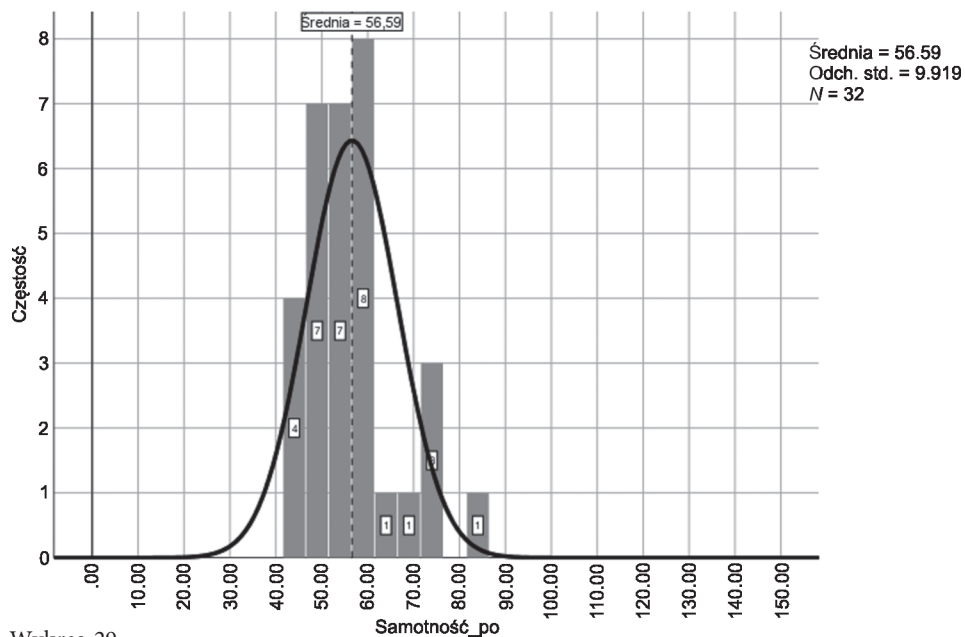
Ponadto, by bardziej obrazowo ukazać zależności psychoterapii i poczucia samotności globalnej, wyniki badań zostały ujęte na wykresach. Na wykresie 28 zaznaczono poziom poczucia samotności dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii, na wykresie 29 zaś – poziom poczucia samotności globalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na skrzynkowym wykresie 30 przedstawiono istotne odstępstwa poziomu poczucia samotności globalnej od rozkładu normalnego.



Wykres 28

Poczucie samotności globalnej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii

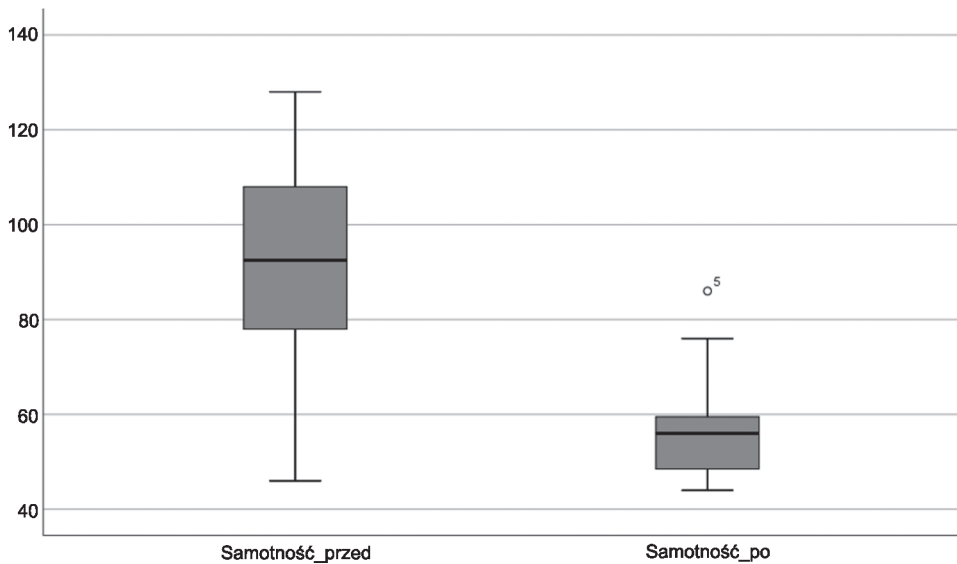
Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 29

Poczucie samotności globalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 30

Wykres skrzynkowy poczucia samotności globalnej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu

Źródło: Opracowanie własne.

Przedstawione wykresy są potwierdzeniem wyników badań ujętych w tabeli 10. Na ich podstawie można jednoznacznie stwierdzić, iż poziom poczucia samotności globalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii uległ znacznemu zmniejszeniu.

Wykres skrzynkowy 30 potwierdza znaczne zmniejszenie się mediany poziomu poczucia samotności globalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Z wykresu czytamy również nadmiar wysokich wyników dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii.

Zależność procesu psychoterapii i poczucia samotności społecznej. W celu ustalenia zależności procesu psychoterapii i poczucia samotności społecznej policzono statystyki opisowe przedstawiające poczucie samotności społecznej dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii i dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii – wyniki zostały zestawione w tabeli 11.

Analiza wyników wskazuje, że średnia poczucia samotności społecznej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii obniżyła się z poziomu 42,65 do poziomu 25,46. Mediana zmniejszyła się z poziomu 41 do poziomu 25, co świadczy o tym, że co najmniej połowa badanych osiągnęła wyniki poniżej tej wartości. Dominanta zmniejszyła się z poziomu 38, do poziomu 21, co oznacza, że spośród pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii największa grupa wykazywała samotność społeczną na wskazanym poziomie.

Tabela 11
Statystyki opisowe poczucia samotności społecznej

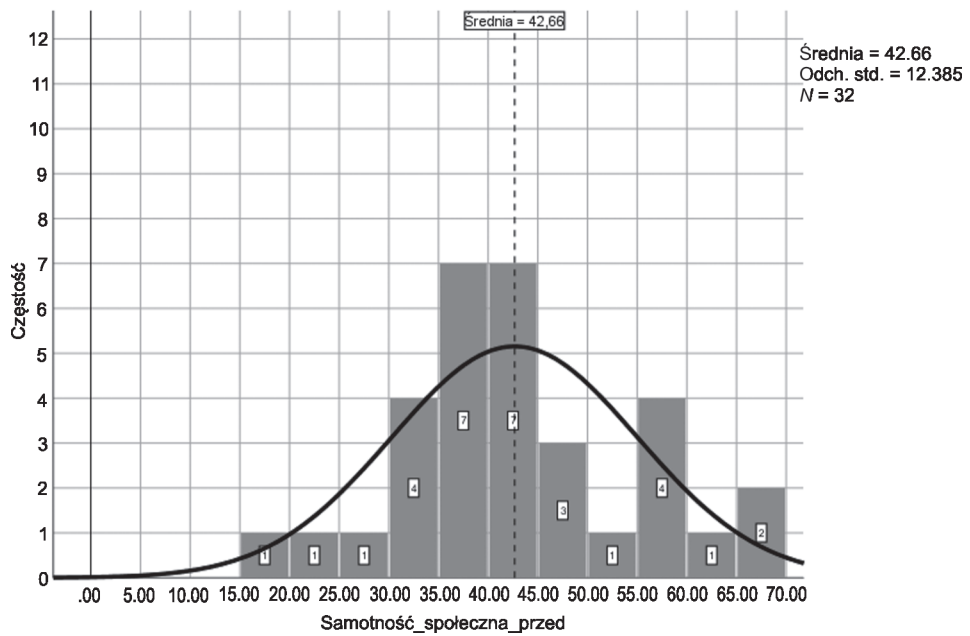
Zmienne	Samotność społeczna	
	przed rozpoczęciem terapii	po zakończeniu terapii
N	ważne	32
	brak danych	0
Średnia		42.6563
Mediana		41.0000
Dominanta		38.00
Odchylenie standardowe		12.38524
Wariancja		153.394
Skośność		.175
Błąd standardowy skośności		.414
Kurtoza		-.126
Błąd standardowy kurtozy		.809
Rozstęp		51.00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza rozproszenia wyników wskazuje, iż odchylenie standardowe dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyło się z 12,38 do 4,91, a wariancja obniżyła się z 153,39 do 24,19. Rozstęp mierzony dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszył się z 51 do 21. Oznacza to, że u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii nastąpiło znaczne zbliżenie poziomu poczucia samotności społecznej.

Skośność dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zwiększyła się z 0,17 do 0,21, tak więc nastąpił wzrost poziomu asymetrii względem osi pionowej. Kurtoza zwiększyła się z poziomu -0,12 do poziomu 0,18. Nastąpiła zmiana rozkładu z platykurtycznego na leptokurtyczny. Można stwierdzić, iż wyniki pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii w dużej części są zbliżone do średniej, niewielu zaś jest pacjentów z wynikami skrajnymi.

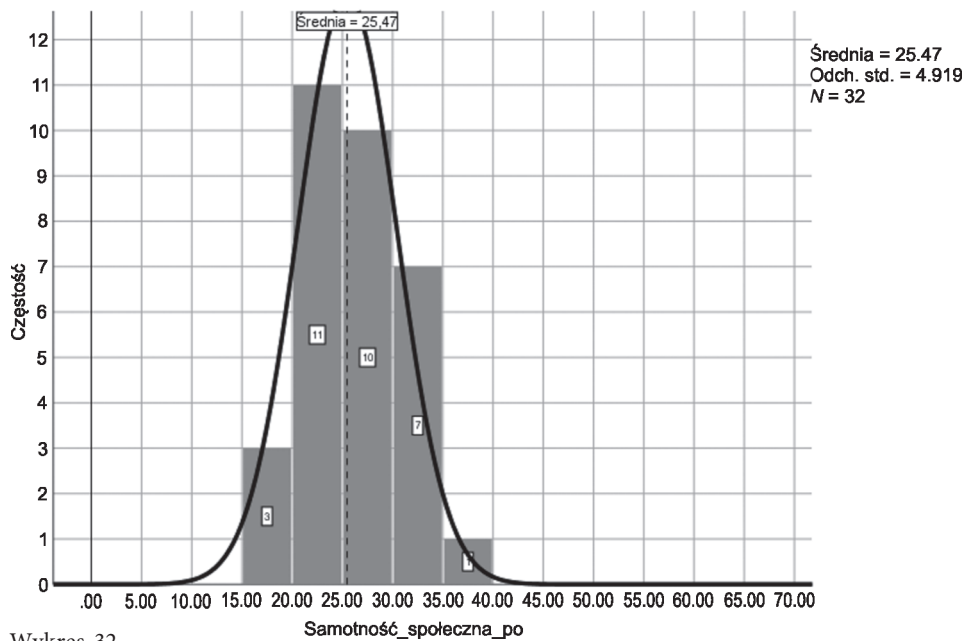
Ponadto, by bardziej obrazowo ukazać zależności psychoterapii i poczucia samotności społecznej, wyniki badań zostały przedstawione na wykresach. Na wykresie 31 zilustrowano poziom poczucia samotności społecznej dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii, na wykresie 32 zaś – poziom poczucia samotności społecznej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na skrzynkowym wykresie 33 ujęto istotne odstępstwa poziomu poczucia samotności społecznej od rozkładu normalnego.



Wykres 31

Poczucie samotności społecznej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii

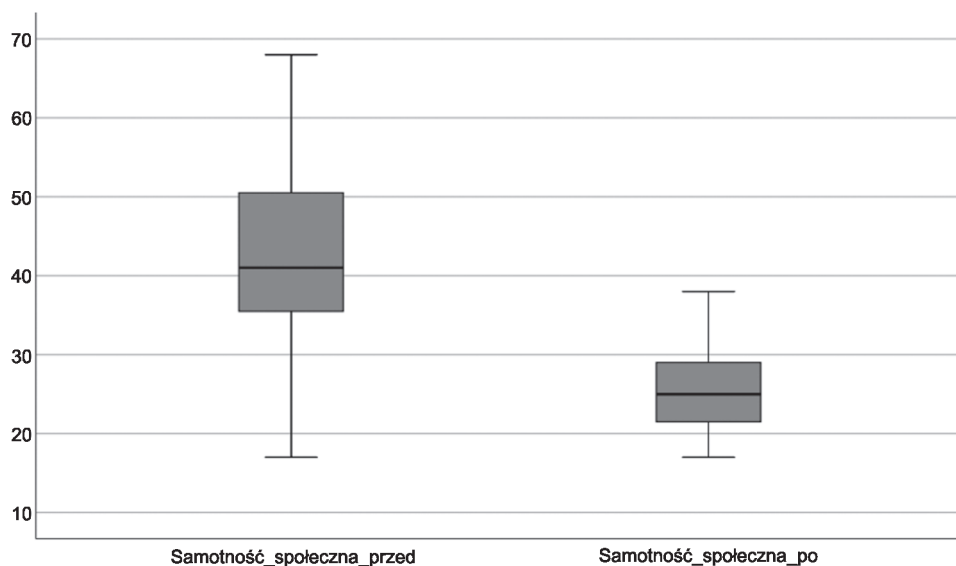
Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 32

Poczucie samotności społecznej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 33

Wykres skrzynkowy poczucia samotności społecznej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu

Źródło: Opracowanie własne (Dołęga, Kita, 2021, s. 192).

Przedstawione wykresy stanowią potwierdzenie wyników badań ujętych w tabeli 11. Czytamy z nich jednoznacznie, iż poziom poczucia samotności społecznej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii uległ znacznemu obniżeniu.

Wykres skrzynkowy 33 potwierdza znaczne zmniejszenie się mediany poziomu poczucia samotności społecznej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii.

Na podstawie wykresu można również stwierdzić, iż nie występują zbyt wysokie lub zbyt niskie wyniki dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii.

Zależność procesu psychoterapii i poczucia samotności emocjonalnej. W celu ustalenia zależności procesu psychoterapii i poczucia samotności emocjonalnej policzono statystyki opisowe ukazujące poczucie samotności emocjonalnej dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii i pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii – wyniki zostały przedstawione w tabeli 12.

Analiza wyników wskazuje, że średnia poczucia samotności emocjonalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyła się z poziomu 24,21 do poziomu 15,50. Mediana obniżyła się z poziomu 24 do poziomu 15, co oznacza, że co najmniej połowa badanych osiągnęła wyniki poniżej tej wartości. Dominanta zmniejszyła się z poziomu 24, do poziomu 14, co świadczy o tym, że spośród pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii największa grupa wykazywała samotność emocjonalną na wskazanym poziomie.

Tabela 12

Statystyki opisowe poczucia samotności emocjonalnej

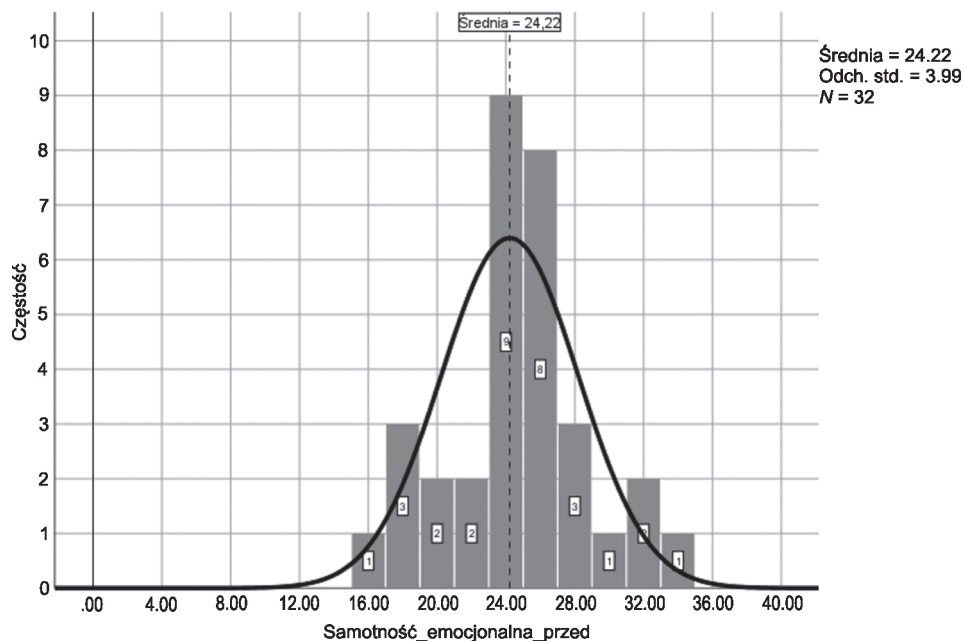
Zmienne	Samotność emocjonalna		
		przed podjęciem terapii	po zakończeniu terapii
N	ważne	32	32
	brak danych	0	0
Średnia		24.2188	15.5000
Mediana		24.0000	15.0000
Dominanta		24.00	14.00
Odchylenie standardowe		3.98978	3.06910
Wariancja		15.918	9.419
Skośność		-.107	1.086
Błąd standardowy skośności		.414	.414
Kurtoza		.276	1.745
Błąd standardowy kurtozy		.809	.809
Rozstęp		17.00	14.00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza rozproszenia wyników wskazuje, iż odchylenie standardowe dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyło się z 3,98 do 3,06, a wariancja zmniejszyła się z 15,91 do 9,41. Rozstęp mierzony dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszył się z 17 do 14. Oznacza to, że u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii nastąpiło znaczne zbliżenie poziomu poczucia samotności emocjonalnej.

Skośność dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zwiększyła się z -0,10 do 1,08, tak więc nastąpił wzrost poziomu asymetrii względem osi pionowej. Kurtoza zwiększyła się z poziomu 0,27 do poziomu 1,74. Występuje rozkład leptokurtyczny. Można stwierdzić, iż wyniki pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii w dużej części są zbliżone do średniej, niewielu zaś jest pacjentów z wynikami skrajnymi.

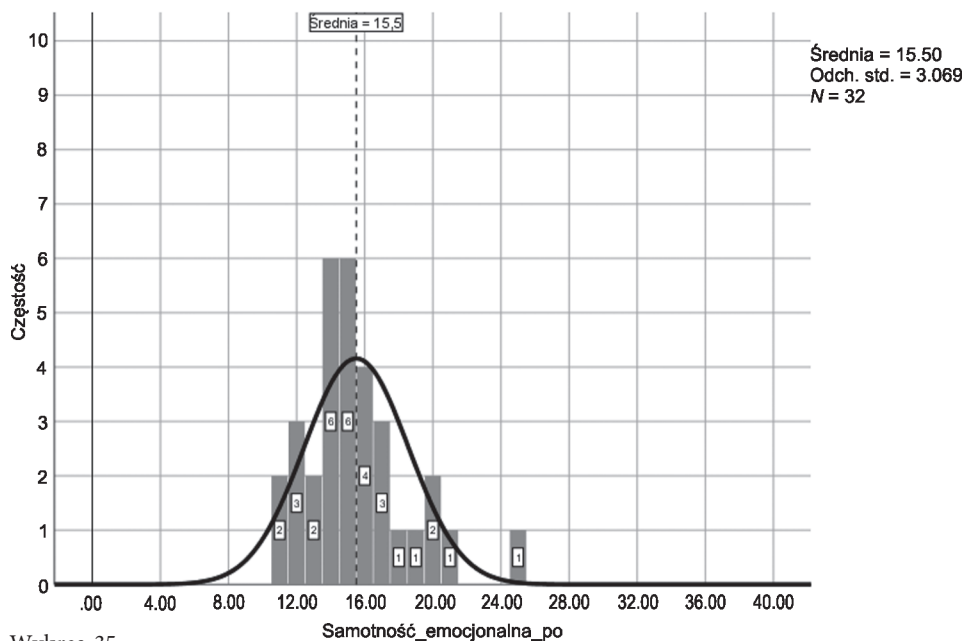
Ponadto, by bardziej obrazowo ukazać zależności psychoterapii i poczucia samotności emocjonalnej, wyniki badań zostały przedstawione na wykresach. Na wykresie 34 zilustrowano poziom poczucia samotności emocjonalnej dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii, na wykresie 35 zaś – poziom poczucia samotności emocjonalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na skrzynkowym wykresie 36 ujęto istotne odstępstwa poziomu poczucia samotności emocjonalnej od rozkładu normalnego.



Wykres 34

Poczucie samotności emocjonalnej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii

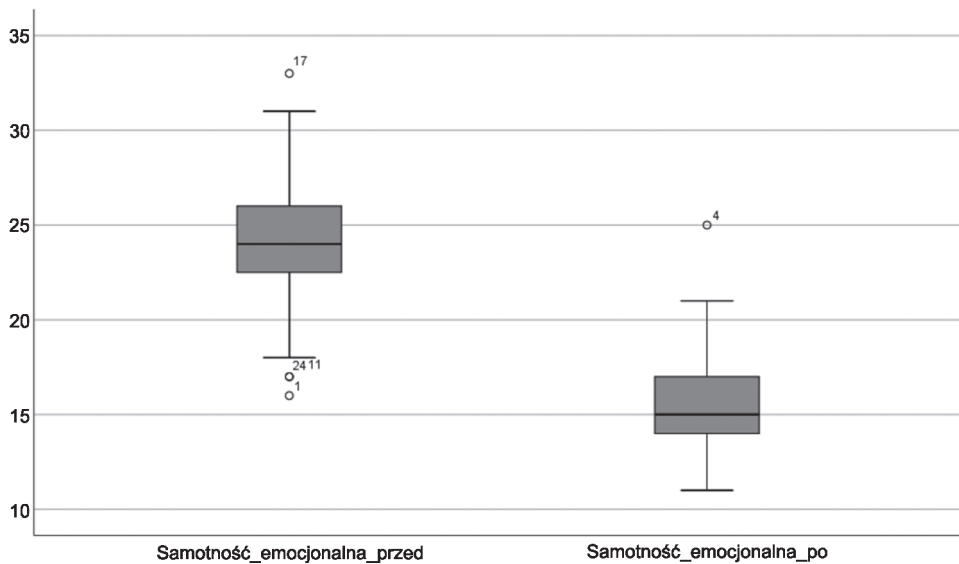
Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 35

Poczucie samotności emocjonalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 36

Wykres skrzynkowy poczucia samotności emocjonalnej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu

Źródło: Opracowanie własne (Dołęga, Kita, 2021, s. 192).

