

KRYSTYNA DRAT-RUSZCZAK

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
Wydział Zamiejscowy w Sopocie

CZY TEORIA KLINICZNA JEST W PSYCHOTERAPII POTRZEBNA I CZYM DLA NIEJ JEST: ROZWAŻANIA O INTEGRACJI PSYCHOTERAPII*

Sformułowania teoretyczne nie są prostym opisem rzeczywistości. Są konstrukcjami, wyobrażonymi wyborami, które nigdy nie reprezentują bezpośrednio rzeczywistości. Gdy do tej mieszanki dodamy nową obserwację, cały Gestalt będzie prawdopodobnie wyglądał całkiem inaczej
– Paul Wachtel (1997, s. 309)

Celem tego artykułu jest refleksja nad treścią, formą i znaczeniem tzw. psychoterapii integracyjnej. Współczesne przesunięcie w kierunku terapii integracyjnej rozważam w kilku aspektach: (1) jego historii: od podejścia „nie do pomyślenia” do uznawania go niemal za standard; (2) jego aktualnych wcieleń i ich znaczeń. Czy możliwe jest podejście integracyjne bez wyjściowego paradygmatu, który dla terapeuty jest jego „domem”?; (3) jego przyszłości – możliwych kierunków, w których zmierza.

Słowa kluczowe: integracja psychoterapii; *Gestalt*; teoria kliniczna.

Czy podejście integracyjne jest faktem, i jakim?

Jak się dziś przekonujemy, odnotowywana w latach 70. ideologiczna zimna wojna pomiędzy paradygmatami oznaczała jedynie pewne stadium rozwoju na-

Adres do korespondencji: KRYSTYNA DRAT-RUSZCZAK – SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Zamiejscowy w Sopocie, ul. Polna 16/20, 81-745 Sopot; e-mail: kdrat-ruszczak@swps.edu.pl

* Referat wygłoszony na I Konferencji Psychologii Klinicznej w Poznaniu (17 listopada 2014 r.) nosił tytuł: „Po co terapeutom dom? O kuszącej prostocie i mozolnej złożoności integracji w psychoterapii, czyli «kaczka» czy «królik»?” (tytuł pochodził od rysunku *Gestaltu*, w którym można dostrzec kształt obydwu tych zwierząt).

uki: była koniecznym, a nawet naturalnym poprzednikiem szukania zbliżenia. Powstałe w roku 1983 Towarzystwo Eksploracji Integracji Psychoterapii (SEPI – *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*) długo debatowało, czy słowo „eksploracja” od razu pominąć, zamienić na „ewolucję”, czy jednak pozostawić jako znak wątpliwości, badania gruntu pod – przyszłą dopiero – integrację (por. Norcross i Goldfried, 2005). Końcowa debata dwóch wielkich prekursorów, ale i orędowników integracji, Paula Wachtela i Marvina Goldfrieda, kończyła się znaczącym marzeniem tego ostatniego, by za 100 lat terapia była tylko... jedna. Powszechna chęć wyjrzenia poza granice paradygmatu zbiegała się z wymaganiami towarzystw ubezpieczeniowych, gotowych refundować terapie krótkoterminowe i o dowiedzionej skuteczności. Od lat 90. wyraźna jest tolerancja odmiennych paradygmatów, a asymilacje innych (kiedyś „przeciwnych”) koncepcji, zwłaszcza jednak technik, dokonywane są coraz częściej. Oczywiście nie brak zwolenników wskazywania na nieprzekraczalne różnice między paradygmatami, jednak ich głos jest dzisiaj słabszy, a „klimat” zdecydowanie integracyjny.

Po roku 2000 publikacje prezentujące syntezy metod i pojęć gwałtownie rosną. Na świecie przynajmniej czwarta część terapeutów, a w niektórych badaniach nawet połowa, deklaruje się jako integracyjna (Norcross, 2005). W Polsce deklarację taką zgłasza 64% (badania na próbie 1837 terapeutów, por. Suszek, Styła, Grzesiuk, Krawczyk i Rutkowska, 2014). Gdy jednak badacze proszą o wybór stosowanej terapii spośród konkretnych paradygmatów i podejścia eklektyczno-integracyjnego, to ostatnie deklaruje już tylko 11%. Różnica jest zasadnicza: w tym drugim przypadku psychoterapia integracyjna traktowana jest jako „paradygmat” – finalny efekt integracji. W tym pierwszym chodzi raczej o preferencję integracji jako procesu otwartego, czynności w trybie niedokonanym. Różnicę tę odzwierciedla nazwa stowarzyszenia SEPI (Towarzystwo Eksploracji Integracji Psychoterapii), tytuł książki Norcrossa i Prochaski *Handbook of psychotherapy integration* i tytuł jej odpowiednika polskiego: *Integracja psychoterapii* (Grzesiuk i Suszek, 2010) – a nie „psychoterapia integracyjna”. Słowo „eksploracja” ma ów proces podkreślać – jak pisze Wachtel; słowo to psuje co prawda rytm (w nazwie stowarzyszenia są trzy rzeczowniki pod rząd), ale pokazuje, jak się o integracji myśli (Wachtel, 1997, s. 323).

Choć Lazarus ubolewa, że pole psychoterapii „ciągle nasycone jest wyznawcami kultów i sekt” (za: Norcross, 2005, s. 4), jest niemal pewne, że kult jednego podejścia przeminął. Zwyczajem staje się dążenie do integracji, a nie jej wystrzeganie. Duchem czasu jest pluralizm czy – jak chcą postmoderniści – „wielowersyjność” (Chrzastowski i de Barbaro, 2011).

Kończąc to krótkie wprowadzenie, warto ten pluralizm zaakcentować; nie jest bowiem pewne, że oznacza jedynie formę zjawiska. Jak się wydaje, wpływa także na jego treść. Jeden z wybitniejszych integracjonistów, Stanley Messer (1992), zauważył, że znacznie bardziej satysfakcjonujące, ale też bardziej eleganckie, byłoby, gdyby świat psychoterapii był jednym uniwersum, a nie wieloma. Ale pluraliści zapewniają, że tak się nie stanie, a przynajmniej, że nie nastąpi to szybko (Norcross, 2005, s. 4).

Czym był *Gestalt* i czy jest dzisiaj?

Czym jest paradygmat? Przywołajmy najpierw cztery wielkie szkoły kliniczne i terapeutyczne: psychoanalizę, podejście behawioralno-poznawcze, podejście humanistyczne i systemowe. (Zgódźmy się też, by behawioryzm i podejście poznawcze rozpatrywać razem, skoro obydwie te nurty zintegrowały się jako pierwsze, i to wtedy, gdy o integracji „wszystkiego” nikt jeszcze nie myślał). Paradygmat to, w sensie Kuhna (1962), szczególna perspektywa, szczególnie ogląd świata. Ów ogląd, punkt widzenia wyznaczony jest przez pojęcia centralne (por. Price, 1978), a jego relację do innych paradygmatów – czy raczej nasz sposób spostrzegania go – można zobrazować za pomocą pojęcia *Gestalt*. Podobnie jak w słynnej figurze wazy lub twarzy (Rubin, 1915) możemy spostrzec albo położoną centralnie białą wazę, albo – po jej lewej i prawej stronie – profile dwu czarnych twarzy, tak w zachowaniu możemy dostrzec **albo** zaburzenie (problem) opisywane przez pojęcia jednego paradygmatu, **albo** opisywane przez pojęcia drugiego. Nie możemy spostrzec jednocześnie i wazy, i twarzy, nie możemy prowadzić terapii zorientowanej na wgląd i opartej na warunkowaniu. W danym momencie tylko jeden obraz/punkt widzenia jest figurą (postacią: „gestaltem”) wyznaczoną przez nasz ogląd świata (nasz paradygmat). Jak zauważa Wachtel (1997), fakty tak naprawdę nie są „empiryczne”, lecz od-teoretyczne – „naładowane” teorią. Teorie wpływają zarówno na to, co ludzie widzą, jak i na to, co robią.