Przedstawione wykresy są potwierdzeniem wyników badań zobrazowanych w tabeli 12. Na ich podstawie można stwierdzić jednoznacznie, iż poziom poczucia samotności emocjonalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii uległ znacznemu zmniejszeniu.

Wykres skrzynkowy 36 potwierdza istotne zmniejszenie się mediany poziomu poczucia samotności emocjonalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Z wykresu wnioskujemy również, iż występowały zbyt wysokie wyniki dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii.

Zależność procesu psychoterapii i poczucia samotności egzystencjalnej.

W celu ustalenia zależności procesu psychoterapii i poczucia samotności egzystencjalnej policzono statystyki opisowe przedstawiające poczucie samotności egzystencjalnej dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii i dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii – wyniki zostały ujęte w tabeli 13.

Analiza wyników wskazuje, że średnia poczucia samotności egzystencjalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii obniżyła się z poziomu 25,31 do poziomu 15,62. Mediana zmniejszyła się z poziomu 24,50 do poziomu 15, co oznacza, że co najmniej połowa badanych osiągnęła wyniki poniżej tej wartości. Dominanta zmniejszyła się z poziomu 23, do poziomu 13, co świadczy o tym, że spośród pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii największa grupa wykazuje samotność egzystencjalną na wskazanym poziomie.

Tabela 13

Statystyki opisowe poczucia samotności egzystencjalnej

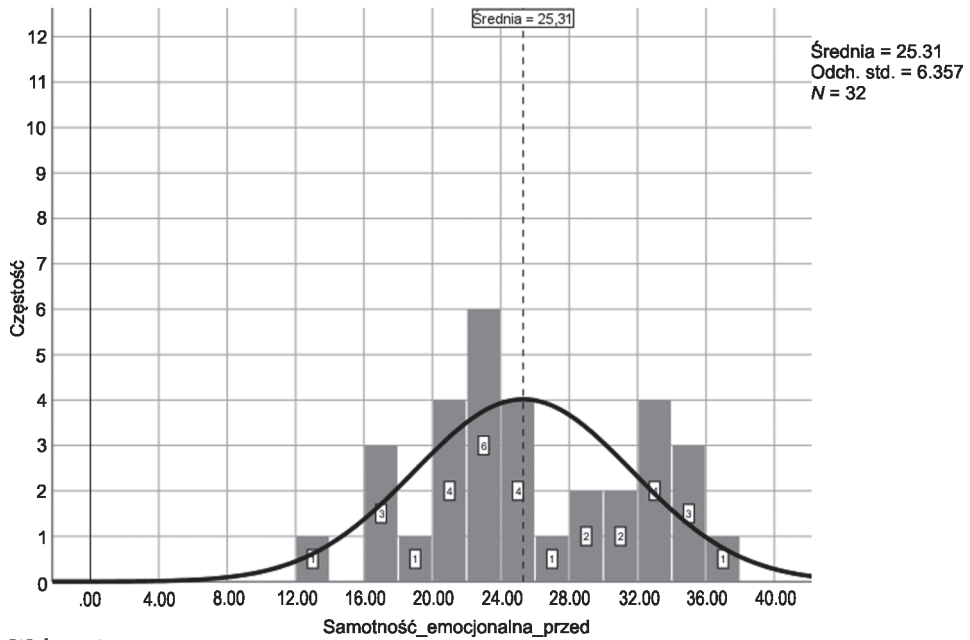
Zmienne	Samotność egzystencjalna	
	przed rozpoczęciem terapii	po zakończeniu terapii
N	ważne	32
	brak danych	0
Średnia		25.3125
Mediana		24.5000
Dominanta		23.00
Odchylenie standardowe		6.35730
Wariancja		40.415
Skośność		.013
Błąd standardowy skośności		.414
Kurtoza		-.977
Błąd standardowy kurtozy		.809
Rozstęp		23.00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza rozproszenia wyników wskazuje, iż odchylenie standardowe dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszyło się z 6,35 do 3,84, a wariancja obniżyła się z 40,41 do 14,75. Rozstęp mierzony dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii zmniejszył się z 23 do 17. Oznacza to, że u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii nastąpiło znaczne zbliżenie poziomu poczucia samotności egzystencjalnej.

Skośność dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii wzrosła z 0,13 do 1,50, tak więc nastąpiło zwiększenie się poziomu asymetrii względem osi pionowej. Kurtoza zwiększyła się z poziomu -0,97 do poziomu 2,19. Nastąpiła zmiana rozkładu z platykurtycznego na leptokurtyczny. Można stwierdzić, iż wyniki pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii w dużej części są zbliżone do średniej, niewielu zaś jest pacjentów z wynikami skrajnymi.

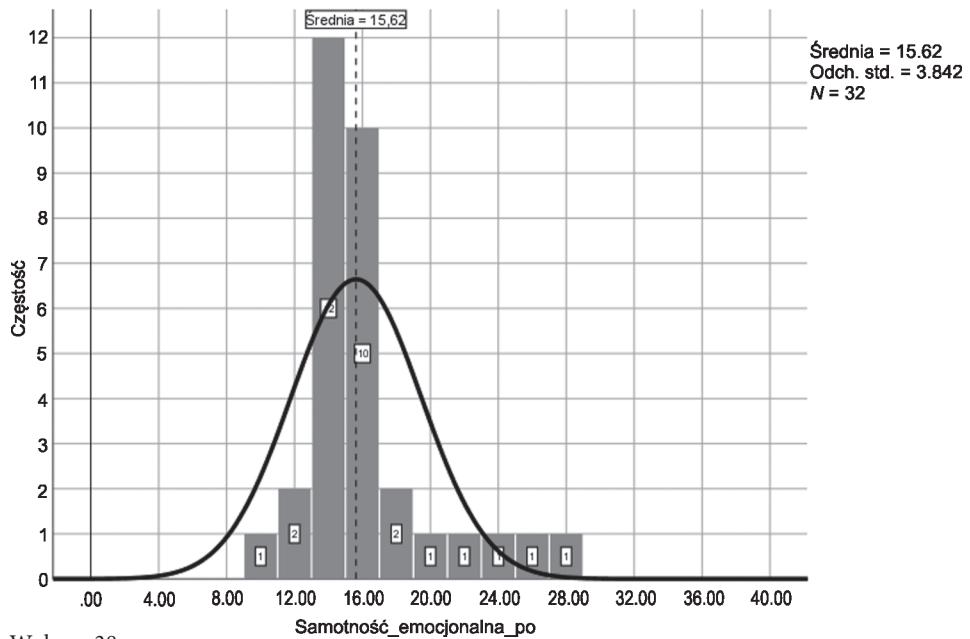
Ponadto, by bardziej obrazowo ukazać zależności psychoterapii i poczucia samotności egzystencjalnej, wyniki badań zostały przedstawione w postaci wykresów. Na wykresie 37 zilustrowano poziom poczucia samotności egzystencjalnej dla pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii, na wykresie 38 zaś – poziom poczucia samotności egzystencjalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na skrzynkowym wykresie 39 ujęto istotne odstępstwa poziomu poczucia samotności egzystencjalnej od rozkładu normalnego.



Wykres 37

Poczucie samotności egzystencjalnej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii

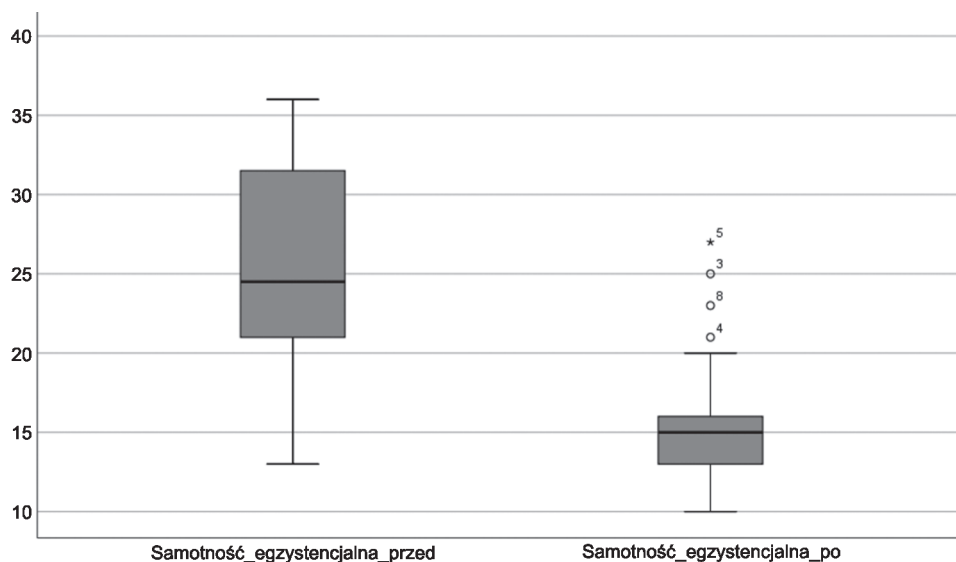
Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 38

Poczucie samotności egzystencjalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 39

Wykres skrzynkowy poczucia samotności egzystencjalnej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu

Źródło: Opracowanie własne (Dołęga, Kita, 2021, s. 193).

Przedstawione wykresy stanowią potwierdzenie wyników badań zestawionych w tabeli 13. Świadczą one jednoznacznie, iż poziom poczucia samotności egzystencjalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii uległ znacznemu zmniejszeniu.

Wykres 39 skrzynkowy potwierdza znaczne zmniejszenie się mediany poziomu poczucia samotności egzystencjalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii. Na podstawie wykresu można stwierdzić również, iż wystąpiły zbyt wysokie wyniki dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii.

Z przedstawionych wyników badań czytamy jednoznacznie, iż w efekcie procesu psychoterapii integracyjnej u pacjentów w sposób istotny zmniejszył się poziom występowania objawów psychopatologicznych oraz poziom poszczególnych rodzajów poczucia samotności – hipoteza pierwsza w pełni się potwierdziła.

3.4. Analiza i weryfikacja szczegółowej hipotezy drugiej

Szczegółowa hipoteza druga została sformułowana w następujący sposób: Istnieje silna, dodatnia korelacja poziomu objawów psychopatologicznych oraz poziomu poszczególnych rodzajów samotności dla pacjentów objętych procesem psychoterapii integracyjnej.

W celu dokonania analizy i weryfikacji przedstawionej hipotezy w pierwszej kolejności została dokonana analiza korelacji objawów psychopatologicznych występujących u pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii i poszczególnych rodzajów samotności, a następnie analiza korelacji objawów psychopatologicznych występujących u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii i poszczególnych rodzajów samotności.

Korelacja objawów psychopatologicznych występujących u pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii i poszczególnych rodzajów samotności. By ustalić korelację objawów psychopatologicznych występujących u pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii i poszczególnych rodzajów samotności w pierwszej kolejności sformułowano hipotezę zerową H_0 o następującej treści:

H_0 – objawy psychopatologiczne występujące u pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii nie korelują z poszczególnymi rodzajami samotności.

W następnej kolejności policzono poziomy istotności testu dla objawów psychopatologicznych oraz poziomów poczucia samotności. Przyjęto, iż test jest istotny statystycznie dla $p < 0,05$ – wyniki zostały przedstawione w tabeli 14.

Tabela 14

Poziom istotności testu dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii, korelacja r -Pearsona

Objaw	Współczynnik	Samotność			
		społeczna	emocjonalna	egzystencjalna	globalna
Somatyzacje	korelacja r -Pearsona	-.028	-.038	-.031	-.035
	istotność (dwustronna)	.879	.837	.866	.851
	N	32	32	32	32
Natręctwa	korelacja r -Pearsona	.072	.079	.303	.155
	istotność (dwustronna)	.694	.665	.092	.396
	N	32	32	32	32
Nadwrażliwość interpersonalna	korelacja r -Pearsona	.557	.507	.608	.633
	istotność (dwustronna)	.001	.003	.000	.000
	N	32	32	32	32
Depresja	korelacja r -Pearsona	.454	.246	.419	.459
	istotność (dwustronna)	.009	.175	.017	.008
	N	32	32	32	32

cd. tab. 14

Lęk	korelacja <i>r</i> -Pearsona	.079	.118	.239	.147
	istotność (dwustronna)	.668	.521	.188	.423
	<i>N</i>	32	32	32	32
Wrogość	korelacja <i>r</i> -Pearsona	.022	.195	.288	.142
	istotność (dwustronna)	.906	.285	.110	.437
	<i>N</i>	32	32	32	32
Fobie	korelacja <i>r</i> -Pearsona	.136	.066	.238	.172
	istotność (dwustronna)	.457	.718	.189	.347
	<i>N</i>	32	32	32	32
Myślenie paranoi- dalne	korelacja <i>r</i> -Pearsona	.489	.396	.593	.565
	istotność (dwustronna)	.004	.025	.000	.001
	<i>N</i>	32	32	32	32
Psycho- tyczność	korelacja <i>r</i> -Pearsona	.411	.387	.503	.487
	istotność (dwustronna)	.019	.029	.003	.005
	<i>N</i>	32	32	32	32

Źródło: Opracowanie własne (Dołęga, Kita, 2021, s. 194–195).

Na podstawie tabeli 14 można stwierdzić, iż wynik jest istotny statystycznie dla korelacji pomiędzy:

- nadwrażliwością interpersonalną a wszystkimi rodzajami poczucia samotności,
- depresją a poczuciem ogólnej samotności, poczuciem samotności społecznej oraz poczuciem samotności egzystencjalnej,
- myśleniem paranoidalnym a wszystkimi rodzajami poczucia samotności,
- psychotycznością a wszystkimi rodzajami poczucia samotności.

W tabeli 14 znajdują się ponadto wyniki przedstawiające korelację *r*-Pearsona objawów psychopatologicznych występujących u pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii z poszczególnymi rodzajami samotności. Przyjęto interpretację poszczególnych zakresów wartości współczynnika *r*-Pearsona (za: Bedyńska, Brzezicka, red., 2007). Zgodnie z przedstawioną propozycją przyjęto, iż dla wartości *r* w zakresie od 0 do 0,3 nie istnieje korelacja lub też jest ona bardzo słaba, dla wartości *r* w zakresie powyżej 0,3 do 0,5 istnieje korelacja umiarkowana, dla wartości *r* w zakresie powyżej 0,5 do 0,7 istnieje korelacja silna, a dla wartości *r* w zakresie powyżej 0,7 do 1 istnieje korelacja bardzo silna. Analogicznie przyjęto korelację ujemną dla wartości *r* w zakresie od 0 do -1.

Z tabeli 14 wynika, że istnieje silna dodatnia korelacja pomiędzy nadwrażliwością interpersonalną a poczuciem samotności społecznej ($r = 0,557$; $p < 0,05$), silna dodatnia korelacja pomiędzy nadwrażliwością interpersonalną a poczuciem samotności emocjonalnej ($r = 0,507$; $p < 0,05$), silna dodatnia korelacja pomiędzy nadwrażliwością interpersonalną a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,608$; $p < 0,001$), silna dodatnia korelacja pomiędzy nadwrażliwością interpersonalną a poczuciem ogólnej samotności ($r = 0,633$; $p < 0,001$).

Z tabeli 14 wnioskujemy również, że istnieje umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy depresją a poczuciem samotności społecznej ($r = 0,454$; $p < 0,05$), umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy depresją a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,419$; $p < 0,05$), umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy depresją a poczuciem ogólnej samotności ($r = 0,459$; $p < 0,05$).

Z tabeli 14 czytamy także, że istnieje umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy myśleniem paranoidalnym a poczuciem samotności społecznej ($r = 0,489$; $p < 0,05$), umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy myśleniem paranoidalnym a poczuciem samotności emocjonalnej ($r = 0,396$; $p < 0,05$), silna dodatnia korelacja pomiędzy myśleniem paranoidalnym a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,593$; $p < 0,001$), silna dodatnia korelacja pomiędzy myśleniem paranoidalnym a poczuciem ogólnej samotności ($r = 0,565$; $p < 0,05$).

Na podstawie tabeli 14 można stwierdzić, że istnieje umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy psychotycznością a poczuciem samotności społecznej ($r = 0,411$; $p < 0,05$), umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy psychotycznością a poczuciem samotności emocjonalnej ($r = 0,387$; $p < 0,05$), silna dodatnia korelacja pomiędzy psychotycznością a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,503$; $p < 0,05$), umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy myśleniem paranoidalnym a poczuciem ogólnej samotności ($r = 0,487$; $p < 0,05$).

W celu weryfikacji prawidłowości wyników otrzymanych w badaniu i zestawionych w tabeli 14 sporządzono wykresy rozrzutu dla korelacji r -Pearsona istotnych statystycznie, które potwierdziły, że współczynniki korelacji zostały policzone w sposób prawidłowy.

Korelacja objawów psychopatologicznych występujących u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii i poszczególnych rodzajów samotności. W celu ustalenia korelacji objawów psychopatologicznych występujących u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii i poszczególnych rodzajów samotności w pierwszej kolejności sformułowano hipotezę zerową H_0 o następującej treści:

H_0 – objawy psychopatologiczne występujące u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii nie korelują z poszczególnymi rodzajami samotności.

W następnej kolejności policzono poziomy istotności testu dla objawów psychopatologicznych oraz poziomów poczucia samotności. Przyjęto, że test jest istotny statystycznie dla $p < 0,05$ – wyniki zostały przedstawione w tabeli 15.

Tabela 15

Poziom istotności testu dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii, korelacja r -Pearsona (objawy psychopatologiczne a samotność)

Objaw	Współczynnik	Samotność			
		społeczna	emocjonalna	egzystencjalna	globalna
Somatyzacje	korelacja r -Pearsona	.366	.421	.583	.537
	istotność (dwustronna)	.039	.017	.000	.002
	N	32	32	32	32
Natręctwa	korelacja r -Pearsona	.291	.261	.481	.411
	istotność (dwustronna)	.106	.149	.005	.019
	N	32	32	32	32
Nadwrażliwość interpersonalna	korelacja r -Pearsona	.512	.308	.652	.602
	istotność (dwustronna)	.003	.087	.000	.000
	N	32	32	32	32
Depresja	korelacja r -Pearsona	.375	.239	.461	.439
	istotność (dwustronna)	.035	.187	.008	.012
	N	32	32	32	32
Lęk	korelacja r -Pearsona	.252	.159	.441	.345
	istotność (dwustronna)	.163	.386	.011	.053
	N	32	32	32	32
Wrogość	korelacja r -Pearsona	.300	.459	.497	.483
	istotność (dwustronna)	.096	.008	.004	.005
	N	32	32	32	32
Fobie	korelacja r -Pearsona	.397	.183	.608	.489
	istotność (dwustronna)	.025	.316	.000	.005
	N	32	32	32	32
Myślenie paranoi-dalne	korelacja r -Pearsona	.367	.348	.463	.469
	istotność (dwustronna)	.039	.051	.008	.007
	N	32	32	32	32

Psychotycz- ność	korelacja r -Pearsona	.415	.320	.636	.551
	istotność (dwustronna)	.018	.074	.000	.001
	N	32	32	32	32

Źródło: Opracowanie własne (Dołęga, Kita, 2021, s. 196–197).

Z tabeli 15 można wnioskować, że wynik jest istotny statystycznie dla korelacji pomiędzy:

- somatyzacjami a wszystkimi rodzajami poczucia samotności,
- natręctwami a poczuciem ogólnej samotności oraz poczuciem samotności egzystencjalnej,
- nadwrażliwością interpersonalną a poczuciem ogólnej samotności, poczuciem samotności społecznej oraz poczuciem samotności egzystencjalnej,
- depresją a poczuciem ogólnej samotności, poczuciem samotności społecznej oraz poczuciem samotności egzystencjalnej,
- lękiem a poczuciem samotności egzystencjalnej,
- wrogością a poczuciem ogólnej samotności, poczuciem samotności emocjonalnej oraz poczuciem samotności egzystencjalnej,
- fobiami a poczuciem ogólnej samotności, poczuciem samotności społecznej oraz poczuciem samotności egzystencjalnej,
- myśleniem paranoidalnym a poczuciem ogólnej samotności, poczuciem samotności społecznej oraz poczuciem samotności egzystencjalnej,
- psychotycznością a poczuciem ogólnej samotności, poczuciem samotności społecznej oraz poczuciem samotności egzystencjalnej.

W tabeli 15 znajdują się ponadto wyniki przedstawiające korelację r -Pearsona objawów psychopatologicznych występujących u pacjentów rozpoczynających proces psychoterapii z poszczególnymi rodzajami samotności. Przyjęto interpretację konkretnych zakresów wartości współczynnika r -Pearsona (za: Bedyńska, Brzezicka, red., 2007). Zgodnie z przedstawioną propozycją przyjęto, że dla wartości r w zakresie od 0 do 0,3 nie istnieje korelacja lub też jest ona bardzo słaba, dla wartości r w zakresie powyżej 0,3 do 0,5 istnieje korelacja umiarkowana, dla wartości r w zakresie powyżej 0,5 do 0,7 istnieje korelacja silna, a dla wartości r w zakresie powyżej 0,7 do 1 istnieje korelacja bardzo silna. Analogicznie przyjęto korelację ujemną dla wartości r w zakresie od 0 do -1.

Z tabeli 15 wynika, że istnieje umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy somatyzacjami a poczuciem samotności społecznej ($r = 0,366$; $p < 0,05$), umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy somatyzacjami a poczuciem samotności emocjonalnej ($r = 0,421$; $p < 0,05$), silna dodatnia korelacja pomiędzy somatyzacjami a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,583$; $p < 0,001$), silna dodatnia korelacja pomiędzy somatyzacjami a poczuciem ogólnej samotności ($r = 0,537$; $p < 0,001$).

Z tabeli 15 wnioskujemy również, że istnieje umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy natręctwami a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,481$; $p < 0,05$), umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy natręctwami a poczuciem ogólnej samotności ($r = 0,411$; $p < 0,05$).

Na podstawie tabeli 15 można także wnioskować, iż istnieje silna dodatnia korelacja pomiędzy nadwrażliwością interpersonalną a poczuciem samotności społecznej ($r = 0,512$; $p < 0,05$), silna dodatnia korelacja pomiędzy nadwrażliwością interpersonalną a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,652$; $p < 0,001$), silna dodatnia korelacja pomiędzy nadwrażliwością interpersonalną a poczuciem ogólnej samotności ($r = 0,602$; $p < 0,001$).