Zatem, przynajmniej w nauce lat 70. i 80., oczywiste było, że:

(1) problem, jaki stwarza zaburzone zachowanie, nie może być rozpatrywany/leczony jednocześnie z więcej niż jednej perspektywy, ponieważ każdy paradygmat inne zdarzenia uważa za godne badania, ważne;

(2) nie można rozstrzygnąć empirycznie, która perspektywa jest „słuszną”, bowiem nie zgadzają się one co do tego, które zdarzenia są krytyczne („relevantne”). Wyniki badań prowadzone na gruncie jednego paradygmatu ani nie obalają, ani nie potwierdzają drugiego – są względem niego nieistotne;

(3) to, jak zdefiniujemy zaburzone zachowanie, co uznamy za jego przyczynę oraz jaką metodę terapii przyjmiemy, zależy od perspektywy – paradygmatu, w którym pracujemy (por. Price, 1978).

Stanowisko to, w literaturze polskiej formułowane dość kategorycznie przez Brzezińskiego (1987) jako zasada paradygmatycznej zgodności teorii i empirii (a przynajmniej ich niesprzeczności), dziś jest niepopularne i wydaje się... nieaktualne. To, że paradygmaty przyjmują różne założenia ontologiczne, czyli różne koncepcje natury ludzkiej, że różne są ich epistemologie, nie wydaje się już przeszkodą w ich łączeniu. Międzyparadygmatyczne różnice wydają się przynależać do myślenia o paradygmatach „kiedyś”, lecz nie współcześnie. Kluczowa dla zasady paradygmatycznej zgodności praca E. Paszkiewicz (1983), w podręczniku integracji (Grzesiuk i Suszek, 2010) wydanym 30 lat później, przypomniana jest jako historia problemu, a nie stanowisko, które miałyby być respektowane dzisiaj.

Integracja teoretyczna, czyli jak paradygmatyczna sprzeczność sprzecznością być przestaje

Odpowiedź na pytanie, dlaczego **już można** łączyć paradygmaty, jest złożona, i spróbuję ją sformułować w podsumowaniu. W tym miejscu istotne jest bowiem pytanie, **jak** paradygmaty są łączone. Jak, mianowicie, konkretne „integracje” przewyżniają ową paradygmatyczną sprzeczność?

Najpierw zastanówmy się nad tym, dlaczego podejście łączące dwa paradygmaty (lub więcej) miałyby być lepsze niż podejście „czyste”, jednoparadygmatyczne. Paul Wachtel, jeden z pierwszych „integratorów” paradygmatów, nie byle jakich, bo psychoanalizy i behawioryzmu, ten sam powód, który szkoły dzieli, uważa za istotny dla szukania zbliżenia (por. Wachtel, 1997). Ograniczeniem pojedynczej szkoły jest bowiem to, że choć ułatwia dostrzeżenie zaburzenia i wskazuje metodę interwencji ze swojej perspektywy, to ogranicza dostrzeżenie faktów i metod widzianych przez szkołę inną. Ortodoksyjni psychoanalitycy ignorowali to, co widzieli behawioryści, ortodoksyjni behawioryści zabraniali dostrzegania zjawisk na sposób psychoanalityczny. Zwolennik jednej szkoły pozostawał – jak wiemy – ślepy na obserwacje innej. Zadaniem „integratora”, podkreśla Wachtel (1997), jest jednak nie tylko dostrzeżenie „faktów” widzianych przez różne szkoły, lecz także badanie, **jak** obserwacje innej szkoły **zmieniają znaczenie** tego, co proponuje własna. *Gestalt* (ogłód rzeczy) będzie bowiem wtedy wyglądać zupełnie inaczej. **Integracja teoretyczna**, która polega na