Z tabeli 15 czytamy też, że istnieje umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy depresją a poczuciem samotności społecznej ($r = 0,375$; $p < 0,05$), umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy depresją a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,461$; $p < 0,05$), umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy depresją a poczuciem ogólnej samotności ($r = 0,439$; $p < 0,001$).

Z tabeli 15 wynika, iż istnieje umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy lękiem a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,441$; $p < 0,05$).

Tabela 15 dostarcza danych, na których podstawie stwierdzamy, że istnieje umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy wrogością a poczuciem samotności emocjonalnej ($r = 0,459$; $p < 0,05$), umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy wrogością a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,497$; $p < 0,05$), umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy wrogością a poczuciem ogólnej samotności ($r = 0,483$; $p < 0,05$).

Z tej samej tabeli 15 wnioskujemy, iż istnieje umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy fobiami a poczuciem samotności społecznej ($r = 0,397$; $p < 0,05$), silna dodatnia korelacja pomiędzy fobiami a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,608$; $p < 0,001$), umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy fobiami a poczuciem ogólnej samotności ($r = 0,489$; $p < 0,05$).

Dane z tabeli 15 pozwalają stwierdzić, że istnieje umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy myśleniem paranoidalnym a poczuciem samotności społecznej ($r = 0,367$; $p < 0,05$), umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy myśleniem paranoidalnym a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,463$; $p < 0,05$), umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy myśleniem paranoidalnym a poczuciem ogólnej samotności ($r = 0,469$; $p < 0,05$).

W tabeli 15 czytamy też, iż istnieje umiarkowana dodatnia korelacja pomiędzy psychotycznością a poczuciem samotności społecznej ($r = 0,415$; $p < 0,05$), silna, dodatnia korelacja pomiędzy psychotycznością a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,636$; $p < 0,001$), silna dodatnia korelacja pomiędzy psychotycznością a poczuciem ogólnej samotności ($r = 0,551$; $p < 0,001$).

W celu weryfikacji prawidłowości wyników otrzymanych w badaniu i zestawionych w tabeli 15 sporządzono wykresy rozrzutu dla korelacji r -Pearsona

istotnych statystycznie, które potwierdziły, że współczynniki korelacji zostały policzone w sposób prawidłowy.

Z przedstawionych wyników badań należy wnioskować, że istnieje współzależność niektórych objawów psychopatologicznych oraz poszczególnych rodzajów samotności, przy czym wszystkie występujące korelacje mają charakter korelacji dodatnich. Korelacja dodatnia oznacza, iż wzrostowi jednej zmiennej towarzyszy wzrost drugiej zmiennej, a zmniejszaniu się jednej zmiennej towarzyszy zmniejszanie się drugiej zmiennej. Z przeprowadzonych badań wynika jednoznacznie, iż zarówno poziomy objawów psychopatologicznych, jak i poziomy poszczególnych rodzajów poczucia samotności uległy znacznemu zmniejszeniu, co potwierdza występowanie współzależności dodatniej.

Zgodnie z treścią hipotezy szczegółowej w dalszym ciągu rozważane będą korelacje mające charakter korelacji silnych, a więc dla r równego 0,5 lub większego od 0,5. Z badań wynika, że występowanie omawianych korelacji oraz ich siła (stopień) są uzależnione od tego, czy pacjent znajduje się na początku procesu psychoterapii czy też po jego zakończeniu. Na początku procesu psychoterapii występowały silne korelacje pomiędzy:

- a) nadwrażliwością interpersonalną a poczuciem samotności społecznej ($r = 0,557$), poczuciem samotności emocjonalnej ($r = 0,507$), poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,608$) oraz poczuciem samotności globalnej czyli samotności w ujęciu ogólnym ($r = 0,633$),
- b) myśleniem paranoidalnym a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,593$) oraz poczuciem samotności w ujęciu ogólnym ($r = 0,565$),
- c) psychotycznością a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,503$).

Z kolei po zakończeniu procesu psychoterapii występowały silne korelacje pomiędzy:

- a) somatyzacjami a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,583$) oraz poczuciem samotności w ujęciu ogólnym ($r = 0,537$),
- b) nadwrażliwością interpersonalną a poczuciem samotności społecznej ($r = 0,512$), poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,652$) oraz poczuciem samotności w ujęciu ogólnym ($r = 0,602$),
- c) fobiami a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,608$),
- d) psychotycznością a poczuciem samotności egzystencjalnej ($r = 0,636$).

Z przeprowadzonych badań wynika, iż najwyższa z występujących korelacji to korelacja pomiędzy nadwrażliwością interpersonalną a samotnością egzystencjalną występująca u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii ($r = 0,652$). Z przeprowadzonych badań wynika również, że pomiędzy badanymi zmiennymi nie występują bardzo silne korelacje (dla r powyżej 0,7). Z badań wnioskujemy ponadto, iż z poszczególnymi rodzajami poczucia samotności najczęściej koreluje objaw „nadwrażliwość interpersonalna” (cztery korelacje

dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i trzy korelacje dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii). Z kolei z poszczególnymi objawami psychopatologicznymi najczęściej koreluje zmienna „poczucie samotności egzystencjalnej”.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż sformułowana hipoteza dotycząca silnej dodatniej korelacji poziomu występowania objawów psychopatologicznych oraz poziomu poszczególnych rodzajów poczucia samotności została potwierdzona jedynie częściowo.

3.5. Analiza i weryfikacja szczegółowej hipotezy trzeciej

Szczegółowa hipoteza trzecia została sformułowana w następujący sposób: Liczba sesji w procesie psychoterapii integracyjnej nie pozostaje w zależności z poziomem objawów psychopatologicznych ani z poziomem poszczególnych rodzajów samotności.

W celu przeanalizowania i zweryfikowania przedstawionej hipotezy zostanie przeprowadzona analiza zależności liczby sesji odbywanych przez pacjentów i poziomu objawów psychopatologicznych oraz poziomu poszczególnych rodzajów samotności. Pacjenci odbyli po 50–80 sesji.

W celu ustalenia zależności liczby sesji odbywanych przez pacjentów i poziomu objawów psychopatologicznych oraz poziomu poczucia poszczególnych rodzajów samotności została przeprowadzona analiza regresji jednozmiennowej. Zmienną niezależną (predyktorem) jest liczba sesji, zmiennymi zależnymi zaś – poziom objawów psychopatologicznych po zakończeniu procesu psychoterapii oraz poziom poczucia poszczególnych rodzajów samotności po zakończeniu procesu psychoterapii.

W pierwszej kolejności należało zbadać występowanie korelacji między zmienną niezależną (predyktorem) a zmiennymi zależnymi. Sformułowano hipotezę zerową H_0 o następującej treści:

H_0 – liczba sesji nie koreluje z poziomem objawów psychopatologicznych ani z poziomem poszczególnych rodzajów samotności występujących po zakończeniu procesu psychoterapii.

W następnej kolejności policzono poziomy istotności testu dla liczby sesji oraz stopnia objawów psychopatologicznych i stopnia poczucia poszczególnych rodzajów samotności. Przyjęto, iż test jest istotny statystycznie dla $p < 0,05$ – wyniki zostały przedstawione w tabeli 16.

Tabela 16

Poziom istotności testu dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii, korelacja *r*-Pearsona (objawy psychopatologiczne i samotność a liczba sesji)

Objaw	Współczynnik	Poziom zależności objawu od liczby sesji
Somatyzacje	korelacja <i>r</i> -Pearsona	-.339
	istotność (dwustronna)	.058
	<i>N</i>	32
Natręctwa	korelacja <i>r</i> -Pearsona	-.296
	istotność (dwustronna)	.100
	<i>N</i>	32
Nadwrażliwość interpersonalna	korelacja <i>r</i> -Pearsona	-.171
	istotność (dwustronna)	.350
	<i>N</i>	32
Depresja	korelacja <i>r</i> -Pearsona	-.160
	istotność (dwustronna)	.381
	<i>N</i>	32
Lęk	korelacja <i>r</i> -Pearsona	-.291
	istotność (dwustronna)	.107
	<i>N</i>	32
Wrogość	korelacja <i>r</i> -Pearsona	-.398
	istotność (dwustronna)	.024
	<i>N</i>	32
Fobie	korelacja <i>r</i> -Pearsona	-.301
	istotność (dwustronna)	.094
	<i>N</i>	32
Myślenie paranoidalne	korelacja <i>r</i> -Pearsona	-.439
	istotność (dwustronna)	.012
	<i>N</i>	32
Psychotyczność	korelacja <i>r</i> -Pearsona	-.351
	istotność (dwustronna)	.049
	<i>N</i>	32

cd. tab. 16

Samotność społeczna	korelacja <i>r</i> -Pearsona	-.105
	istotność (dwustronna)	.567
	<i>N</i>	32
Samotność emocjonalna	korelacja <i>r</i> -Pearsona	-.203
	istotność (dwustronna)	.266
	<i>N</i>	32
Samotność egzystencjalna	korelacja <i>r</i> -Pearsona	-.209
	istotność (dwustronna)	.252
	<i>N</i>	32
Samotność globalna	korelacja <i>r</i> -Pearsona	-.196
	istotność (dwustronna)	.283
	<i>N</i>	32

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie danych z tabeli 16 można wnioskować, iż wynik jest istotny statystycznie dla korelacji pomiędzy:

- a) liczbą sesji a wrogością,
- b) liczbą sesji a myśleniem paranoidalnym,
- c) liczbą sesji a psychotycznością.

W tabeli 16 znajdują się ponadto wyniki przedstawiające korelację *r*-Pearsona liczby sesji z poziomem objawów psychopatologicznych po zakończeniu procesu psychoterapii oraz poziom poczucia poszczególnych rodzajów samotności po zakończeniu procesu psychoterapii. Przyjęto interpretację poszczególnych zakresów wartości współczynnika *r*-Pearsona (za: Bedyńska, Brzezicka, red., 2007).

Z tabeli 16 wynika, iż istnieje umiarkowana ujemna korelacja pomiędzy liczbą sesji a poziomem wrogości ($r = -0,398$; $p < 0,05$), umiarkowana ujemna korelacja pomiędzy liczbą sesji a poziomem myślenia paranoidalnego ($r = -0,439$; $p < 0,05$), umiarkowana ujemna korelacja pomiędzy liczbą sesji a poziomem psychotyczności ($r = -0,351$; $p < 0,05$).

W celu weryfikacji prawidłowości wyników otrzymanych w badaniu i zestawionych w tabeli 16 sporządzono wykresy rozrzutu dla korelacji *r*-Pearsona istotnych statystycznie, które potwierdziły, że współczynniki korelacji zostały policzone w sposób prawidłowy.

Po dokonaniu obliczeń korelacji oraz przedstawieniu ich w postaci wykresów rozrzutu możliwe jest obliczenie regresji jednozmiennowej, przy czym analiza

regresji została dokonana wyłącznie dla par zmiennych, w których występuje korelacja pomiędzy predyktorem a zmienną zależną.

Wyniki obliczeń analizy regresji jednozmiennowej predyktora liczba sesji oraz zmiennej zależnej „wrogość” zostały przedstawione w tabelach 17–19.

Tabela 17

Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „wrogość” – ANOVA

ANOVA ^{a)}						
	model	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	istotność
1	Regresja	.814	1	.814	5.630	.024 ^{b)}
	Reszta	4.335	30	.145	–	–
	Ogółem	5.149	31	–	–	–

^{a)} Zmienna zależna: Wrogość_po

^{b)} Predyktory: (Stała), Liczba_sesji

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 18

Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „wrogość” – współczynniki

Współczynniki ^{a)}						
	model	niestandardyzowane		standaryzowane	T	istotność
		B	błąd standardowy	Beta		
1	(Stała)	.827	.185	–	4.477	.000
	Liczba_sesji	–.008	.003	–.398	–2.373	.024

^{a)} Zmienna zależna: Wrogość_po

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 19

Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „wrogość” – model podsumowanie

Model podsumowanie ^{a)}					
model	R	R-kwadrat	skorygowane R-kwadrat	błąd standardowy oszacowania	statystyka Durбина-Watsona
1	.398 ^{b)}	.158	.130	.38014	1.129

^{a)} Zmienna zależna: Wrogość_po

^{b)} Predyktory: (Stała), Liczba_sesji

Źródło: Opracowanie własne.

Z przedstawionych tabel wynika, iż analiza wariancji jest istotna statystycznie $F(1,30) = 5,63$; $p < 0,05$. Zmienna „liczba sesji” wyjaśnia 13% wariancji zmiennej zależnej „wrogość”. Zależność pomiędzy predyktorem a zmienną zależną jest umiarkowana i ujemna ($\beta = -0,398$). Im dłużej pacjenci uczestniczą w procesie psychoterapii, tym poziom objawu „wrogość” jest niższy. Wartość współczynnika kierunkowego wynosi $-0,008$; $t(30) = -2,373$; $p < 0,05$, a wartość stałej $0,83$; $t(30) = 4,47$; $p < 0,001$. Oznacza to, że po każdej sesji poziom objawu „wrogość” zmniejsza się o $0,008$.

Wyniki obliczeń analizy regresji jednozmiennowej predyktora liczba sesji oraz zmiennej zależnej „myślenie paranoidalne” zostały przedstawione w tabelach 20–22.

Tabela 20

Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „myślenie paranoidalne” – ANOVA

ANOVA ^{a)}						
	model	suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	istotność
1	Regresja	2.277	1	2.277	7.173	.012 ^{b)}
	Reszta	9.523	30	.317	–	–
	Ogółem	11.800	31	–	–	–

^{a)} Zmienna zależna: Myślenie_paranoidalne_po

^{b)} Predyktory: (Stała), Liczba_sesji

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 21

Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „myślenie paranoidalne” – współczynniki

Współczynniki ^{a)}						
model		niestandaryzowane		standaryzowane	t	istotność
		B	błąd standardowy	β		
1	(Stała)	1.433	.274	–	5.234	.000
	Liczba_sesji	–.013	.005	–.439	–2.678	.012

^{a)} Zmienna zależna: Myślenie_paranoidalne_po

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 22

Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „myślenie paranoidalne” – model podsumowanie

Model podsumowanie ^{a)}					
model	R	R-kwadrat	skorygowane R-kwadrat	błąd standardowy oszacowania	statystyka Durbina-Watsona
1	.439 ^{b)}	.193	.166	.56341	2.169

^{a)} Zmienna zależna: Myślenie_paranoidalne_po

^{b)} Predyktory: (Stała), Liczba_sesji

Źródło: Opracowanie własne.

Z przedstawionych tabel wynika, iż analiza wariancji jest istotna statystycznie $F(1,30) = 7,17$; $p < 0,05$. Zmienna „liczba sesji” wyjaśnia 16% wariancji zmiennej zależnej „myślenie paranoidalne”. Zależność pomiędzy predyktorem a zmienną zależną jest umiarkowana i ujemna ($\beta = -0,439$). Im dłużej pacjenci uczestniczą w procesie psychoterapii, tym poziom objawu „myślenie paranoidalne” jest niższy. Wartość współczynnika kierunkowego wynosi $-0,013$; $t(30) = -2,678$; $p < 0,05$, a wartość stałej $1,43$; $t(30) = 5,23$; $p < 0,001$. Oznacza to, że po każdej sesji poziom objawu „myślenie paranoidalne” zmniejsza się o $0,013$.

Wyniki obliczeń analizy regresji jednozmiennowej predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „psychotyczność” zostały przedstawione w tabelach 23–25.

Tabela 23

Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „psychotyczność” – ANOVA

ANOVA ^{a)}						
model		suma kwadratów	df	średni kwadrat	F	istotność
1	Regresja	.421	1	.421	4.214	.049 ^{b)}
	Reszta	2.994	30	.100	–	–
	Ogółem	3.415	31	–	–	–

^{a)} Zmienna zależna: Psychotyczność_po

^{b)} Predyktory: (Stała), Liczba_sesji

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 24

Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „psychotyczność” – współczynniki

		Współczynniki ^{a)}			t	istotność
model		niestandardyzowane		standaryzowane		
		B	błąd standardowy	beta		
1	(Stała)	.606	.154	–	3.948	.000
	Liczba_sesji	–.006	.003	–.351	–2.053	.049

^{a)} Zmienna zależna: Psychotyczność_po

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 25

Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „psychotyczność” – model podsumowanie

Model podsumowanie ^{a)}					
model	R	R-kwadrat	skorygowane R-kwadrat	błąd standardowy oszacowania	statystyka Durbina-Watsona
1	.351 ^{b)}	.123	.094	.31593	1.620

^{a)} Zmienna zależna: Psychotyczność_po

^{b)} Predyktory: (Stała), Liczba_sesji

Źródło: Opracowanie własne.

Z przedstawionych tabel wynika, iż analiza wariancji jest istotna statystycznie $F(1,30) = 4,21$; $p < 0,05$. Zmienna „liczba sesji” wyjaśnia 9% wariancji zmiennej zależnej „psychotyczność”. Zależność pomiędzy predyktorem a zmienną zależną jest umiarkowana i ujemna ($beta = -0,351$). Im dłużej pacjenci uczestniczą w procesie psychoterapii, tym poziom objawu „psychotyczność” jest niższy. Wartość współczynnika kierunkowego wynosi 0,006; $t(30) = -2,053$; $p < 0,05$, a wartość stałej 0,61; $t(30) = 3,94$; $p < 0,001$. Oznacza to, że po każdej sesji poziom objawu „psychotyczność” zmniejsza się o 0,006.

Z przeprowadzonych badań wynika, że liczba sesji w procesie psychoterapii integracyjnej w bardzo niewielkim stopniu pozostaje w zależności z poziomem poszczególnych objawów psychopatologicznych. Można także stwierdzić, iż występują umiarkowane ujemne korelacje pomiędzy predyktorem „liczba sesji” a zmienną „wrogość” ($r = -0,398$), zmienną „myślenie paranoidalne” ($r = -0,439$) oraz zmienną „psychotyczność” ($r = -0,351$). Zmienna „liczba sesji” wyjaśnia: – 13% wariancji zmiennej zależnej „wrogość” przy wartości współczynnika kierunkowego wynoszącej –0,008,

- 16% wariancji zmiennej zależnej „myślenie paranoidalne” przy wartości współczynnika kierunkowego wynoszącej $-0,013$,
- 9% wariancji zmiennej zależnej „psychotyczność” przy wartości współczynnika kierunkowego wynoszącej $-0,006$.

Predyktor „liczba sesji” pozostaje w największej zależności ze zmienną „myślenie paranoidalne”, przy czym z badań wynika, iż nie jest to zależność bardzo silna.

Przeprowadzone badania udowadniają, iż liczba sesji w procesie psychoterapii nie pozostaje w zależności z poziomem poszczególnych rodzajów samotności. W żadnym z analizowanych przypadków nie wystąpiły istotne korelacje pomiędzy predyktorem „liczba sesji” a zmiennymi opisującymi poszczególne rodzaje samotności. Przeprowadzone badania przekonują też, iż sformułowana trzecia hipoteza potwierdziła się niemalże w całości.

3.6. Interpretacja i dyskusja nad wynikami badań własnych

Tematem niniejszego opracowania było wykazanie skuteczności psychoterapii integracyjnej w leczeniu pacjentów z objawami psychopatologicznymi oraz wykazujących poczucie samotności. W tym celu przeprowadzono badania na grupie 32 pacjentów objętych średnioterminowym leczeniem psychoterapeutycznym w nurcie psychoterapii integracyjnej. Pacjenci w czasie psychoterapii nie byli objęci leczeniem farmakologicznym, a w konsekwencji można było założyć, iż zmiana stanu zdrowia pacjentów była konsekwencją uczestniczenia w procesie psychoterapeutycznym.

Celem opracowania było dokonanie analizy zbadanej zależności specyficznego oddziaływania psychoterapii integracyjnej na indywidualne objawy psychopatologiczne oraz na poziom poczucia samotności.

Pacjenci przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu zostali poproszeni o wypełnienie kwestionariusza SCL-90 oraz *Skali badania samotności dla osób dorosłych* (SBS-ADC) autorstwa Zofii Dołęgi, dzięki czemu możliwe było dokonanie pomiaru różnic intensywności występowania objawów psychopatologicznych oraz poczucia samotności zarówno przed rozpoczęciem, jak i po zakończeniu procesu psychoterapii.

Analiza wyników badań przeprowadzona w niniejszym opracowaniu wskazuje jednoznacznie, iż poziom objawów psychopatologicznych u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii integracyjnej jest znacznie niższy niż poziom objawów psychopatologicznych u tych samych pacjentów przed rozpoczęciem psychoterapii. Większość pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii wykazywała objawy psychopatologiczne na bardzo niskim poziomie, a część w ogóle nie miała takich objawów.

Z analizy badań wynika również, iż rozpiętość poziomów poszczególnych objawów psychopatologicznych u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii jest znacznie niższa niż u pacjentów przed rozpoczęciem psychoterapii. Skoro zaś poziom objawów psychopatologicznych u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii uległ znacznemu obniżeniu (w niektórych przypadkach objawy w ogóle nie wystąpiły), a dodatkowo rozpiętość wyników uzyskanych pacjentów w badaniach po zakończeniu procesu psychoterapii była mniejsza niż u pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii, można założyć, iż proces psychoterapii integracyjnej jest procesem niezwykle skutecznym. Analogiczne rozważania można przeprowadzić w odniesieniu do wszystkich rodzajów poziomu poczucia samotności, co pozwala wysnuć wniosek, iż proces psychoterapii integracyjnej pozostaje w istotnym związku z poczuciem samotności pacjentów.

Przed przeprowadzeniem badań założono, iż istnieje silna dodatnia korelacja poziomu objawów psychopatologicznych oraz poziomu poszczególnych rodzajów samotności dla pacjentów objętych procesem psychoterapii integracyjnej. Wydawało się bowiem, że taka współzależność powinna występować, a w szczególności można było założyć, że zmniejszenie poziomu występowania objawów psychopatologicznych powinno korelować ze zmniejszeniem poziomu poczucia samotności. Założenie to nie znalazło w całości potwierdzenia w wynikach przeprowadzonych badań.

Na podstawie wyników badań można stwierdzić, iż istnieje współzależność jedynie niektórych objawów psychopatologicznych oraz poszczególnych rodzajów samotności, przy czym wszystkie występujące korelacje mają charakter korelacji dodatnich.

Jak już wskazano, zarówno poziomy objawów psychopatologicznych, jak i poziomy poszczególnych rodzajów poczucia samotności uległy znacznemu zmniejszeniu, co potwierdza występowanie współzależności dodatniej. Z wyników badań należy wnioskować, iż występowanie omawianych korelacji oraz ich siła (stopień) są uzależnione od tego, czy pacjent rozpoczyna proces psychoterapii czy też jest po jego zakończeniu.

Najwyższa z występujących korelacji to korelacja pomiędzy nadwrażliwością interpersonalną a samotnością egzystencjalną występująca u pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii ($r = 0,652$), przy czym z przeprowadzonych badań wynika, iż pomiędzy badanymi zmiennymi nie występują bardzo silne korelacje (dla r powyżej 0,7).

Z badań wynika ponadto, iż z poszczególnymi rodzajami poczucia samotności najczęściej koreluje objaw „nadwrażliwość interpersonalna” (cztery korelacje dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i trzy korelacje dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii). Z kolei z poszczególnymi objawami psychopatologicznymi najczęściej koreluje zmienna „poczucie samotności egzystencjalnej”. Jedynie częściowo potwierdziło się więc założenie o silnej

dotatniej korelacji poziomu występowania objawów psychopatologicznych oraz poziomu poszczególnych rodzajów poczucia samotności.

Przed przeprowadzeniem badań założono, iż liczba sesji w procesie psychoterapii nie pozostaje w zależności z poziomem objawów psychopatologicznych ani poziomem poszczególnych rodzajów samotności. Założenie takie było zgodne z rozważaniami teoretycznymi przedstawionymi w niniejszym opracowaniu i w pełni potwierdziło się w zakresie związku z poziomem poszczególnych rodzajów samotności. Z przeprowadzonych badań wynika ponadto, iż liczba sesji w procesie psychoterapii integracyjnej pozostaje jedynie w bardzo niewielkim związku z poziomem poszczególnych objawów psychopatologicznych.

Wyniki badań jednoznacznie potwierdzają skuteczność procesu psychoterapii integracyjnej i zależność między tym procesem a poziomem występujących objawów psychopatologicznych oraz poziomem poszczególnych rodzajów samotności.

Psychoterapia każdego z pacjentów odbywała się zgodnie z przyjętymi w modelu Jerzego Mellibrudy wytycznymi i wskazaniem w zakresie leczenia osób wykazujących trudności w zaspokajaniu własnych potrzeb i prowadzeniu satysfakcjonującego życia. Mellibruda w swoim modelu psychoterapii przyjął rozumienie „problemu” jako pewną „trudność” występującą w obecnym życiu pacjenta. Wyróżnił trzy rodzaje problemów:

- a) trudne sytuacje życiowe,
- b) „normalne” sytuacje życiowe,
- c) chroniczne doświadczanie zaburzeń procesów emocjonalnych (Mellibruda, 2011).

Trudne sytuacje życiowe należy rozumieć jako „zagrożenia osobiste związane z działaniem innych ludzi, straty osobiste, trudne zadania życiowe” (Sobolewska-Mellibruda, 2011, s. 73), z którymi pacjent nie jest w stanie sobie poradzić w konstruktywny sposób. Poprzez błędy procesów poznawczych dokonuje nadinterpretacji i podejmuje działania, które nie przynoszą oczekiwanych rezultatów.

Z kolei pacjent w „normalnych” sytuacjach życiowych, a więc w takich, w których nie występuje zagrożenie, nie potrafi zaspokajać własnych i ważnych potrzeb. Swoim sposobem rozumienia sytuacji i reagowania odbiera sobie możliwość dokonywania konstruktywnych zmian. Dotyczy to w szczególności relacji z innymi ludźmi czy też wykonywania zadań i obowiązków (perseweracji, wycofywania się z rozpoczętych czynności itp.).

Wreszcie chroniczne doświadczanie zaburzeń emocjonalnych nie jest bezpośrednio związane z aktualnymi sytuacjami życiowymi pacjenta. Dotyczy przeżywania „stanów lękowych, smutku i przygnębienia, reakcji gniewu i agresywnych zachowań, objawów psychosomatycznych, prób i myśli samobójczych, poczucia pustki, braku energii i sensu życia” (Mellibruda, 2011, s. 122).

Pacjenci objęci badaniem wykazywali trudności w „normalnych” sytuacjach życiowych oraz doświadczali zaburzeń procesów emocjonalnych w sposób chroniczny. Celowy dobór grupy badawczej wynikał przede wszystkim z potrzeby zbadania zależności psychoterapii integracyjnej i objawów psychopatologicznych oraz poczucia samotności z uwzględnieniem czterech faz psychoterapii oraz różnych metod i technik na wybranych „ścieżkach” oddziaływania terapeutycznego. Każdy badany proces terapeutyczny rozpoczął się pierwszą i zakończył czwartą fazą psychoterapii.

Trudno nie wspomnieć o pewnych ograniczeniach wynikających z okoliczności tworzenia eksperymentu naturalnego opartego na planie *quasi*-eksperymentalnym. Przede wszystkim ograniczeniem były możliwości prowadzenia odpowiednio dobranych procesów terapeutycznych przez jednego psychoterapeutę. Jednocześnie to, co było fizycznym ograniczeniem prowadzenia większej liczby procesów terapeutycznych, jest akceptowane i pożądane w ogólnym rozumieniu znaczenia psychoterapii oraz w etyce zawodowej psychoterapeuty.

Wydaje się, iż pożyteczne byłoby rozbudowanie niniejszych badań o jeszcze jeden ważny czynnik – relację terapeutyczną. W szczególności chodziłoby o zbadanie zależności elementów składowych relacji terapeutycznej i poziomów objawów psychopatologicznych.

W ramach uzupełnienia niniejszej dysertacji został sporządzony opis pełnego procesu terapeutycznego pacjentki objętej psychoterapią w modelu psychoterapii integracyjnej Jerzego Mellibrudy. Są w nim zawarte osobiste przemyślenia psychoterapeutki, która przez cały proces psychoterapii sporządzała szczegółowe notatki dotyczące nie tylko samego procesu terapeutycznego i efektów monitorowania go, ale również relacji terapeutycznej. Tym samym forma zapisu przemyśleń jest efektem przyjętej perspektywy „ja” psychoterapeutki.

Należałoby jeszcze wspomnieć, iż w modelu psychoterapii integracyjnej Mellibrudy zaleca się terapeutom monitorowanie procesu psychoterapii za pomocą odpowiednich narzędzi ORS i SRS. Na początku każdej sesji pacjenci są proszeni o wypełnianie skali samopoczucia ORS (Outcome Raiting Scale), a na koniec każdej sesji – SRS (Session Raiting Scale)². W omawianym przypadku pacjentka również wypełniała obydwa kwestionariusze. Ponadto pacjentka została poproszona o dwukrotne wypełnienie kwestionariusza SCL-90 (przed rozpoczęciem psychoterapii oraz po jej zakończeniu).

2 Skale ORS i SRS zostały opracowane przez amerykańskich badaczy. Skala ORS służy do indywidulanego, interpersonalnego i społecznego funkcjonowania pacjenta/klienta. SRS służy z kolei do oceny jakości relacji terapeutycznej i odnosi się do trzech obszarów: jakości relacyjnej więzi, stopnia zgodności pomiędzy pacjentem/klientem a terapeutą dotyczącej celów i tematów oraz stopnia zgodności co do metod użytych przez terapeutę w rozwiązywaniu problemu i leczenia (zob. Miller i in. 2003).

Opis przypadku oraz analiza przebiegu procesu terapeutycznego Anny K.³

Anna K. lat 33, wykształcenie wyższe. Zgłosiła się na psychoterapię indywidualną osobiście, z własnej woli, bez udziału osób trzecich. Stwierdziła, że chciałaby zacząć cieszyć się życiem, relacją z mężem i dziećmi. Uznała, iż będąc w stanie chronicznego cierpienia psychicznego, nie może pomóc sobie farmakoterapią. Pacjentka doświadczyła w dzieciństwie wielu sytuacji stresujących związanych przede wszystkim z chorobą alkoholową ojca, współuzależnieniem matki oraz wielodzietnością rodziny, w której się wychowywała. Skutkiem wspomnianych sytuacji było doświadczanie przez pacjentkę lęku, smutku i przygnębienia. W szkole jako dziecko starała się być bardzo dobrą i sumienną uczennicą.

Była najmłodszym dzieckiem – różnica wieku między pacjentką a jej najstarszą siostrą wynosi 23 lata. Z powodu różnicy wieku między nią a rodzeństwem nie czuła się traktowana jak siostra, a raczej jak córka (starsze rodzeństwo nie zwracało na nią uwagi, czuła, że jest dla nich mało ważna) lub młodsza, „mało znacząca” i przeszkadzająca siostra. Starła się szukać bliskości z matką lub z dziećmi swojego rodzeństwa.

Ojciec nie stosował przemocy w rodzinie, w której Anna K. się wychowywała, jednakże była świadkiem licznych kłótni rodziców. Według pacjentki ojciec nie uczestniczył w jej wychowaniu, często przebywał poza domem lub w pomieszczeniach gospodarczych przy domu. Wspomniała również, iż bała się o jego zdrowie i odczuwała nieustanny lęk o życie ojca. Tym samym jak tylko był pod wpływem alkoholu i zasypiał, sprawdzała czy oddycha. Z opowieści Anny K. wynika, iż nie czuła się ważna w kontakcie z ojcem i miała poczucie lekceważenia. W konsekwencji dominującymi emocjami w relacji z nim były: złość i wstyd.

Pacjentka w relacji z matką starała się być miłą, grzeczną, tłumiała w sobie radość i starała się nie okazywać zadowolenia. Było to spowodowane lękiem przed poczuciem winy, *że ja się cieszę, a ona taka zmęczona życiem – matka tego nie lubiła i dawała temu wyraz*. W konsekwencji zaczęła kontrolować swoje zachowania: *Stałam się małą, starą dziewczynką*. Jako dziecko miała przekonanie, że matka jest zmęczona i pokrzywdzona przez ojca. Pamięta ją jako smutną i przygnębianą. Starła się nie przysparzać matce kolejnych zmartwień, a więc odciążała ją, nie informując o własnych problemach i potrzebach. Wspomniane niezadowolenie matka wyrażała w stosunku do pacjentki zarówno werbalnie, jak i niewerbalnie. Przekaz werbalny zawierał najczęściej stwierdzenia: *Z czego tak się cieszysz?, No chyba nie wyobrażasz sobie pójść do koleżanki, kiedy ojciec*

3 Imię i pierwsza litera nazwiska zostały zmienione.

źle się czuje, Cicho bądź. Przekaz niewerbalny ujawniał się głównie przez smutny, przygnębiony wyraz twarzy matki. Pacjentka stwierdziła, iż nie pamięta jej włosów, spontanicznej lub przynajmniej zadbanej (matka nie używała kosmetyków, nie wykonywała makijażu ani też nie dbała o ubiór).

Terapeutka zauważyła, iż pacjentka w relacji z konkretnym rodzicem miała niezaspokojone podstawowe potrzeby psychologiczne. W relacji z matką Anna K. nie miała zaspokojonych głównie potrzeb bliskości i akceptacji, a w relacji z ojcem – potrzeby poczucia bezpieczeństwa.

W początkowej fazie psychoterapii terapeutka wraz z pacjentką wyszczególniła trzy główne problemy, które sprawiają, że Anna K. nie jest w stanie doświadczać zadowolenia i satysfakcji z życia. Pacjentka:

- a) nie radzi sobie z nadmiarowym smutkiem i lękiem,
- b) ma trudność w zaspokajaniu swoich potrzeb, a w szczególności potrzeby wypoczynku,
- c) nie potrafi funkcjonować w bliskiej, dojrzałej relacji z mężem bez lęku i poczucia wstydu.

Zgodnie z przyjętym modelem psychoterapii integracyjnej każdy z wymienionych problemów jest spowodowany występowaniem destrukcyjnych schematów osobistych.

Psychoterapeutka na podstawie wyrażanych przez pacjentkę treści uznała, iż dominującymi schematami są:

1. W relacji z samym sobą: Natarczywe kontrolowanie siebie i wywieranie na siebie presji.
2. W relacji z innymi: Podporządkowywanie się innym i uzależnianie się od nich.

Adekwatnie do analizy tego, czym są schematy destrukcyjne, psychoterapeutka poczyniła starania zmierzające do uściślenia i pogrupowania wypowiedzi pacjentki ze względu na tendencje poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Okazało się, iż schemat: „Natarczywe kontrolowanie siebie i wywieranie na siebie presji” ujawniał się w jej osobistej narracji: *Powinnam być zawsze najlepsza i nie mogę sobie pozwolić na jakiegokolwiek błędy.* Terapeutka zauważyła, iż pacjentka często mówiła o sobie, iż nie może sobie pozwolić na chociażby chwilę słabości. Słabością dla pacjentki był m.in. odpoczynek, uczucie zmęczenia lub wyczerpania. Natarczywe kontrolowanie siebie i wywieranie na siebie presji było związane przede wszystkim z odczuwaniem uogólnionego napięcia emocjonalnego, gniewu (na siebie), lęku przed oceną i niepowodzeniem oraz lęku przed wstydem. Pacjentka odczuwała również silne poczucie winy. Miało to związek z doświadczeniami z ojcem. Kiedy się upijał, nie leczył się z choroby alkoholowej, również ją odrzucał i nie bronił jej przed manipulacją matki. Ponadto wstydziła się ojca przed rówieśnikami.

Omawiany schemat ujawniał się głównie w zachowaniu pacjentki oraz w treści wypowiedzianych słów. Podczas sesji kontrola była widoczna w jej postawie ciała, spłyconym oddechu oraz głośnym i chaotycznym sposobie mówienia.

Zapiski terapeutki: *Rozumiem to tak, że pacjentka w obawie przed niezrozumieniem starała się w sposób bardzo dokładny i wnikliwy przedstawiać dużą ilość informacji. Mówiła wprost, iż chciałaby prowadzić sama psychoterapię, a ja mogłabym jedynie towarzyszyć. Miałaby wówczas pewność, że wszystko będzie dobrze „zrobione”. Taki rodzaj wypowiedzi kończyła nerwowym śmiechem. Czasem miałam wrażenie, że sprawdza, czy dobrze pamiętam, co mówiła.*

Warto dodać, iż silna kontrola utrudniała pacjentce określanie własnego samopoczucia (ORS). W większości sesji zaznaczała niższą skalę od odczuwanej z uwagi na obawę, czy – jak mówiła – *aby na pewno dobrze to określam*. Ponadto schemat „Natarczywe kontrolowanie siebie i wywieranie na siebie presji” był związany z wykonywaniem nadmiarowych i wyczerpujących czynności w domu i w pracy. Terapeutka dokonała eksploracji sposobu funkcjonowania pacjentki w życiu codziennym. Okazało się, iż Anna K. zarówno w domu, jak i w pracy wywierała na siebie presję kosztem wypoczynku w obawie przed negatywną oceną i odrzuceniem. W pracy jako nauczycielka przyjmowała więcej zadań od dyrektorki szkoły w celu wykazania, że jest lepsza od koleżanek. Pozytywnym efektem wywierania na siebie presji było faktyczne uznanie ze strony uczniów, ich rodziców oraz dyrekcji. Była ceniona za bardzo duże zaangażowanie w organizowanie i realizację licznych projektów wykraczających poza jej obowiązki jako nauczyciela. Nieustannie starała się nie okazywać zmęczenia: *Zawsze nosiłam taką maskę na sobie – zawsze uśmiechnięta, pogodna i uczynna.*

Drugim wyróżnionym przez terapeutkę schematem jest schemat „Podporządkowywanie się innym i uzależnianie się od nich”. Schemat ten przejawiał się głównie w jej sposobie myślenia o sobie samej.

Zapiski terapeutki: *Często słyszę na sesjach wypowiedziane przez pacjentkę myśli: „Jestem wrażliwa na opinię”, „Jak nie mam uwagi ze strony kolegów, zaczynam myśleć, że mnie odrzucają”, „Muszę być idealną, aby czuć się akceptowaną przez innych”, „Powinnam mniej myśleć o sobie, gdyż jest to egoistyczne”, „Jestem gorsza od innych”, „Inni są zawsze ważniejsi dla mnie niż ja sama dla siebie”, „Innym ufam bardziej niż sobie”. Co to konkretnie dla niej oznacza?*

Okazało się, iż dla pacjentki opinia ludzi jest dużo ważniejsza od jej własnych przekonań, pragnień i odczuć. Myślała o sobie dobrze jedynie w momentach zadowolenia i pochwały ze strony innych. I odwrotnie, kiedy odczuwała lub widziała dezaprobatę bądź obojętność ze strony innych, jej przekonanie na swój temat ulegało diametralnej zmianie. W konsekwencji czyniła wiele starań, aby osoby w jej towarzystwie okazywały jej akceptację, zadowolenie i uznanie.

Podporządkowywanie się innym i uzależnianie się od nich ujawniało się przede wszystkim w sytuacjach, kiedy pacjentka chciała wyrazić swoje odmienne zdanie lub zaspokoić swoje potrzeby. Wówczas odczuwała głównie poczucie winy i lęku przed odrzuceniem. Podporządkowywanie się innym i uzależnianie się od nich było związane z wykonywaniem czynności, które mogłyby (według pacjentki) pomóc jej w otrzymaniu oznak przychylności i sympatii od innych. W ten sposób zapewniała sobie akceptację ze strony osób z najbliższego otoczenia.

Po określeniu problemów do terapii oraz schematycznych tendencji w relacji z samym sobą oraz z innymi terapeutka ustaliła wraz z pacjentką cele szczegółowe dalszej pracy terapeutycznej. Uściślając, terapeutka wskazała, iż pożyteczne będzie osłabienie następujących schematycznych tendencji do:

- nadmiarowego przeżywania poczucia winy i lęku,
- wywierania presji na siebie,
- zasmucania,

a zwiększenie:

- zdolności do odpoczynku i relaksu,
- umiejętności radzenia sobie z manipulacją ze strony matki.

W tym momencie należałoby przejść już do opisu konkretnej strategii postępowania terapeutycznego w czterech fazach terapii:

Faza I. Nawiązanie kontaktu i orientacja w problemach

Zapiski terapeutki: *Pacjentka skontaktowała się ze mną telefonicznie, płakała przez telefon, trudno było mi ją zrozumieć. Po kilku minutach pierwszej sesji moją uwagę zwróciło unikanie przez nią kontaktu wzrokowego, nerwowy ton głosu i duży chaos w wypowiedziach. Pierwsze spotkanie było dla niej emocjonalne głównie ze względu na silne poczucie winy wobec dzieci i jej męża. Mówiła o sobie, że jest słaba i zawiodła jako matka, ponieważ płacze i nie potrafi się cieszyć rodziną. Mówiąc o własnym poczuciu winy, nie patrzyła na mnie, wręcz przeciwnie, czekała na potępienie z mojej strony. Czuła się nieswojo, kiedy zamiast słów zawstydzających i potępiających, usłyszała ode mnie słowa pełne akceptacji i zrozumienia.*

Zdałam sobie sprawę z tego, że pacjentka stosuje wobec mnie silne przeniesienie i tym bardziej nasza współpraca powinna się zacząć od nawiązania sojuszu terapeutycznego. Dzięki temu nasza relacja stałaby się relacją niezależną od doświadczeń pacjentki z innymi ważnymi dla niej osobami.

Psychoterapeutka pracowała w taki sposób, aby jej reakcje na zachowania czy też wypowiedzi pacjentki były jak najbardziej uczciwe, spójne, otwarte, a przede wszystkim zgodne z jej wewnętrznym doświadczeniem.

Zapiski terapeutki: *Uznałam, że na pierwszych sesjach bardziej pożyteczne dla pacjentki będzie emocjonalne doświadczenie naszej relacji aniżeli praca nad zatrzymywaniem u niej schematycznych tendencji. Miałam w sobie obawę, iż jeśli zacznę od pierwszych sesji pracę na ścieżce modyfikacji poznawczych jej przekonań, to mogę wzmocnić u niej tendencje do wywierania presji na siebie oraz lęk przed (moją) oceną, zwłaszcza jeśli nie byłaby w stanie zatrzymać destrukcyjnych myśli.*

Pacjentka miała trudność z wyobrażeniem sobie stanu, w którym nie wywierałaby na siebie presji oraz nie czułaby lęku przed poczuciem winy i oceną. Jednakże wydawało jej się to na tyle atrakcyjne, że wyraziła chęć współpracy. W fazie I terapii psychoterapeutka pracowała w dwóch obszarach: rozwijania relacji terapeutycznej oraz określenia problemów i schematycznych tendencji pacjentki. Praca odbywała się na ścieżce pierwszej – rozwijania relacji terapeutycznej oraz na ścieżce szóstej – rozwijania rozumienia siebie.

Faza II. Rozpoznawanie problemowych doświadczeń i schematów

Zapiski terapeutki: *Moim głównym celem w tej fazie terapii było przede wszystkim dotarcie do śladów problemowych doświadczeń pacjentki oraz rozpoznanie i modyfikowanie jej schematycznych tendencji. Skupiałam się na reakcjach jej ciała, gestach, mimice, oddechu oraz tonie głosu. Pacjentka często gwałtownie brała głęboki wdech, ukrywała twarz w dłoniach oraz unikała kontaktu wzrokowego. Słuchając uważnie jej opowieści, starałam się za pomocą klaryfikacji oraz empatycznych komunikatów zwiększać jej umiejętność koncentracji uwagi na jej subiektywnych odczuciach podczas jej wypowiedzi oraz minimalizować poczucia wstydu w relacji ze mną. Zatrzymywałam ją, omawialiśmy, co się z nią dzieje oraz czego doświadcza w relacji ze mną w momentach dla niej wstydliwych (zwłaszcza kiedy opisywała doświadczenie relacji z ojcem, rodzeństwem).*

Terapeutka w konsekwencji mogła zaobserwować u pacjentki występowanie automatycznych tendencji zarówno w myśleniu, jak i odczuwaniu oraz zachowaniu. Były one silnie związane z określonymi na sesji problemami do pracy terapeutycznej. Pacjentka reagowała zamyśleniem, skupieniem i coraz większą świadomością ich obecności w jej codziennym funkcjonowaniu.

W dalszej części bieżącej fazy praca polegała na rozpoznaniu i eksplorowaniu doświadczeń z przeszłości. Terapeutka skupiała się na tych doświadczeniach, które w jej przekonaniu mogły stanowić źródło zarówno cierpienia, jak i destrukcyjnych schematów osobowościowych.

Zapiski terapeutki: *Starałam się pomóc pacjentce w rozpoznaniu jej niezaspokojonych potrzeb i dążeń w relacji z ważnymi dla niej osobami z przeszłości. Istotnym momentem była praca ukierunkowująca pacjentkę w stronę rozpoznawania*

w sobie – w sytuacjach dla niej trudnych – czy się wspiera, czy atakuje i potępia. Praca w tym obszarze pozwoliła mi wyłonić istniejące konflikty między dwiema częściami jej JA.

Jednocześnie, podczas pracy nad rozpoznawaniem jej schematycznych tendencji w relacji z samą sobą oraz w relacji z innymi terapeutka podejmowała próby modyfikacji poznawczych wobec konkretnych myśli i przekonań pacjentki. Mówiąc bardziej szczegółowo, terapeutka pracowała nad modyfikacją przekonań pacjentki dotyczących jej idealności, poczucia winy, wstydu czy też odpowiedzialności. Dzięki temu Anna K. zaczęła zwiększać swoją umiejętność samoobserwacji oraz zmniejszać poczucie winy, a tym samym lepiej sobie radzić z manipulacją ze strony matki.

Terapeutka w tej fazie terapii pracowała również nad tematami związanymi z bieżącymi sprawami pacjentki w relacjach z dziećmi, mężem czy też starszym rodzeństwem. Dzięki zastosowaniu dialogów sokratejskich oraz nazywaniu jej specyfiki behawioralnej i sytuacyjnej, pacjentka zaczęła dokonywać wglądu oraz zatrzymywać swoje schematyczne tendencje.

W fazie II psychoterapii terapeutka koncentrowała się przede wszystkim na docieraniu do śladów pamięciowych pacjentki, które stanowią źródło schematycznych tendencji. Jednocześnie, słuchając uważnie jej wypowiedzi, terapeutka dokonywała weryfikacji tezy (z fazy I psychoterapii) o występowaniu dominujących schematów osobowościowych. Tym samym terapeutka dokonywała modyfikacji poznawczych u pacjentki. Odbywało się to za pomocą klaryfikacji i konfrontacji, dzięki czemu pacjentka uświadomiła sobie znaczenie wpływu relacji z matką na jej narrację osobistą, sposoby odczuwania i reagowania w trudnych sytuacjach życiowych. Pomocne tutaj okazało się oglądanie wybranych przez pacjentkę zdjęć z wczesnego dzieciństwa. Podczas pracy ze zdjęciami z okresu dzieciństwa, z pomocą terapeutki, zauważyła swój uwieczniony na zdjęciu smutek i nadmierną powagę.

Pomocna tutaj była również praca z wykorzystaniem napisanej przez pacjentkę bajki o sobie samej. Opisała w niej swoją samotność oraz waleczność o przetrwanie w „stadzie” (liczne rodzeństwo oraz dzieci rodzeństwa). Wskazała również, że nie wie, kim jest, ponieważ swoją tożsamość kształtowała przez pryzmat swoich dokonań. Pacjentka przypatrzyła się również na zdjęciu ostremu spojrzeniu swojej matki i zaczęła odczuwać emocje smutku, poczucia winy i lęku. Miała trudność ze złapaniem głębszego oddechu na sesji, dużo płakała: *Czuję, jakbym była w żałobie.*

Zapiski terapeutki: *Dzisiaj wydarzyła się ważna rzecz: Pacjentka rozstała się z obrazem idealnej, nieskazitelnej matki, którą musi chronić i której nie może przysparzać jakichkolwiek dodatkowych kłopotów.*

Pacjentka zaczęła obserwować manipulację ze strony matki, własne emocje i zachowania. Dzięki temu mogła w sposób świadomy zatrzymywać jej wpływ na własne doświadczanie relacji oraz wprowadzać behawioralne zmiany. Skutkiem pracy terapeutycznej była m.in. rezygnacja z korzystania z pomocy matki przy najmłodszym dziecku i zatrudnienie opiekunki. Na tym etapie współpracy ważna była również praca terapeutyczna nad nadmiarowym wstydem.

Zapiski terapeutki: *W tym celu przekierowywałam uwagę pacjentki na relację ze mną, jak się w tej relacji ze mną czuje. Często unikała kontaktu wzrokowego ze mną. Zapytałam ją wprost: Jakie uczucie jej towarzyszy, kiedy ucieka wzrokiem w kierunku ściany lub podłogi?.* Osiągnięta w ten sposób samoobserwacja własnych reakcji ułatwiła pacjentce pracę poznawczą nad zatrzymywaniem tendencji do zawstydzania się. Jednocześnie terapeutka pracowała nad jej oddechem i rozluźnianiem ciała. W konsekwencji pacjentka w trakcie eksploracji trudnych doświadczeń z jednoczesnym doświadczaniem empatii oraz życzliwości ze strony terapeutki zmniejszyła poziom swojego niepokoju i napięcia.

W fazie II terapeutka pracowała na wielu ścieżkach, w zależności od dynamiki sesji, na którą miały wpływ zarówno kondycja psychofizyczna pacjentki oraz sytuacje trudne między sesjami, jak i poziom umiejętności samoobserwacji. Stałą i niezmienną ścieżką podczas fazy II była ścieżka rozwijania relacji terapeutycznej, o której będzie mowa w dalszej części pracy. Ponadto terapeutka pracowała na ścieżce eksploracji wydarzeń i doświadczeń osobistych, modyfikacji poznawczych i behawioralnych oraz inspiracji i wspierania aktywności oraz wyborów. Na tym etapie pożyteczne było korzystanie, ale w mniejszym stopniu, ze ścieżki siódmej – rekonstrukcji narracji osobistych. Wspomniana rekonstrukcja narracji znacznie częściej była wykorzystywana na przełomie fazy II i III psychoterapii.

W wyniku wyróżnionych ścieżek współpracy pacjentka systematycznie zaczęła zmniejszać poczucie wstydu oraz lęku przed wstydem i opinią innych. Tym samym zaczęła coraz częściej dopuszczać do siebie myśl, iż może sobie pozwolić na bycie przeciętną (nie idealną) w pełnionych przez siebie rolach. Ponadto zaczęła sobie (głównie za pomocą samoobserwacji i behawioralnego powstrzymywania się od zachowań sprzecznych z jej potrzebami i poglądami) w konstruktywny sposób radzić z negatywnymi emocjami, doznawanymi na skutek manipulacji ze strony matki. Nie czuła jednakże komfortu na poziomie odczuwanych emocji (pojawiały się smutek i złość).

Zapiski terapeutki: *Pacjentka zyskała wewnętrzną gotowość do kontynuacji leczenia w fazie III – transformacji jej schematów doświadczania i relacji. Wydaje się rozsądne rozpoczęcie bardziej pogłębionej pracy nad zmianą utrwalonych i schematycznych tendencji oraz destrukcyjnych form kontaktu z samą sobą.*

Faza III. Transformacja schematów doświadczania i relacji

Przede wszystkim głównym celem w tej fazie psychoterapii było pogłębianie i rozwijanie u pacjentki konstruktywnych form kontaktu z samą sobą oraz świadomości wpływu jej własnych doświadczeń na sposób funkcjonowania w czynnościach dnia codziennego. W szczególności dotyczyło to obszarów jej funkcjonowania z ważnymi dla niej osobami. Dzięki temu mogła zwiększać swoją umiejętność świadomego zatrzymywania automatycznych tendencji. Początkowo pacjentka nie dopuszczała myśli, iż podlega manipulacji ze strony matki oraz była przekonana, iż w relacji z nieżyjącym ojcem wszystko sobie poukładała i nie musi tego przepracowywać podczas psychoterapii.

Zapiski terapeutki: *Rozumiem to w ten sposób, iż pacjentka wywierając na siebie presję oraz w obawie przed oceną i krytyką, iż w jej przekonaniu pracuję wolno na terapii, chroniła się, przekonując mnie: „Poukładałam sobie wszystko w relacji z ojcem, nie chodzę na cmentarz, nie tęsknię za nim, a przed śmiercią pogodziłam się z nim na tyle, że mogłam się nim zajmować”. Jej poziom kontroli i perfekcji był tak wysoki, iż podświadomie ułożyła sobie strategię własnej psychoterapii. Uznałam, że nie będę stosować „uzdrawiającej perswazji” ani przekonywać jej do swoich spostrzeżeń (co do kontynuacji pracy nad relacją z nieżyjącym ojcem), wręcz przeciwnie. Narzucając jej etapy pracy, mogłabym jedynie nasilić jej tendencję do podporządkowywania się.*

Praca terapeutki skupiła się głównie na relacji pacjentki z matką. Pacjentka zaczęła odczuwać coraz większy smutek. Powstał w niej konflikt między tym, co było dla niej dobre (stawianie granic, dbanie o swoje potrzeby), a tym, że traci szansę na zaspokojenie miękkich potrzeb w relacji z matką. Otóż matka, dostrzegając zmiany w zachowaniu Anny K., zaczęła się coraz częściej obrażać i uskarżać do starszych córek.

Zapiski terapeutki: *Zastanowił mnie stan smutku pacjentki. Zaczyna blokować swoją złość, do której właśnie dotarliśmy. Podczas kolejnych sesji podejmę starania, aby pracować z pacjentką w taki sposób, dzięki któremu zacznie się głębiej kontaktować z gniewem z okresu dzieciństwa wobec zachowań matki.*

Terapeutka spożytkowała obecną sytuację pacjentki i pełnioną przez nią rolę matki. Pacjentka poprzez zadane jej pytania sokratejskie zaczęła porównywać własne postawy z postawami swojej matki, a tym samym zaczęła lepiej rozumieć własne prawa i potrzeby.

Zapiski terapeutki: *Pacjentka tłumila w sobie gniew w obawie przed ciężarem poczucia winy za złe samopoczucie matki. Uświadomiła sobie, że nie jest odpowiedzialna za nastrój innych ludzi, a tym bardziej matki, która w ten sposób nią*

manipuluje. Zaproponowałam pacjentce pracę w kierunku zwolnienia jej z misji pocieszania matki i wynagradzania matce trudnego życia. W tym celu wykorzystałam puste krzesło, na którym siedząc, pacjentka wyraziła swoje emocje żalu, smutku, gniewu, a następnie zrezygnowała z misji towarzyszeki niedoli matki i jej pocieszycielki. Pacjentka dużo płakała, ale jednocześnie poczuła ulgę. Skutkiem tej pracy było zmniejszenie się jej bóli somatycznych. Ponadto zaczęła się lepiej czuć w relacji z matką, o czym świadczy wzrost ocen na skali jej samopoczucia.

W czasie następnych sesji zaobserwowałam, iż pacjentka przestała się cieszyć ze zmian, jakie nastąpiły podczas trwania psychoterapii. Okazało się, że mąż zaczął mieć trudność w akceptacji zmian jej zachowań (pacjentka przestała perfekcyjnie prowadzić dom, zaczęła się częściej śmiać i mówić wprost o rzeczach, których nie tolerowała w mężu czy matce). Matka z kolei zwiększyła swoją manipulację, która momentami zaczęła nosić znamiona przemocy psychicznej wobec pacjentki (prowokowała ją wzrokiem do kłótni, czyniła złośliwości, krytykowała ją, oceniała itp.). Wszystko to sprawiło, że pacjentka zaczęła się zastanawiać, czy dobrze zrobiła, przychodząc na psychoterapię. Bała się utracić relację z matką i mężem, czuła, że ponownie zaczyna pogrązać się w smutku, melancholii oraz poczuciu winy. Jednakże, co było dla niej odkrywcze, emocje te okazały się jej znane, ale poziom ich odczuwania nie był już tak wysoki, a skutki – tak destrukcyjne. Co więcej, zaobserwowała w sobie niechęć do powrotu do: „starej Anny”. Zaczęła odczuwać wewnętrzny konflikt, który się nasilał zwłaszcza w sytuacjach dla niej zawstydzających.

Terapeutka wykorzystała opisany stan emocjonalny pacjentki oraz kryzys w psychoterapii do realizacji dwóch celów:

Po pierwsze, pacjentka zaobserwowała w sobie słabiej działające schematy, tj. podporządkowywania się oraz atakowania i wywierania na siebie presji. To przywróciło jej nadzieję, że jednak psychoterapia działa i jest skuteczna.

Po drugie, pacjentka zauważyła, że zwyczajnie obawia się czuć lepiej, ponieważ „straszy się”, że coś okropnego się stanie i będzie bardzo cierpieć.

Pacjentka uświadomiła sobie, że podobnych stanów emocjonalnych doświadczała w relacji z nieżyjącym ojcem. Nigdy nie wiedziała, kiedy ojciec wróci do domu pijany. Nawet jeśli był trzeźwy, to matka niespodziewanie prowokowała go do konfliktów. Przypomniała sobie, że ojciec często psuł jej radość i bez troskę zabawę z koleżankami (głównie przez upijanie się i kłótnie z matką). Czuła wówczas wstyd, zażenowanie i potworny lęk. Na sesji poczuła złość do ojca i jednocześnie wyraziła do mnie swoje zaskoczenie: *myślałam, że mam to już za sobą*.

Zapiski terapeutki: *Pacjentka dociera do pokładów złości na ojca. Odczuwany przez pacjentkę lęk przed wstydem i odbieranie sobie radości z obawy przed katastrofą otworzyły mi drogę do przepracowania relacji pacjentki z ojcem. Ko-*

rzyszając z jej energii i gotowości do domknięcia tej relacji, zaproponowałam pacjentce pracę wyobrażeniową. Pacjentka wprowadzona w trans, z moją pomocą, odtworzyła sytuację, kiedy miała 9 lat. Opisała w detalach przybudówkę ojca, w której spędzał dużo czasu (w szczególności gdy był pod wpływem alkoholu), poczuła zapach, przypomniała sobie kolory i przedmioty z tamtego miejsca. Zobaczyła pijanego ojca siedzącego w fotelu i milczącego. Poczowała falę lęku i napięcia w całym ciele. Trudno jej było oddychać.

W czasie transu w wyobraźni zobaczyła siebie skradającą się do tego pomieszczenia, w obawie czy ojciec nie popełnił samobójstwa lub czy nie udusił się wymiocinami (matka mówiła jej o tym, że może tak się zdarzyć). Pod koniec pracy poprosiłam pacjentkę, aby wprowadziła siebie jako osobę dorosłą i zaopiekowała się sobą – małym, wystraszoną dzieckiem (pacjentka wyprowadziła dziewczynkę na zewnątrz domu).

Miała trudność z wyjściem z transu, czuła się wyczerpana i zdezorientowana. Okazało się, że odtworzyła w pamięci nie tylko emocje, ale również najdrobniejsze detale, szczegóły tamtego miejsca, których już nie pamiętała. Jednocześnie poczuła złość do ojca i współczucie dla siebie samej. Dzięki tej pracy doświadczyła głębokich pokładów emocji w relacji z ojcem i zwiększyła w sobie umiejętność większego wspierania się, a nie krytykowania. Tym samym pojawiła się możliwość dalszej pracy z wewnętrznym głosem krytycznym.

Podczas kolejnych sesji przygotowywałam pacjentkę do emocjonalnego rozstania się z ojcem z dzieciństwa. Omawiałam z nią odtworzone w transie emocje, ale również sposób, w jaki bywała lekceważona, walkę, jaką z nim prowadziła, aby przestał pić, a także uczucie wstydu i upokorzenia, kiedy próbowała go zatrzymać siłą, aby nie wychodził poza dom (w celu upicia się). Pracowałam nad tym, aby w pełni uświadomiła sobie, że po pierwsze – nie miała wpływu na decyzje ojca, a po drugie – że to nie ona lekceważyła własne zapłakane dziecko i wychodziła pić (praca nad pozbyciem się poczucia wstydu).

W następnym etapie zaproponowałam pacjentce pracę z pustym krzesłem, w czasie której od razu przeszła do wyrażania gniewu i żalu. Wyraziła również swoje niezaspokojone potrzeby w relacji z ojcem (szacunku, bliskości, uwagi). Poczowała i wyraziła swoje emocje, a następnie poczuła smutek. W czasie pracy przechodziła od stanu złości po płacz i przygnębienie. Na koniec wyraziła swoją wolę, iż chce żyć w spokoju, bez wstydu i lęku przed oceną i odrzuceniem. Wypowiedziała ojcu rolę dźwigania i chronienia opinii o rodzinie oraz zwolniła się z poczucia odpowiedzialności za jego zdrowie i życie (sprzed choroby). Oddała mu ciężące jej uczucie wstydu i zażenowania. Na koniec pożegnała się z nim i tym samym domknęła niezakończoną relację. Poczowała wielką ulgę i duże zmęczenie.

Praca pomogła pacjentce doświadczać coraz większej pewności siebie, radości, spontaniczności i chęci do życia bez poczucia lęku i wstydu.

Zapiski terapeutki: *Obserwuję zmiany zachodzące w wyrazie jej twarzy (z ponurej na radosną), w sposobie ubierania się, pojawił się szczery śmiech na sesjach. Ciesząc się, opowiadała dzisiaj o swoich doświadczeniach z osobami z sąsiedztwa, koleżankami, dziećmi oraz z mężem, do którego częściej się przytulała. Z radością mówiła mi o tym, że uczy się na nowo żyć bez sztuczności i potrzeby bycia chwaloną i docenianą przez innych. Przestała się bać oceny i odrzucenia. Odczuwam w sobie również radość.*

Pacjentka zaobserwowała w sobie, że im bardziej korzystała z radości życia dnia codziennego, tym bardziej nasilał się w niej głos krytyki. Ów głos przybierał na sile szczególnie w momentach relacji z własnymi dziećmi, np. kiedy nie miała ochoty się z nimi bawić.

Wydaje się, iż pacjentka na tyle umocniła w sobie część swojego JA, że nasiliła się w niej wewnętrzna polaryzacja. Ponadto praca nad domknięciem relacji z najważniejszymi osobami z dzieciństwa umożliwiła jej kontakt z własnymi uczuciami i potrzebami, których starała się nie dostrzegać. Terapeutka pracowała z nią nad omówieniem jej konfliktowych i dysfunkcyjnych rozdwojeń wewnętrznych oraz nad utrudnieniami, jakie jej przynoszą. Zaproponowała pacjentce pracę na dwóch krzesłach, czyli spotkania z dwiema częściami siebie: jedną pouczającą i krytyczną, drugą przeżywającą smutek, poczucie winy oraz potrzebującą bliskości i radości. Podczas pracy okazało się, że część krytyczna ujawniała się w momentach, kiedy pacjentka próbowała *robić coś po swojemu*. Wówczas część krytyczna nasilała swój atak, mówiąc: *Wymykasz mi się spod kontroli, Chcę cię mieć w ryzach, boję się, że cię stracę*. Część krytyczna obawiała się utraty kontroli nad tym, aby pacjentka była *idealna*. Druga część przeżywająca smutek, poczucie winy oraz potrzebująca bliskości i radości reaktywowała się po atakach części krytycznej. Jej reakcje przybierały postać płaczu, przygnębienia i wycofania. W ten sposób pacjentka odbierała sobie poczucie radości i spontaniczności. W tej fazie pracy wyraźnie ujawniła się zero-jedynkowa postawa pacjentki w stosunku do siebie samej: *Albo jestem idealna, albo mnie nie ma, nie istnieję*.

W wyniku rozmowy z dwiema częściami siebie pacjentce udało się uzyskać wewnętrzny kompromis. Część krytyczna zgodziła się zmniejszyć siłę swojego działania, a dokładniej – mniej zmuszać do idealności, przyzwalać na odpoczynek i spontaniczne działanie w zgodzie z drugą częścią (dopuszczać do głosu część emocjonalną). W zamian część emocjonalna otrzymując przyzwolenie na spontaniczność i wypoczynek, będzie mogła dzielić się z częścią krytyczną pozytywną energią i spokojem. Pacjentka poczuła ulgę i ogromną wdzięczność do siebie samej. Na skutek dialogów integrujących doświadczyła spójności siebie samej jako zintegrowanej całości.

W dalszej części pracy terapeutka poprosiła pacjentkę o ponowne opowiedzenie swojego życia. Celem było utrwalenie śladów nowych doświadczeń nabytych

w procesie psychoterapii. Pacjentka w nowej narracji opowiedziała swoją historię pełną zrozumienia i empatii dla siebie. Zaczęła w sposób dojrzały postrzegać swoją relację z matką, z rodzeństwem, własnymi dziećmi oraz z mężem. W relacji z matką przestała reagować na jej manipulację, zaczęła nie tylko dostrzegać własne potrzeby, ale również wdrażać je w życie. Rozumiem to w ten sposób, iż pacjentka zaczęła odczuwać wewnętrzną siłę, która z każdym tygodniem była coraz większa (na skutek dokonywanych autonomicznych wyborów i korektywnych doświadczeń). W relacji z rodzeństwem zaobserwowała w sobie zdecydowaną zmianę w reagowaniu na ich próby obwiniania jej. Zaczęła się bronić bez lęku przed odrzuceniem.

W roli matki przestała mieć wyrzuty sumienia w sytuacjach odpoczynku i niechęci do zabawy z dziećmi. Z mężem natomiast zaczęła więcej rozmawiać o sobie, swoich słabościach i potrzebach. Ponadto zaczęła wyrażać wprost próśby o pomoc w obowiązkach domowych, przyzwoliła sobie na wspólne wypicie kawy na tarasie albo na czytanie książki, podczas gdy to mąż opiekował się dziećmi. Przestała z nim również rywalizować o to, że dzieci reagują z dużym entuzjazmem, kiedy on wraca z pracy. Z radością opowiadała o zmianach w swoim zachowaniu, bez lęku, że zostanie jej to zabrane. Pomocna była tutaj interwencja dotycząca jej sposobu skalowania własnego samopoczucia.

Zapiski terapeutki: *Moją uwagę zwrócił fakt, iż pomimo zachodzących zmian w jej sposobie psychicznego funkcjonowania, pacjentka nadal zaznaczała niskie oceny. Bała się przyznać przed samą sobą, że jest lepiej. Stwierdziła: „Nie wiem, czy mam prawo się cieszyć i żyć lepiej”. Ponadto nie chciała się sobą rozczarować w sytuacji niepowodzenia oraz bała się, że jeśli zaznaczy adekwatną do jej dobrego samopoczucia cyfrę, to po wyjściu z gabinetu zdarzy się coś strasznego. W ten sposób chciała oszukać los, przeznaczenie oraz siebie samą. Kiedy skonfrontowałam ją ze starymi przekonaniami, postanowiła poprawić skale z niższych na wyższe. Przez około 5 minut czekała, nasłuchując, czy „coś się nie stanie”. I oczywiście nic się nie stało. Zareagowała śmiechem i poczuła ulgę: „Ubyło mi 10 kg” stwierdziła po chwili. Od tamtej pory, skalując własne samopoczucie, uśmiechała się sama do siebie, dodając sobie otuchy i wsparcia.*

Podczas psychoterapii pacjentka wróciła po urlopie wychowawczym do pracy w szkole. Obserwowała w sobie zmiany, jakie nastąpiły w wyniku psychoterapii. Świadomie zatrzymywała w sobie stare schematyczne tendencje oraz zaczęła asertywnie mówić „nie” dyrekcji szkoły i uczniom. Przestała rywalizować z innymi nauczycielami o nagrody i pochwały za organizowanie projektów w szkole.

Głównym celem tego etapu psychoterapii była transformacja schematów doświadczenia i relacji z innymi osobami. Transformacja stanowiła końcowy efekt trzeciej fazy psychoterapii. Nie byłby on możliwy bez kilku poprzedzających etapów współpracy:

- pogłębiania relacji terapeutycznej, a w szczególności pracy nad lękiem przed wstydem (ścieżka pierwsza – rozwijanie relacji terapeutycznej),
- rozwijania umiejętności świadomego monitorowania osobistego funkcjonowania w sytuacjach dnia codziennego (relacji z ważnymi dla niej osobami, a w szczególności radzenia sobie z manipulacją ze strony matki, na ścieżce czwartej – inspirowanie i wspieranie aktywności i wyborów pacjenta),
- przywoływania i modyfikowania trudnych doświadczeń z przeszłości oraz powtórnego korektywnego doświadczania emocji z okresu dzieciństwa (ścieżka druga – eksplorowanie wydarzeń i doświadczeń osobistych oraz ścieżka trzecia – modyfikacje poznawcze i behawioralne),
- wprowadzenia dialogów integrujących wewnętrzne rozdwojenie pacjentki (ścieżka piąta – dramatyzacje wyobrażeniowe i ekspresyjne oraz ścieżka siódma – rekonstrukcja narracji osobistych),
- uwalniania pacjentki od negatywnego wpływu śladów skrzywdzenia głównie ze strony matki i ojca (ścieżka piąta – dramatyzacje wyobrażeniowe i ekspresyjne oraz szósta – rozwijanie rozumienia siebie, wgląd i samoobserwacja),
- rezygnacji z pełnionych ról narzuconych przez ważne dla pacjentki osoby (ścieżka piąta – dramatyzacje wyobrażeniowe i ekspresyjne),
- utrwalania śladów korekcyjnych i nowych doświadczeń przez wspieranie wglądu pacjentki, dotyczącego jej relacji samej z sobą oraz z otaczającym ją światem (ścieżka czwarta – inspirowanie i wspieranie aktywności i wyborów pacjenta, szósta – rozwijanie rozumienia siebie, wgląd i samoobserwacja, oraz siódma – rekonstrukcja narracji osobistych).

Poszczególne etapy terapii były prowadzone przez terapeutkę na różnych ścieżkach. Początkowo praca odbywała się na ścieżce rozwijania relacji terapeutycznej oraz modyfikacji poznawczych i behawioralnych. Znaczna część pracy terapeutycznej w omawianej fazie odbywała się jednakże na trzech ścieżkach, tj. na ścieżce piątej (dramatyzacji wyobrażeniowej i ekspresyjnej), na ścieżce szóstej (rozwijania rozumienia siebie – wglądu i samoobserwacji) oraz na ścieżce siódmej (rekonstrukcji narracji osobistych). Warto przejść już do ostatniej fazy terapii.

Faza IV. Utrwalanie zmian osobistych i kończenie współpracy

Na tym etapie psychoterapii terapeutka skupiała się przede wszystkim na utrwalaniu w pacjentce nowego sposobu doświadczania i świadomości siebie samej.

Pacjentka pełniła i nadal pełni wiele ról życiowych, które przed psychoterapią sprawiały jej trudność i z których nie czerpała radości. Tym samym faza IV psychoterapii stanowiła dla niej ważny moment w utrwalaniu zmian w sposobach

pełnienia przez nią ról życiowych. Równie ważny był jej powrót do pełnienia roli nauczycielki i koleżanki w szkole.

Zapiski terapeutki: *Pacjentka doświadcza obecnie kilku ważnych i stresujących w swoim życiu momentów. Obserwuję, jak zatrzymuje swoje stare tendencje. Dużo o tym rozmawiamy. Celem jest umacnianie w niej zmian.*

Pacjentka wykazywała w swoim sposobie myślenia, odczuwania i reagowania wiele zmian. Przez kilka ostatnich sesji wspólnie z pacjentką terapeutka dokonywała uważnego ich przeglądu. W sposób autentyczny starała się wyrażać uznanie dla pacjentki, ale jednocześnie zachęcała ją do samodzielnego chwaleńia się i doceniania.

Ostatnia sesja w całości została przeznaczona na omówienie całego procesu terapeutycznego, celów terapii oraz wspomnień związanych z pierwszą sesją. Pacjentka przywoływała również trudne momenty podczas trwania terapii, kiedy nie mogła dojechać do domu z powodu płaczu lub złości. Wspomniała również z uśmiechem, jak próbowała przejmować kontrolę nad procesem psychoterapii.

Zapiski terapeutki: *Dużo rozmawiamy o naszej relacji terapeutycznej oraz o tym, jak wiele się z tej relacji nauczyła. Dzięki doświadczonej przez siebie autentyczności, empatii oraz zrozumieniu z mojej strony w większym stopniu zaczęła odczuwać bliskość z innymi ważnymi dla niej osobami.*

Na koniec terapeutka wraz z pacjentką omówiła cele, jakie pacjentka chciałaby zrealizować po zakończeniu psychoterapii, oraz dokonały inwentaryzacji jej sposobów radzenia sobie z nadmiarowym smutkiem czy też przygnębieniem. Okazało się, że pacjentka rozwinęła w sobie umiejętność samoobserwacji i świadomości siebie samej w takim stopniu, że nawet jeśli odczuwa czasem spadek nastroju, automatycznie potrafi rozpoznawać jego źródło. Dzięki temu jest w stanie szybciej wracać do równowagi psychofizycznej.

Poza opisem faz i strategii postępowania terapeutycznego terapeutka dokonała jednocześnie autoanalizy własnej relacji z pacjentką. Może warto w tym miejscu chociażby w skróconej formie ją przedstawić.

Faza I. Nawiązanie kontaktu i orientacja w problemach

Z początkiem procesu psychoterapii czułam ze strony pacjentki duże pokłady nadziei, presję oraz napięcie emocjonalne. Od samego początku moją uwagę zwróciło to, iż pacjentka była bardzo kontrolująca, chaotyczna w wypowiedziach (poruszała wiele wątków) i pełna emocji. Ciężko oddychała, szybko się przemieszczała po gabinecie, a na fotelu trudno jej było swobodnie siedzieć (występowała ekspresyjność ruchów rąk, nerwowe pocieranie twarzy, unikanie kontaktu wzro-

kowego). Czasem miałam wrażenie, że za wolno – w jej opinii – pracuję. Co więcej, pacjentka, robiąc notatki, po każdej sesji przychodziła z oczekiwaniami dalszych zmian. Starła się podpowiadać mi, co należałoby dalej z nią robić. Jej weryfikacja procesu szczególnie nasiliła się w fazie III psychoterapii. Miałam wrażenie, że pacjentka wyczekiwała, że podporządkuję się jej pomysłom. Często, w tej fazie terapii, testowała siebie samą i sprawdzała, czy psychoterapia jest skuteczna. Wystarczyło, że pomiędzy sesjami pacjentka zareagowała nie tak, jakby chciała, zalewała się emocjami smutku i lęku. Sesje zaczynała od słów: „Oj dzisiaj to będę płakać, było tragicznie”. Wszystko to sprawiało, że czułam na sobie presję i bardzo dużą odpowiedzialność. Początkowo uruchamiała we mnie moje osobiste schematyczne tendencje, których jestem świadoma. Dzięki temu mogłam zatrzymywać mechanizm przeciwprzeniesienia. Pomocna była rozmowa z pacjentką na ten temat.

Wykonywałam zatem podwójną pracę w relacji z pacjentką – byłam uważna na własne stany emocjonalne oraz na stany emocjonalne pacjentki. Bardzo pomocna była dla mnie osobista samoświadomość oraz rozwinięta uważność na procesy zachodzące w relacji między mną a pacjentami. Dzięki temu zaczęłam odczuwać w sobie spokój, ale też coraz większe zrozumienie pacjentki.

Z końcem fazy I oraz przez cały czas trwania faz II i III psychoterapii starałam się nazywać – wobec pacjentki – moje odczucia w relacji z nią oraz moje wyobrażenia na temat tego, co dzieje się w jej wnętrzu. Pacjentka nie odbierała moich komunikatów przeciwko sobie, wręcz przeciwnie, czuła się zrozumiana i zaczęła nabierać dystansu do swojej presji wobec mnie.

Wydaje się, że korektywnym dla niej doświadczeniem była moja autentyczność, a więc moja wewnętrzna spójność między tym, co czułam i myślałam, oraz tym, jak reagowałam podczas każdej sesji. Korektywnym w tym znaczeniu, iż pacjentka wykazywała lęk przed opinią (co zresztą zaznaczyła w kwestionariuszu SCL-90 w punkcie o nadwrażliwości interpersonalnej). Nasze wspólne omawianie relacji terapeutycznej pomogło jej zaobserwować, zarówno we mnie, jak i w niej samej, iż pomimo trudnych momentów i kryzysów terapii relacja się pogłębiała. Po każdym etapie pracy nad relacją twierdziła: „To dziwne, ale nie czuję, że coś ze mną jest nie tak”.

Dowodem na to, że czuła się dobrze w relacji, są jej skale oceny sesji. Mam jednakże świadomość tego, iż jeśli pacjent za każdym razem ocenia sesję bardzo wysoko, może to świadczyć o jego obawach przed odrzuceniem czy też złą opinią terapeuty (ponieważ tak funkcjonuje z innymi poza gabinetem). Tym bardziej że pacjentka wykazywała schemat podporządkowywania się. Za każdym razem omawiałam z nią skalowanie sesji i odpowiadała wprost: „Nigdy nie doświadczałam tak bliskiej relacji [...], nie czuję, aby oceniać niżej sesję”. Stąd nie miałam możliwości weryfikacji jakości sesji i relacji terapeutycznej za pomocą SRS. Wskaźnikiem jakości sesji pozostawały dla mnie zatem pisemne komentarze

pacjentki przy ocenach, np. podkreślanie słów, konkretnych wyrażen w trakcie szacowania jej odczuć.

Podczas ostatniej sesji, kiedy zapytałam ją o naszą relację z perspektywy całego procesu terapeutycznego, stwierdziła, iż nie ułatwiałam jej pracy, ponieważ nigdy nie dawałam jej wskazówek ani też podpowiedzi. Kiedy zapytałam ją o odczucia w związku z tym, że nie słyszała ode mnie podpowiedzi, stwierdziła: „Ale czułam się szanowana jak nigdy przedtem”. Dodała również: „Gdyby mi pani mówiła, co mam robić, to na bank czułabym ogromny strach, poczucie winy i wstydu, w sytuacji, kiedy nie byłabym w stanie sprostać pani oczekiwaniom”.

Dodatkowym ważnym momentem, o którym już wcześniej pisałam, była praca nad jej poczuciem wstydu. Omówienie tej emocji, werbalizowanie moich oraz jej myśli zdecydowanie pomogło pacjentce w głębszym doświadczaniu pracy terapeutycznej. Nie była to łatwa część pracy.

Początkowo miałam w sobie obawy, czy nazwać jej to, co obserwuję podczas trwania sesji. Moje obawy były związane z tym, iż nie chciałam w ten sposób sprawić jej jeszcze większego poczucia wstydu. Jednakże miałam świadomość, iż praca ze wstydem głównie polega na kontaktowaniu się z nim i jego werbalizowaniu. W ten sposób mogłam pomóc pacjentce oswoić jej poczucie wstydu. Poza tym, trudno byłoby mi pracować w fazie III terapii, w sytuacji, kiedy pacjentka bardziej kontaktowałaby się z tym, co czuje w relacji ze mną, aniżeli z tym, co czuła i czego doświadczała w przeszłości.

Pacjentka czuła się zażenowana, jeszcze bardziej zaczęła się nerwowo uśmiechać i utrzymywać kontakt wzrokowy wbrew sobie. Ja z kolei czułam w sobie napięcie, które po chwili zamieniło się w energię do kontynuowania pracy, ponieważ przestałam się skupiać na sobie. Z końcem sesji zaobserwowałam u niej rozluźnienie w ramionach. Kolejną sesję ponownie rozpoczęłam od pracy nad wstydem. W konsekwencji pacjentka coraz częściej i dłużej kontaktowała się ze mną wzrokiem i było mi do niej jeszcze bliżej (czułam do niej coraz mniejszy dystans).

W czasie trwania sesji obserwowałam w sobie własny poziom akceptacji i szacunku do jej przekonań i myśli na temat własnej przeszłości oraz jej codziennego funkcjonowania. Kiedy pracowałyśmy nad jej krzywdą, czułam w sobie akceptację wobec niej i zrozumienie, zwłaszcza w momentach, kiedy chroniła matkę, próbowała przejmować kontrolę nad sesjami lub reagowała nieadekwatnie smutkiem i rozczarowaniem pomimo dokonywanych zmian w jej tendencjach (obawiała się wyrażać radość z powodu zmian myślenia, odczuwania i reagowania). Zdarzało się, że w relacji z pacjentką traciłam swoje wyczulenie na jej tendencje do wyolbrzymiania i nadmiarowego reagowania w sytuacjach trudnych. Wówczas początkowo czułam bezradność i pojawiała się we mnie myśl, że może faktycznie źle prowadzę psychoterapię.

Zakłóceniem w pracy terapeutycznej był fakt, że dwukrotnie podzieliłam się z pacjentką swoją obawą, ponieważ sprawiło to, że w jeszcze większym stopniu zaczęła się zasmucać. Jednakże po chwili rozmowy i eksploracji jej faktycznych reakcji na dane sytuacje okazało się, że pacjentka odreagowywała przy mnie swój niepokój związany ze zmianami, na które w jej przekonaniu nie zasługiwała. Bała się, że zostanie ukarana przez los.

Dzięki temu doświadczeniu traktowałam jej opowieści o „niepowodzeniach” z dystansem, cierpliwie wysłuchując, co ma do powiedzenia, a następnie zaczynałam ją konfrontować. Znaczenie miało również skonfrontowanie pacjentki z mechanicznym, automatycznym ocenianiem własnego samopoczucia (niskie oceny pomimo dużych zmian w jej świadomości oraz sposobach reagowania). Myliła numery sesji, daty (mimo że mnie o to pytała), bardziej skupiała się na ocenach własnego samopoczucia, które chciała jak najszybciej zakreślić i przejść do dalszej pracy (nie chciała marnować czasu).

Niewątpliwie do najważniejszych czynników wspólnych w psychoterapii należy relacja terapeutyczna. Również Jerzy Mellibruda w swoim modelu psychoterapii integracyjnej wskazywał, iż ścieżka pierwsza (rozwijanie relacji terapeutycznej) praktycznie jest obecna przez cały czas trwania procesu psychoterapii. W opisywanym przypadku procesu terapii również terapeutka przedstawiła swoje sposoby rozwijania relacji w każdym etapie terapii. Oto jej spostrzeżenia:

Podstawowym celem podczas pierwszych sesji było nie tylko zorientowanie się w problemach do terapii, ale przede wszystkim nawiązanie z pacjentką kontaktu. Zgodnie z tym, co pisałam wcześniej, pacjentka w relacji ze mną doświadczała bowiem wstydu i lęku przed oceną. Dlatego unikała ze mną kontaktu wzrokowego. Starłam się okazać jej zrozumienie oraz cierpliwość w słuchaniu, mimo że wypowiedzi były chaotyczne i pełne emocji.

Kolejne sesje posłużyły mi do orientacji w jej schematycznych tendencjach oraz problemach, które utrudniały jej prowadzenie satysfakcjonującego życia. Już od pierwszych sesji wyczuwałam w niej autentyczne cierpienie psychiczne. Obserwowałam na jej twarzy smutek i przygnębienie. Mając świadomość istnienia jej schematów osobowościowych, starałam się nawiązać taki rodzaj sojuszu terapeutycznego, który z jednej strony nie będzie zaborczy, a z drugiej – nie będzie zbyt chłodny, analityczny, skupiający jedynie na faktach. Postanowiłam reagować w sposób autentyczny, spójny z moim sposobem reagowania. Oczywiście, miałam czasem wątpliwości, czy nie jestem zbyt powolna w prowadzeniu sesji (pacjentka jest bardzo ekspresyjna, emocjonalna). Czasem też miałam wrażenie, że mówiąc do niej wprost, wywołuję zawstydzenie, konsternację (zwłaszcza podczas konfrontacji z jej przekonaniami).

Okazało się jednak, iż mój łagodny i opanowany sposób prowadzenia z nią psychoterapii uspokajał ją, o czym zaczęła mówić wprost. Ponadto nazywanie przekonań pacjentki lub konfrontowanie jej z nimi, nawet jeśli początkowo było

dla niej niekomfortowe, pomagało jej coraz bardziej czuć się ze mną swobodnie i bezpiecznie.

Pisząc wcześniej o akceptacji i szacunku dla pacjentki, z początkiem psychoterapii miałam na myśli jej postawę dążącą do bycia wyidealizowaną matką oraz jej przeświadczenia, że inni mieli gorzej jako dzieci. Dowodem jej pozytywnych przekonań na temat rodziny pochodzenia jest skala samopoczucia (ORS). W czasie pierwszych sesji zaznaczała wysokie skale ocen. Z każdą kolejną sesją jej oceny relacji z ważnymi dla niej osobami ulegały zmianie. Wiedziałam, że nie mogę od razu przekazać pacjentce swoich spostrzeżeń ani tym bardziej przekonywać jej, iż jest manipulowana przez matkę oraz że nie ma zakończonej relacji z nieżyjącym ojcem. Byłoby to dla niej zbyt trudne do przyjęcia. Pacjentka powoli, systematycznie zaczęła się kontaktować z własnymi potrzebami, przemyśleniami oraz uczuciami w relacji z ważnymi osobami.

Na tym etapie współpracy okazywałam jej dużo autentycznego podziwu za wysiłek, który wkładała w pracę, wychowanie dzieci, zajmowanie się domem czy też za to, że przetrwała tyle trudnych chwil w dzieciństwie. Nie miałam wrażenia, że jestem postrzegana przez pacjentkę jako osoba, której nie można ufać, lub jako osoba niewiarygodna. Wręcz przeciwnie, pokładała we mnie oraz w psychoterapii dużo nadziei. Zanim przyszła na sesję indywidualną, czytała wiele artykułów na temat psychoterapii oraz jej efektów. Jednocześnie obawiała się, czy sprostam jej oczekiwaniom. Dlatego miałam poczucie, że od samego początku mnie sprawdza, kontroluje, podpowiada, co powinnam robić z nią dalej i w jakiej kolejności. Początkowo wywołało to we mnie irytację, ale szybko zdałam sobie sprawę z faktu, iż zwyczajnie boi się, że jej nie pomogę (więcej na ten temat pisałam w podrozdziale: „Analiza pracy psychoterapeuty”).

Z uwagi na swój wysoki poziom kontroli, a tym samym napięcia emocjonalnego, pacjentka odczuwała natłok myśli. Podczas sesji zapominała, o czym chciała ze mną porozmawiać, gubiła wątki rozmowy lub nie potrafiła wskazać powodu, dla którego rozpoczynała kolejny temat rozmowy. Miałam niekiedy trudność w uporządkowaniu własnych myśli i określeniu wspólnie z pacjentką problemów do terapii. Miałam świadomość, że są to formy zakłóceń w naszej relacji terapeutycznej:

- zmieniała tematy rozmowy,
- intelektualizowała („przegadywała” własne odczucia emocjonalne),
- rozwijała mało istotne opowieści o innych ludziach, np. koleżankach, uczniach.

W celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia zakłóceń w relacji, w sposób taktowny i subtelny rozmawiałam z nią, czy dostrzega te zakłócenia, oraz pytałam o przyczyny ich powstawania itp. Dzięki temu podczas kolejnych sesji samodzielnie się zatrzymywała i w coraz większym stopniu skupiała się na wybranym przez siebie obszarze do pracy.

Bieżąca faza zakończyła się podsumowaniem kilku sesji oraz ostatecznym ustaleniem problemów do pracy terapeutycznej. Miałam poczucie, że pacjentka

w coraz większym stopniu zaczyna ze mną współpracować, tzn. zaczęła rozumieć, że bez jej pomocy ja nie będę w stanie jej pomóc. Zawarliśmy sojusz terapeutyczny.

Faza II. Rozpoznawanie problemowych doświadczeń i schematów

W fazie II procesu psychoterapeutycznego doświadczałam w relacji z pacjentką większej współpracy aniżeli w fazie I. Sesje zaczęły być przede wszystkim bardziej przeze mnie uporządkowane. Nawet jeśli pacjentka miała potrzebę rozwinięcia kolejnego wątku rozmowy, zachęcałam ją do przypomnienia sobie o celu i określonych przez nią problemach do pracy. Dzięki temu mogłam zapobiec zakłóceniom relacji oraz sesji. W takich momentach nie czułam ze strony pacjentki złości lub irytacji. Mówiła, że jej to pomaga, ponieważ kiedy ją zatrzymuję, automatycznie hamuje w sobie natłok myśli i skupia się na mnie (na treści konstruktywnej rozmowy terapeutycznej).

Podczas eksploracji skupiałam się przede wszystkim na sposobach reagowania oraz doświadczenia omawianych sytuacji z przeszłości pacjentki. Często zatrzymywałam ją, prosząc, aby zaobserwowała w sobie emocje i objawy somatyczne. Miałam wrażenie, że za każdym razem odkrywała w sobie coś nowego. Coraz częściej kontaktowała się z wewnętrznym procesem doświadczania wspomnień z przeszłości. Doznawałam w sobie, że coraz lepiej rozumiem pacjentkę. Było mi coraz łatwiej współodczuwać jej emocje i wyobrażać sobie trudne dla niej sytuacje z dzieciństwa. Dzięki temu stawiałam się coraz bardziej autentyczna i swobodna w nazywaniu jej stanów emocjonalnych, wyobrażeń oraz w okazywaniu współczucia.

Okazywanie mojej autentyczności pomagało pacjentce w zmniejszeniu niechęci do świadomego zbliżania się do zdarzeń z przeszłości. Tym samym wspólnie docierałyśmy do jej śladów percepcyjno-wizualnych, obrazów oraz tzw. śladów cielesno-ekspresyjnych podczas sesji.

W trudnych momentach odtwarzania przez nią wspomnień pomagałam jej głęboko oddychać, czasem oddychałyśmy razem (ponieważ też tego potrzebowałam).

W dalszej części współpracy czułam w sobie złość co do zachowań matki pacjentki w przeszłości. Kiedy podzieliłam się z pacjentką swoimi odczuciami, zaobserwowałam w jej oczach zadowolenie i wdzięczność. Okazało się, że do tej pory nikt na jej matkę się nie złościł, wręcz przeciwnie, wszyscy członkowie rodziny okazywali jej współczucie. Myślała, że czując negatywne emocje do matki, popełnia grzech, z którego często się spowiadała w kościele. Czuła się winna.

Od początku współpracy starałam się nie tylko określić problemy do terapii, ale również przysłuchiwałam się jej narracji osobistej w celu rozpoznania ne-

gatywnych schematów osobistych. Był to dla mnie stosunkowo łatwy etap pracy, ponieważ pacjentka dużo mówiła, wręcz ją zatrzymywałam w celu uporządkowania wypowiedzi i doprecyzowania usłyszanych przeze mnie treści. Tym samym, pomimo wczesnej orientacji w jej schematycznych tendencjach, powstrzymywałam się przed zbyt szybką pracą terapeutyczną. Bez własnej samoobserwacji oraz świadomości dynamiki relacji terapeutycznej mogłabym wejść w pułapkę wywierania przez pacjentkę presji. W ten sposób przyczyniłabym się jedynie do utrwalania jej schematycznych tendencji.

Faza III. Transformacja schematów doświadczania i relacji

Mimo że proces terapeutyczny trwał już kilka miesięcy, nadal motywowałam pacjentkę do pracy eksploracyjnej, ale już na głębszym poziomie – emocjonalnym. Stwarzałam pacjentce takie warunki, aby zaczęła sobie bardziej współczuć, aniżeli siebie atakować – pracowałam nad zmianą jej narracji osobistej. Dzięki temu, że byłam w stanie wyobrazić sobie, co mogła odczuwać jako dziecko, nie sprawiało mi to większych trudności. Nieustannie czułam w sobie spójność i autentyczność w sposobach reagowania na słowa pacjentki. Starłam się raczej stosować dialog sokratejski, aniżeli nazywać wprost jej własne wyobrażenia i komunikować jej je. Pacjentka wyrażała swoje zaskoczenie pod wpływem własnych refleksji podczas sesji. Sprawiało mi to wewnętrzne poczucie sensu prowadzenia psychoterapii w taki sposób.

W omawianej fazie, w moim przekonaniu, nie byłabym w stanie wprowadzać transformacji schematów bez świadomości własnych odczuć relacji i sposobów doświadczania krzywdy przez pacjentkę. Z jednej strony wiedziałam, czego pacjentka ode mnie oczekuje, a z drugiej – pozostałam przy własnych przemyśleniach co do czasu i kolejności dalszego postępowania terapeutycznego.

Poza pracą na ścieżce dramatyzacji wyobrażeniowych pracowałam również na ścieżce inspirowania i wspierania aktywności pacjentki. Wymagało to ode mnie również bycia ostrożną i uważną, aby nie oferować jej gotowych rozwiązań (co czasem nie było łatwe). Starłam się wypracowywać z nią poszczególne sposoby radzenia sobie jedynie za pomocą pytań: „Co chciałaby zamiast [...]?”, „Czego próbowała [...]?, Jak próbowała?, Jakie były efekty i czy były one zgodne z tym, co chciała uzyskać itp.”. W ten sposób oddawałam pacjentce odpowiedzialność za własne próby działania i nie czułam na sobie presji z jej strony.

Towarzyszyłam pacjentce w przygotowaniu niektórych strategii zachowań w relacjach z ważnymi dla niej osobami oraz wspierałam w sytuacjach niepowodzeń i powrotu do starych nawyków, które jej nie służyły. W takich momentach nie czułam frustracji, raczej zrozumienie i empatię.

Wyczuwałam w pacjentce, że potrzebuje w relacji ze mną przede wszystkim szacunku, empatycznego odzwierciedlenia i wspierania, którego wcześniej nie miała okazji doświadczyć. Czułam w stosunku do pacjentki pełną akceptację i współczucie, więc to, czego ona potrzebowała ode mnie, było dla mnie czymś naturalnym, a nie wyuczonym sposobem pracy.

Zaobserwowałam w sobie również, iż podczas pracy nad wglądem zachęcałam pacjentkę do odkrywania przez nią związków przyczynowo-skutkowych oraz zdarzało się, że dokonywałam ich interpretacji.

Najbardziej skuteczną dla pacjentki formą okazała się właśnie interpretacja, która pomagała jej zrozumieć własne stany emocjonalne oraz zachowania. Interpretacja była także dla mnie dobrą formą dopełnienia pracy czy też sposobem rozwijania w pacjentce większej świadomości siebie. Otóż dokonując interpretacji w formie pytań, nie dopuszczałam do narzucania jej własnego punktu widzenia, a jedynie dostarczałam jej treści, które wykraczały poza jej aktualne rozumienie siebie.

Faza IV. Utrwalanie zmian osobistych i kończenie pracy

Końcowe sesje psychoterapii starałam się przeznaczyć na podsumowanie zmian w pacjentce, jej sposobu myślenia, odczuwania i reagowania w życiu codziennym. Omawiałam z nią jej osobiste samopoczucie w relacji z samą sobą oraz z ważnymi dla niej osobami.

W szczególności rozmowy na temat zmian w relacji dotyczyły relacji z matką, rodzeństwem, mężem oraz dziećmi, w mniejszym stopniu – relacji z uczniami i kolegami w szkole. Nie oznacza to jednak, iż relacje w szkole nie były dla pacjentki znaczące. Znaczenie miała bowiem więź emocjonalna ze wspomnianymi osobami, a tym samym stopień bliskości emocjonalnej. Czym innym są doświadczenia relacji poza domem, a czym innym – doświadczenia w relacji z rodziną pochodzenia oraz w relacji z mężem i dziećmi.

Szczególny rodzaj relacji pacjentka nawiązała również ze mną. Tym bardziej rozmowy dotyczyły również relacji terapeutycznej oraz emocji związanych z rozstaniem. Był to dla pacjentki trudny moment – wzruszała się, mówiąc o spotkaniu ze mną, o tym, jak czasem było jej trudno, zwłaszcza w sytuacjach, kiedy dokonywałam konfrontacji jej myśli czy też w pracy nad jej wstydem. Słuchając jej uważnie, odczuwałam spokój i zadowolenie z faktu, iż pacjentka w ciągu półtorarocznej pracy zaczęła się cieszyć życiem, a pełnienie przez nią różnych ról zaczęło sprawiać jej radość i satysfakcję.

Dla mnie ważna była obserwacja procesu zmian relacji pacjentki z mężem i córką. Okazało się, że moja praca nad naszą relacją terapeutyczną znalazła swoje „odbicie” w relacji pacjentki z jej mężem. Mówiąc bardziej szczegółowo,

pacjentka przestała odczuwać wstyd wobec męża, a tym samym zaczęła z nim więcej rozmawiać i czerpać radość z jego obecności. W relacji z córką przestała mieć poczucie winy i zaczęła się z nią komunikować wprost (o swoich uczuciach i potrzebach). Zaczęła być spójna w relacji z samą sobą. Obserwowanie zmian pacjentki w omawianym obszarze umocniło we mnie przekonanie, że wybrana przeze mnie strategia pracy z pacjentką okazała się słuszna. Pomagałam również pacjentce dokonać przeglądu postępów i starałam się to czynić w empatyczny sposób. Rozmawialiśmy o jej celach życiowych, o tym, co chciałaby robić dalej po zakończeniu psychoterapii. Pacjentka stwierdziła, że nie chce nic zmieniać, a jedynym celem jest utrwalanie zmian, które w niej nastąpiły. Na zakończenie ostatniej sesji podzieliłam się z pacjentką własnymi doświadczeniami związanymi z całym procesem psychoterapii.

Wreszcie na koniec: potwierdzeniem zmian, które nastąpiły w wyniku psychoterapii Anny K., jest przedstawiona w tabeli 26 analiza SCL-90.

Tabela 26

Wynik badania SCL-90 po zakończeniu psychoterapii

Badanie	Objawy psychopatologiczne								
	soma- tyzacje	natrę- stwa	nadwra- żliwość interperso- nalna	depresja	lęk	wrogość	fobie	myślenie paranoi- dalne	psycho- tyczność
	0.6	0.4	0.9	0.5	0.8	0.7	0.1	0.5	0.1

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie tabeli 26 można stwierdzić, że wyniki z obszaru somatyzacji, nadwrażliwości interpersonalnej, lęku oraz wrogości sytuowały się u pacjentki na poziomie przeciętnym. Wyniki z obszaru natręctw, depresji, fobii, myślenia paranoidalnego oraz psychotycznego lokowały się na poziomie niskim. Reasumując, otrzymane wyniki z początku oraz z końca psychoterapii znacznie się różnią (por. tabela 27).

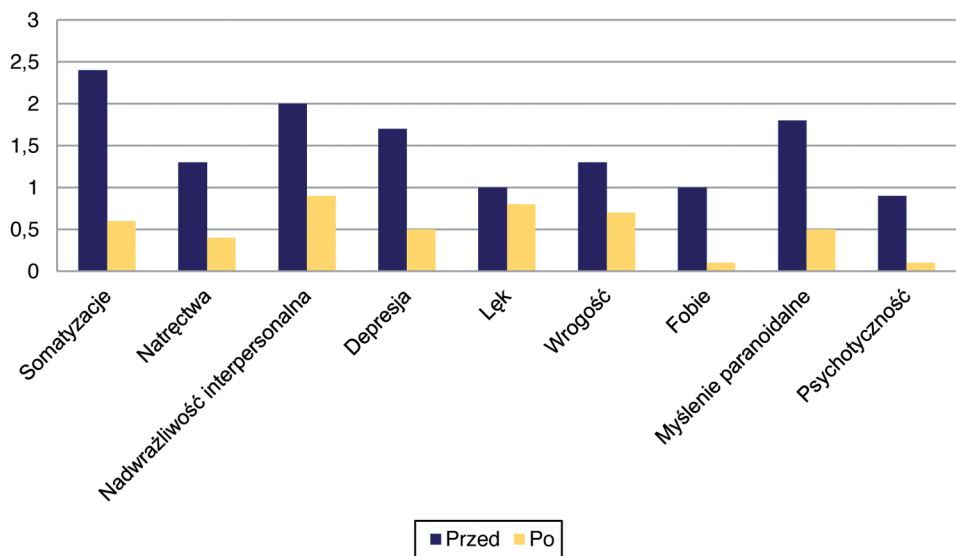
Z zestawienia zawartego w tabeli 27 wynika, iż największe różnice dotyczą somatyzacji, nadwrażliwości interpersonalnej, depresji oraz myślenia paranoidalnego. W celu lepszego zobrazowania różnic sporządziłam wykres (por. wykres 40).

Tabela 27

Wynik badania SCL-90 przed rozpoczęciem i po zakończeniu psychoterapii

Badania	Objawy psychopatologiczne								
	soma- tyzacje	natrę- stwa	nadwraź- liwość interperso- nalna	depresja	lęk	wrogość	fobie	myślenie paranoi- dalne	psycho- tyczność
Badanie I	2.4	1.3	2	1.7	1	1.3	1	1.8	0.9
Badanie II	0.6	0.4	0.9	0.5	0.8	0.7	0.1	0.5	0.1

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 40

Zestawienie wyników kwestionariusza SCL-90

Źródło: Opracowanie własne.

Przedstawiony wykres wskazuje, że pacjentka w najwyższym stopniu wykazywała dolegliwości somatyczne, a dokładniej – dyskomfort spowodowany głównie objawami związanymi z oddychaniem, dolegliwościami żołądkowymi oraz somatycznymi objawami lęku. Jako nieco niższy pacjentka określiła poziom nadwrażliwości interpersonalnej. Świadczyło to o wykazywaniu przez nią nieadekwatnego poczucia bycia gorszą niż inni (szczególnie w porównaniu z innymi osobami), niepokoju i dyskomfortu w kontaktach z innymi ludźmi. Pod koniec psychoterapii wysokie wyniki uległy zmniejszeniu, o czym świad-

czą nie tylko wyniki testowe, ale również treści wypowiedziane przez pacjentkę podczas sesji.

Warto również zwrócić uwagę na sposób, w jaki pacjentka wypełniała kwestionariusze. O ile w pierwszym przypadku miała trudność z jego wypełnieniem (skreślała i zmieniała odpowiedzi), o tyle w drugim – wypełniała go swobodnie, bez napięcia, odczuwając wewnętrzny spokój.

Podsumowując, w pracy został opisany w sposób szczegółowy przebieg procesu psychoterapii z wykorzystaniem modelu psychoterapii integracyjnej Mellibrudy. Celem było ukazanie, jak w praktyce przebiega praca psychoterapeuty integracyjnego łączącego wiedzę z różnych innych modalności. Ponadto starano się wykazać zależności czynników wspólnych psychoterapii i objawów psychopatologicznych. W sposób szczególny został wyeksponowany ważny czynnik wspólny, jakim jest relacja terapeutyczna w czasie trwania procesu psychoterapii.

Na zakończenie należy podkreślić, że integracja psychoterapii jest czymś innym aniżeli psychoterapia integracyjna, zwłaszcza psychoterapia integracyjna w ujęciu Mellibrudy. Niewątpliwie, każdy nurt psychoterapii jest ważny i wniósł bardzo dużo cennych i wartościowych sposobów zarówno rozumienia problemów pacjentów/klientów, jak i sposobów ich leczenia. Minęły już czasy, w których pojawiały się wielkie koncepcje psychoterapeutyczne tworzące fundament dla profesji, jaką jest psychoterapia. Jednocześnie wraz z ich pojawianiem się powstawały głębokie i niepotrzebne z perspektywy pacjenta/klienta podziały. Współcześnie odchodzi się od archaicznych podziałów na rzecz integracyjnych poszukiwań sposobów pomagania w zmniejszeniu cierpienia. Psychoterapia jest przede wszystkim tym, co psychoterapeuta robi, a nie tym, co o niej myśli.

Bibliografia

- Bachelor A., 1995, *Client's perceptions of the therapeutic alliance: A qualitative analysis*, "Journal of Counseling Psychology", no 42, s. 323–337.
- Beck A.T., Freeman A., Davis D., 2005, *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*, przeł. M. Cierpisz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Beck A.T., Rush J.A., Shaw B.E., Emery G., 1979, *Cognitive therapy of depression*, Guilford Press, New York.
- Beck J.S., 2012, *Terapia poznawczo-behawioralna*, przeł. M. Cierpisz, R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Bedyńska S., Brzezicka A., red., 2007, *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii*, Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”, Warszawa.
- Beutler L.E., Clarkin J., 1990, *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*, Bruner/Mazel, New York.
- Bohart A.C., Tallman K., 1999, *How clients make therapy work: The process of active self-healing*, American Psychological Association, Washington.
- Brzeziński J., 1999, *Metodologia badań psychologicznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Cierpiąłkowska L., Sęk H., red., 2020, *Psychologia kliniczna*, Wydawnictwo PWN S.A., Warszawa.
- Cooper M., 2010, *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.
- Czabała J.C., 2013, *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Derogatis L.R., Cleary P.A., 1977, *Confirmation of the dimensional structure of the scl-90: A study in construct validation*, "Journal of Clinical Psychology", no 33(4), s. 981–989.
- Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L., 1973, *SCL-90. An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report*, "Psychopharmacol Bulletin", no 9, s. 13–25.
- Derogatis L.R., Rickels K., Rock A.F., 1976, *The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale*, "British Journal of Psychiatry", no 128, s. 280–289.
- Dołęga Z., 2006, *Samotność jako kategoria psychologiczna w odniesieniu do dzieci i młodzieży*, w: *Zrozumieć samotność. Studium interpersonalne*, red. P. Domeracki, W. Tyburski, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń.
- Dołęga Z., Kita S., 2021, *Poczucie samotności w toku terapii integracyjnej*, w: *Dostrzeganie zagrożeń drogą do zmiany*, red. K. Popiołek, Difin, Warszawa, s. 182–203.

- Duncan B.L., Miller S.D., Sparks J.A., 2004, *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Elliot R., Watson J.C., Goldman R., Greenberg L.S., 2009, *Psychoterapia skoncentrowana na emocjach. Wprowadzenie do praktyki i szkolenia psychoterapeutów*, przeł. K. Wieczorek, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.
- Feltham C., Horton I., eds., 2019, *Psychoterapia i poradnictwo*, przeł. J. Bartosik [et al.], Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot.
- Frank J.D., 1961, *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*, Schocken, New York.
- Frank J.D., Frank J.B., 2005, *Perswazja i uzdrawianie. Analiza porównawcza psychoterapii*, przeł. H. Grzegółowska-Klarkowska, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.
- Freud S., 2010, *Wstęp do psychoanalizy* [przeł. S. Kempnerówna, W. Zaniewicki], Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Galińska E., 2010, *Zawód psychoterapeuty*, w: *Psychoterapia. Integracja*, red. L. Grzesiuk, H. Suszek, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa, s. 293–311.
- Gaston L., 1990, *The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations*, „Psychotherapy”, no 27, s. 143–153.
- Gelso C.J., Carter J.A., 1994, *Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment*, „Journal of Counseling Psychology”, no 41, s. 296–306.
- Gelso C.J., Carter J.A., 1985, *The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents*, „The Counseling Psychologist”, no 13, s. 155–243.
- Gelso C.J., Hayes J.A., 2004, *Relacja terapeutyczna*, przeł. O. Waśkiewicz, M. Rucińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Gold J., Stricker G., 2001, *Relational psychoanalysis as a foundation of assimilative integration*, „Journal of Psychotherapy Integration”, no 11, s. 43–58.
- Goldenberg H., 1977, *Abnormal psychology*, Brooks/Cole Publishing Company, Monterey.
- Greenson R.R., 1965, *The working alliance and the transference neurosis*, „Psychoanalysis Quarterly”, no 34, s. 155–181.
- Grzesiuk L., 1994, *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, Wydawnictwo Naukowe PWN Sp. z o.o., Warszawa.
- Grzesiuk L., red., 2000, *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Hill C.E., Nutt-Williams E., Heaton K.J., Thompson B.J., Rhodes R.H., 1996, *Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis*, „Journal of Counseling Psychology”, no 43, s. 207–217.
- Hornowska E., 2017, *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Scholar, Warszawa.
- Horvath A.O., Symonds B.D., 1991, *Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis*, „Journal of Counseling Psychology”, no 38, s. 133–149.
- Jakubowska U., 1994, *Psychoterapia*, Instytut Psychologii PAN, Warszawa.

- Jędrasik-Styla M., Styla R., 2009, *Psychoterapia integracyjna: podejście eklektyczne, asymilatywne, integracji oraz czynniki wspólne*, „Psychoterapia” nr 2 (149), s. 5–16.
- Kaplan H.I., Sadock B.J., 1988, *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry (5th ed.)*, Williams & Wilkins Co.
- Kaplan H.I., Sadock B.J., 1998, *Farmakoterapia w zaburzeniach psychicznych* [przeł. K. Fabiańczyk i in.], Urban & Partner, Wrocław.
- Kazdin A.E., 1984, *Integration of psychodynamic and behavioral psychotherapiest: Conceptual versus empirical synthesis*, in: H. Arkowitz, S.B. Messer, eds., *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?*, Plenum, New York.
- Kiesler D.J., 1966, *Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm*, “Psychological Bulletin”, no 65(2), s. 110–136.
- Kirsch I., 2009, *Nowe leki cesarza. Demaskowanie mitu antydepresantów*, Wydawnictwo Zielone Drzewo Instytutu Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.
- Kostyla M., 2017, *Lokalizacja zmian skórnych a nasilenie objawów psychopatologicznych u pacjentów z chorobami skóry*, „Psychiatria Polska”, nr 79: 1–13 Published ahead of print 25 September 2017 www.psychiatriapolska.pl ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE) DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/69289>
- Lambert M.J., Bergin A.E., 1992, *Achievements and limitations of psychotherapy research*, in: D.K. Freedheim, ed., *History of psychotherapy: A century of change*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Lambert M.J., Ogles B.M., 2014, *Common factors. Post hoc explanation or empirically based therapy approach?* „Psychotherapy” (Chic.), no 51(4), s. 500–504.
- Lazarus A.A., 1976, *Multimodal behavior therapy*, Springer, New York.
- Liff Z.A., 1992, *Psychoanalysis and dynamic techniques*, in: D.K. Freedheim ed., *History of psychotherapy: A century of change*, American Psychological Association, Washington, DC.
- London P., 1964, *The modes and morals of psychotherapy*, Routledge, New York.
- Mahoney M.J., 1984, *Psychoanalysis and behaviorism: The Yin and Yang of determinism*, in: H. Arkowitz, S.B. Messer, eds., *Psychoanalytic therapy and behavior therapy. Is integration possible?*, Plenum, New York.
- McWilliams N., 2018, *Psychoterapia psychoanalityczna*, przeł. A. Sawicka-Chrapkiewicz, Grupa Wydawnicza Harmonia, Gdańsk.
- Mearns D., Thorne B., 2016, *Terapia skoncentrowana na osobie*, przeł. M. Cierpisz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Mellibruda J., 2011, *Siedem ścieżek integracji psychoterapii. Ślady dziecięcych traum i toksycznych relacji jako wyzwanie*, Wydawnictwo Zielone Drzewo, Warszawa.
- Meltzoff J., Kornreich M., 1970, *Research in psychotherapy*, Atherton Press, New York.
- Messer S.B., 1992, *A critical examination of belief structures in interpretive and eclectic psychotherapy*, in: J.C. Norcross, M.R. Goldfried, eds., *Handbook of psychotherapy integration*, Basic Books, New York, s. 130–165.
- Miller S.D., Duncan B.L., Brown J., Sparks J., Claud D., 2003, *The Outcome Rating Scale. A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure*. “Journal of Brief Therapy”, no 2, s. 91–100.
- Millon T., 1973, *Theories of psychopathology and personality. Essays and critiques*. W.B. Aunders Company, Philadelphia–London.

- Morrison J.R., 2016, *DSM-5 bez tajemnic: praktyczny przewodnik dla klinicystów*, przeł. R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Norcross J.C., 1990, *An eclectic definition of psychotherapy*, in: J.K. Zeig, W.M. Munion, eds., *What is psychotherapy?*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Norcross J.C., Goldfried M.R., eds., 1992, *Handbook of psychotherapy integration*, Basic Books, New York.
- Norcross J.C., Goldfried M.R., eds., 2005, *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.), Oxford University Press, New York.
- Prochaska J.O., 1979, *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*, Dorsey Press, Homewood, IL.
- Prochaska J.O., Norcross J., 2006, *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna* [przeł. D. Golec, A. Tanalska-Dulęba, M. Zakrzewski], Wydawnictwo Zielone Drzewo, Warszawa.
- Rakowska J.M., 2021, *Skuteczność zapobiegania zaburzeniom psychicznym i ich leczenia: wnioski z badań dla praktyki klinicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Reber A.S., Reber E.S., 2008, *Słownik psychologii*, red. nauk. I. Kurcz, K. Skarżyńska, [przeł. B. Janasiewicz-Kruszyńska et al.], Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Rhodes R.H., Hill C.E., Thompson B.J., Elliot R., 1994, *Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events*, "Journal of Counseling Psychology", no 31, s. 473–483.
- Rogers C.R., 1957, *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*, "Journal of Consulting Psychology", no 21, s. 95–103.
- Rogers C.R., 1959, *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*, in: S. Koch, ed., *Psychology: A study of a science*, McGraw Hill, New York.
- Rogers C.R., 2016, *Teoria terapii, osobowości i relacji interpersonalnych rozwinięta w oparciu o podejście skoncentrowane na kliencie* [przeł. M. Król], Wydawnictwo Zielone Drzewo Instytutu Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.
- Rokach A., 2018, *Effective coping with loneliness: A review*. "Open Journal of Depression", no 7, 61–72. doi: 10.4236/ojd.2018.74005.
- Rosenzweig S., 1936, *Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy*. "American Journal of Orthopsychiatry", no 6, s. 422–425.
- Sęk H., 1991, *Spółeczna psychologia kliniczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Sobolewska-Mellibruda Z., 2011, *Psychoterapia dorosłych dzieci alkoholików. Strategie, procedury i opisy przypadków pracy psychoterapeutycznej*, Wydawnictwo Zielone Drzewo Instytutu Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.
- Stricker G., 2017, *Integracja psychoterapii*, przeł. M. Połec-Szalonek, Wydawnictwo Zielone Drzewo Instytutu Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.
- Stricker G., Gold J., 2005, *Assimilative psychodynamic psychotherapy*, in: J.C. Norcross, M.R. Goldfried, eds., *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). Oxford University Press New York, s. 221–240.
- Suszek H., 2010, *Tendencje integracyjne w psychoterapii na świecie*, w: H. Suszek, L. Grzesiuk, red., *Psychoterapia. Podręcznik akademicki 4: Integracja*, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa.

-
- Trzebiński J., red., 2002, *Narracja jako sposób rozumienia świata*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Wolberg L.R., 1966, *Psychotherapy and behavioral sciences*, Grune and Stratton, New York-London.
- Wolberg L.R., 1977, *The technique of psychotherapy* (3rd edition). Parts I and II. Grune & Stratton, New York.
- Yalom I.D., 2020, *Psychoterapia egzystencjalna* [przeł. A. Tanalska-Dulęba], Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E., 2003, *Schema therapy: A practitioner's guide*, Guilford, New York.
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E., 2014, *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*, przeł. O. Waśkiewicz, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot.
- Zalewska S.L. 2015, *Samotność i osamotnienie w doświadczeniach i narracjach małżeńskich*, Wydawnictwo Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa.
- Zimbardo P.G., Johnson R.L., McCann V., 2017, *Psychologia. Kluczowe koncepcje*. 1: *Podstawy psychologii*, red. M. Materska, przeł. A. Gruszka, D. Karwowska, A. Wojciechowski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Zimbardo P.G., Ruch F.L. (współ.), 1996, *Psychologia i życie*, przeł. J. Radzicki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Indeks nazwisk

- Andruszko Robert 143
Arkowitz Hal 145
- Bachelor Alexandra 24, 143
Bartosik Jolanta 144
Beck Aaron T. 14, 28, 143
Beck Judith S. 13, 143
Bedyńska Sylwia 102, 105, 110, 143
Bergin Allen Eric 20, 25, 27, 145
Beutler Larry E. 20, 28, 143
Bohart Arthur C. 27, 143
Brown Jeb 145
Brzezicka Aneta 102, 105, 110, 143
Brzeziński Jerzy M. 10, 143
- Carter Jean A. 22, 26, 144
Cierpiałkowska Lidia 49, 143
Cierpisz Małgorzata 143, 145
Clarkin John F. 20, 28, 143
Claud David A. 145
Cleary Patricia A. 50, 143
Cooper Mick 26, 27, 143
Covi Lino 50, 57, 143
Czabała Jan Czesław 23, 25, 27, 143
- Davis Denise D. 14, 143
Derogatis Leonard R. 50, 57, 143
Dołęga Zofia 28, 48, 57, 58, 94, 97, 100, 102, 105, 115, 143
Domeracki Piotr 143
Duncan Barry L. 26, 27, 144, 145
- Elliot Robert 14, 26, 144, 146
Emery Gary 28, 143
- Fabiańczyk Karol 145
Feltham Colin 16, 144
Frank Jerome D. 18, 21, 22, 144
Frank Julia B. 18, 21, 22, 144
Freedheim Donald K. 145
Freeman Arthur 14, 143
Freud Sigmund 13, 18, 19, 144
- Galińska Elżbieta 9–11, 144
Gaston Louise 24, 144
Gelso Charles J. 22, 24–26, 144
Gold Jerrold 17, 28, 144, 146
Goldenberg Herbert 12, 144
Goldfried Marvin R. 16, 145, 146
Goldman Rhona N. 14, 144
Golec Danuta 146
Greenberg Leslie S. 14, 144
Greenson Ralph R. 24, 144
Gruszka Aleksandra 147
Grzegółowka-Klarkowska Helena 144
Grzesiuk Lidia 12, 13, 144, 146
- Hayes Jeffrey A. 24, 25, 144
Heaton Kristin J. 25, 144
Hill Clara E. 25, 26, 144, 146
Hornowska Elżbieta 10, 49, 144
Horton Ian 16, 144
Horvath Adam O. 24, 144
- Jakubowska Urszula 14, 144
Janasiewicz-Kruszyńska Barbara 146
Jędrasik-Styla Małgorzata 16, 17, 145
Johnson Robert L. 147
- Kaplan Harold I. 11, 145

- Karwowska Dorota 147
Kazdin Alan E. 19, 145
Kempnerówna S. 144
Kiesler Donald J. 26, 145
Kirsch Irving 11, 12, 145
Kita Sylwia 28, 58, 94, 97, 100, 102, 105, 143
Klosko Janet S. 37, 147
Koch Sigmund 146
Kornreich Melvin 10, 145
Kostyla Magdalena 57, 145
Król Majka 146
Kurcz Ida 146
- Lambert Michael J. 20, 25, 27, 145
Lazarus Arnold A. 28, 145
Liff Zanvel A. 18, 145
Lipman Ronald S. 50, 57, 143
London Perry 28, 145
- Mahoney Michael J. 19, 145
Materska Maria 147
McCann Vivian 13, 147
McWilliams Nancy 13, 145
Mearns Dave 14, 145
Mellibruda Jerzy 7, 8, 15, 29, 31–37, 39–45, 53–55, 117, 118, 135, 142, 145
Meltzoff Julian 10, 145
Messer Stanley B. 28, 145
Miller Scott D. 26, 118, 144, 145
Millon Theodore 12, 145
Morrison James R. 50–52, 146
Munion W. Michael 146
- Norcross John C. 10, 16–20, 145, 146
Nutt-Williams Elizabeth 25, 144
- Ogles Benjamin M. 27, 145
- Pawłow Iwan 18
Perls Frederick S. 14, 15
Poleć-Szalonek Magdalena 146
Popiołek Katarzyna 143
Prochaska James O. 17–20, 146
- Radzicki Józef 147
Rakowska Jadwiga Małgorzata 11–13, 15–17, 24, 146
Reber Arthur S. 10, 34, 48, 146
Reber Emily S. 10, 34, 48, 146
Rhodes Renee H. 25, 26, 144, 146
Rickels Karl 57, 143
Rock Anthony F. 57, 143
Rogers Carl 14, 15, 23–25, 32, 146
Rokach Ami 48, 146
Rosenzweig Saul 21, 146
Ruch Floyd L. 12, 147
Rucińska Monika 144
Rush John A. 28, 143
Ryle Anthony 17
- Sadock Benjamin J. 11, 145
Safran Jeremy D. 17
Sawicka-Chrapkiewicz Anna 145
Sęk Helena 12, 49, 146
Shaw Brian E. 28, 143
Skarżyńska Krystyna 146
Sobolewska-Mellibruda Zofia 8, 34, 37, 39, 117, 146
Sparks Jacqueline A. 26, 144, 145
Stricker George 16–18, 28, 144, 146
Styła Rafał 16, 17, 145
Suszek Hubert 16, 17, 144, 146
Symonds B. Dianne 24, 144
- Tallman Karen 27, 143
Tanalska-Dulęba Anna 146, 147
Thompson Barbara J. 25, 26, 144
Thorne Brian 14, 145
Trzebiński Jerzy 45, 147
Tyburski Włodzimierz 143
- Wachtel Paul L. 17
Watson Jeanne C. 14, 144
Waśkiewicz Olena 144, 147
Weishaar Marjorie 37, 147
Wieczorek Karina 144
Wojciechowski Aleksander 147
Wolberg Lewis R. 9, 12, 147

Yalom Irving D. 15, 147

Young Jeffrey E. 37–39, 42, 147

Zakrzewski Maria 146

Zalewska Sabina L. 48, 49, 147

Zaniewicki W. 144

Zeig Jeffrey K. 146

Zimbardo Philip G. 12, 13, 147

Wykaz tabel*

- Tabela 1. Statystyki opisowe objawu „somatyzacje”
- Tabela 2. Statystyki opisowe objawu „natręctwa”
- Tabela 3. Statystyki opisowe objawu „nadwrażliwość interpersonalna”
- Tabela 4. Statystyki opisowe objawu „depresja”
- Tabela 5. Statystyki opisowe objawu „lęk”
- Tabela 6. Statystyki opisowe objawu „wrogość”
- Tabela 7. Statystyki opisowe objawu „fobie”
- Tabela 8. Statystyki opisowe objawu „myślenie paranoidalne”
- Tabela 9. Statystyki opisowe objawu „psychotyczność”
- Tabela 10. Statystyki opisowe poczucia samotności globalnej
- Tabela 11. Statystyki opisowe poczucia samotności społecznej
- Tabela 12. Statystyki opisowe poczucia samotności emocjonalnej
- Tabela 13. Statystyki opisowe poczucia samotności egzystencjalnej
- Tabela 14. Poziom istotności testu dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psycho-
terapii, korelacja r -Pearsona
- Tabela 15. Poziom istotności testu dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii, korelacja r -Pearsona (objawy psychopatologiczne a samotność)
- Tabela 16. Poziom istotności testu dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii, korelacja r -Pearsona (objawy psychopatologiczne i samotność a liczba sesji)
- Tabela 17. Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „wrogość” – ANOVA
- Tabela 18. Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „wrogość” – współczynniki
- Tabela 19. Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „wrogość” – model podsumowanie
- Tabela 20. Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „myślenie paranoidalne” – ANOVA
- Tabela 21. Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „myślenie paranoidalne” – współczynniki
- Tabela 22. Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „myślenie paranoidalne” – model podsumowanie
- Tabela 23. Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „psychotyczność” – ANOVA

* Wszystkie tabele stanowią opracowanie własne.

Tabela 24. Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „psychotyczność” – współczynniki

Tabela 25. Analiza regresji predyktora „liczba sesji” oraz zmiennej zależnej „psychotyczność” – model podsumowanie

Tabela 26. Wynik badania SCL-90 po zakończeniu psychoterapii

Tabela 27. Wynik badania SCL-90 przed rozpoczęciem i po zakończeniu psychoterapii

Wykaz wykresów

- Wykres 1. Objaw „somatyzacje” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psycho-
terapii
- Wykres 2. Objaw „somatyzacje” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii
- Wykres 3. Wykres skrzynkowy objawu „somatyzacje” dla pacjentów przed rozpoczę-
ciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu
- Wykres 4. Objaw „natręctwa” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychote-
rapii
- Wykres 5. Objaw „natręctwa” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii
- Wykres 6. Wykres skrzynkowy objawu „natręctwa” dla pacjentów przed rozpoczę-
ciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu
- Wykres 7. Objaw „nadwrażliwość interpersonalna” dla pacjentów przed rozpoczę-
ciem procesu psychoterapii
- Wykres 8. Objaw „nadwrażliwość interpersonalna” dla pacjentów po zakończeniu
procesu psychoterapii
- Wykres 9. Wykres skrzynkowy objawu „nadwrażliwość interpersonalna” dla pacjen-
tów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu
- Wykres 10. Objaw „depresja” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii
- Wykres 11. Objaw „depresja” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii
- Wykres 12. Wykres skrzynkowy objawu „depresja” dla pacjentów przed rozpoczęciem
procesu psychoterapii i po jego zakończeniu
- Wykres 13. Objaw „lęk” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii
- Wykres 14. Objaw „lęk” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii
- Wykres 15. Wykres skrzynkowy objawu „lęk” dla pacjentów przed rozpoczęciem pro-
cesu psychoterapii i po jego zakończeniu
- Wykres 16. Objaw „wrogość” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii
- Wykres 17. Objaw „wrogość” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii
- Wykres 18. Wykres skrzynkowy objawu „wrogość” dla pacjentów przed rozpoczęciem
procesu psychoterapii i po jego zakończeniu
- Wykres 19. Objaw „fobie” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii
- Wykres 20. Objaw „fobie” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii
- Wykres 21. Wykres skrzynkowy objawu „fobie” dla pacjentów przed rozpoczęciem
procesu psychoterapii i po jego zakończeniu
- Wykres 22. Objaw „myślenie paranoidalne” dla pacjentów przed rozpoczęciem pro-
cesu psychoterapii

-
- Wykres 23. Objaw „myślenie paranoidalne” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii
- Wykres 24. Wykres skrzynkowy objawu „myślenie paranoidalne” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu
- Wykres 25. Objaw „psychotyczność” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii
- Wykres 26. Objaw „psychotyczność” dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii
- Wykres 27. Wykres skrzynkowy objawu „psychotyczność” dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu
- Wykres 28. Poczucie samotności globalnej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii
- Wykres 29. Poczucie samotności globalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii
- Wykres 30. Wykres skrzynkowy poczucia samotności globalnej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu
- Wykres 31. Poczucie samotności społecznej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii
- Wykres 32. Poczucie samotności społecznej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii
- Wykres 33. Wykres skrzynkowy poczucia samotności społecznej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu
- Wykres 34. Poczucie samotności emocjonalnej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii
- Wykres 35. Poczucie samotności emocjonalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii
- Wykres 36. Wykres skrzynkowy poczucia samotności emocjonalnej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu
- Wykres 37. Poczucie samotności egzystencjalnej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii
- Wykres 38. Poczucie samotności egzystencjalnej dla pacjentów po zakończeniu procesu psychoterapii
- Wykres 39. Wykres skrzynkowy poczucia samotności egzystencjalnej dla pacjentów przed rozpoczęciem procesu psychoterapii i po jego zakończeniu
- Wykres 40. Zestawienie wyników kwestionariusza SCL-90

Sylvia Kita

**Feelings of loneliness and psychopathological
symptoms in patients undergoing integrative therapy
A comparative analysis**

Summary

The book introduces the essence of integrating psychotherapy and integrative psychotherapy as perceived by Jerzy Mellibruda. The reader will get acquainted with a thorough analysis of the concept of psychotherapy, the profession of a psychotherapist, therapeutic relationship, personal patterns, psychopathological symptoms and a feeling of loneliness. In addition, s/he will find here a case report of a patient undergoing psychotherapy and a thorough analysis of the course of the therapy process.

The publication has a scientific value and contains an in-depth analysis of the research results of patients participating in a natural experiment based on a quasi-experimental plan with one research group and the initial and final measurement. It can be used as supplementary reading for psychology students as well as psychotherapists and psychiatrists interested in the results of research in the field of psychotherapy and treatment of mental disorders. The book is also a source material for discussion and further research on the effectiveness of integrative psychotherapy.

Sylvia Kita

Das Gefühl der Einsamkeit und psychopathologische Symptome bei Patienten in der integrativen Therapie Eine vergleichende Analyse

Zusammenfassung

In der Arbeit wird der Kern der Integration von Psychotherapie und integrativer Psychotherapie aus der Sicht von Jerzy Mellibruda dargelegt. Gegenstand der vorgenommenen Analyse bilden: Begriff der Psychotherapie, Beruf des Psychotherapeuten, therapeutische Beziehung, persönliche Muster, psychopathologische Symptome und Gefühl der Einsamkeit. Darüber hinaus wird der Fall einer psychotherapeutisch behandelten Patientin beschrieben und eine ausführliche Analyse des Therapieverlaufs präsentiert.

Die Arbeit hat einen wissenschaftlichen Wert und enthält eine eingehende Analyse der Untersuchungsergebnisse von Patienten, die an einem natürlichen Experiment teilgenommen haben, das auf einem *quasi*-experimentellen Konzept mit einer Experimentalgruppe und der Anfangs- und Endmessung basiert war. Sie eignet sich als ergänzende Lektüre für Studenten der Psychologie sowie für Psychotherapeuten und Psychiater, die an Forschungsergebnissen aus dem Bereich der Psychotherapie und Behandlung psychischer Störungen Interesse haben. Außerdem bietet sie Quellenmaterial für Diskussionen und weiterführende Forschung über die Wirksamkeit der integrativen Psychotherapie.

Redaktor
Barbara Konopka

Projektant okładki
Tomasz Tomczuk

Autor fotografii na froncie okładki
StockSnap z Pixabay

Autorka fotografii na skrzydełku okładki
Aleksandra Kita

Redaktor techniczny, DTP
Małgorzata Pleśniar

Korektor
Marzena Marczyk

Redaktor inicjujący
Michał Kompała

Nota copyrightowa obowiązująca do 31.03.2024
Copyright © 2023 by Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Wszelkie prawa zastrzeżone

Wersją referencyjną publikacji jest wydanie elektroniczne
Sprzyjamy otwartej nauce. Od 1.04.2024 publikacja dostępna na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0)



<https://orcid.org/0000-0002-7242-8685>
Kita, Sylwia

Poczucie samotności a objawy psychopatologiczne
u pacjentów będących w toku terapii integracyjnej
: analiza porównawcza / Sylwia Kita. Wydanie I.
– Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego,
2023

<https://doi.org/10.31261/PN.4158>

ISBN 978-83-226-4277-1

(wersja elektroniczna)

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice
www.wydawnictwo.us.edu.pl
e-mail: wydawnictwo@us.edu.pl

Wydanie I. Arkuszy drukarskich: 10,00. Arkuszy wydawniczych: 11,00. PN 4158.

W polskiej literaturze psychologicznej niewiele jest prac poświęconych skuteczności psychoterapii, a w szczególności psychoterapii integracyjnej. Autorka ze zapałem i zaangażowaniem przedstawia przemiany we współczesnej psychoterapii prowadzące do integracji różnych aspektów, metod i podejść terapeutycznych. W gąszczu tworzących się w ostatnich dekadach metod i kierunków powoli przebija się światło. Coraz jaśniej wiemy już, czym jest psychoterapia i co „leczy” człowieka z różnorodnych jego problemów życiowych i zdrowotnych. Autorka sprawdza też skuteczność modelu psychoterapii integracyjnej Jerzego Mellibrudy. To psychoterapeuta, który zbudował model nie tylko nowoczesnej terapii uzależnień w Polsce, lecz także psychoterapii integracyjnej, kierowanej szczególnie do osób z traumatycznymi doświadczeniami dzieciństwa. [...] Moim zdaniem walorem pracy stał się, użyję tego słowa, „piękny” opis przypadku, zwłaszcza jego fragment „Zapiski terapeutki”

*z recenzji wydawniczej
dr. hab. Krzysztofa Gąsiora, prof. UJK*

Cena 14,90 zł (w tym VAT)	Więcej o książce
ISBN 978-83-226-4277-1	
	
9 788322 642771	