ważnym zbadaniu i przepracowaniu założeń innego paradygmatu, oznacza zatem, że jeżeli zostaną wprowadzone obserwacje/interwencje nieznane/nowe, „integrator” odczuje potrzebę przeformułowania swego (dotychczasowego) rozumienia „**nawet obserwacji znanych**” (Wachtel, 1997, s. 309; wyróżnienie K. D.-R.). Teoria, podobnie jak sieć, nie wychwytuje wszystkich faktów (wszystkich ryb), choć często albo twierdzi, że „odławia wszystko”, albo utrzymuje, że złowiła przynajmniej: „to, co nadaje się do jedzenia”. **Poszerzenie pola widzenia (o ryby, których sieć własna nie złowiła) jest tym, co w integrowaniu najciekawsze.** Trudno sobie wyobrazić, by na przykład projekcyjną identyfikację zauważył ktoś inny niż psychoanalicy, a spośród nich – inni niż teoretycy relacji z obiektem. Jej uznanie – przyjęcie przez zwolennika innego paradygmatu – musiałoby jednak zakładać przeformułowanie tego, co zna, co w problemie klienta widzi, a zarazem tego, do czego w swojej terapii dąży. Jej dostrzeżenie jest też znacznie bardziej możliwe, jeśli zostanie sformułowana w terminach analizy relacyjnej niż kleinowskiej teorii relacji z obiektem¹. Podobnie dostrzeżenie procesów mentalizacji (Fonagy, Gergely, Jurist i Jarget, 2004; Fonagy i Bateman, 2006) nie byłoby możliwe, gdyby nie wpływ poznawczego konstruktywizmu na psychoanalizę (prace Mitchella, 1983), który umożliwiał skupienie się na relacyjności, ale też na jej poznawczych reprezentacjach. Innymi słowy, z tego, że teorie się różnią, nie wynika, że nie mogą być integrowane. Różnice stanowią wyzwanie dla integracji, i właśnie one czynią ją interesującą.

Chociaż różne i ze sobą niezgodne są zarówno zbiory procedur, jak i teorie, a z nimi założenia filozoficzne paradygmatów, to jednak ciekawe i oczywiście możliwe jest selektywne wyodrębnianie znaczących elementów każdego z nich i łączenie za pomocą nowej syntezy. Ta zaś ma swoją własną strukturę i własną spójność – jest trzecią jednostką, która zawiera nie tylko elementy pochodzące z oryginalnych paradygmatów, ale też cechy i założenia nowe.

Drogi integracji: *Gestalt* stary, nowy czy zbędny?

Przedstawiona integracja teoretyczna jest jednak jednym tylko, choć – jak się wydaje – najambitniejszym sposobem integracji. Zarazem, w przedstawionym ujęciu Wachtela, dobrze pokazuje, jak elementy i teorii, i praktyki terapeutycznej sprzeczne być przestają. Do integracji skłaniałyby zatem nie podobieństwo, lecz

¹ Emocje, które w projekcyjnej identyfikacji pacjent indukuje terapeutę, nie są, jak to widzi teoria klasyczna, „wrzucone” do pojemnika, którym jest psychoanalityk, lecz są próbą zakomunikowania mu o uczuciach, które zostały wyparte (założenia teorii relacyjnej – Wachtel, 2012).

różnice pomiędzy paradygmatami; różnice, które zostają zniwelowane dopiero wtedy, gdy element zaadaptowany zostanie zaadaptowany, czyli przepracowany w nowy sposób, pociągając za sobą akomodację teorii starej. W ten właśnie sposób Wachtel zaadaptował do psychoanalizy behawiorystyczną perspektywę uwzględniania aktualnej (a nie przeszłej) sytuacji rzeczywistych (a nie wyobrazonych czy wyfantazjowanych) relacji, aktywną i wspierającą (a nie pasywną i koniecznie neutralną) postawę terapeuty². W efekcie był w stanie dostrzec nawet, że techniki behawioralne są „przeżyciowe” (*experiential*), co dalej pozwoliło mu zobaczyć kontinuum między behawioralną, aktywną interwencją a analityczną interpretacją („aktualne zachowanie analityka, jego postawy i nastawienie, a także nieuniknione różnice między tym, kiedy komentuje lub zadaje pytania, kiedy siedzi i słucha, zawsze będzie miało wpływ na doświadczenie pacjenta” – Wachtel, 1997, s. 313). Swoją teorię autor nazwał „cykliczną psychodynamiką kontekstową” i ulokował w psychoanalizie relacyjnej, którą sformułował w oparciu o wcześniejsze spostrzeżenia takich analityków, jak Horney i Sullivan, Winnicott i Fairbairn, a bardziej współcześnie Kohut i Modell czy Mitchel i Stolorow (Wachtel, 2012, 2014; por. Drat-Ruszczak, 2000, 2004). *Gestalt* (punkt widzenia), jaki stwarza teoria Wachtela, jest faktycznie nowy, powstały z wielu przymiarek *Gestaltu* psychoanalitycznego do behawiorystycznego i takiego przekształcenia (akomodacji) tego pierwszego, by adaptacja niektórych tez i technik behawiorystycznych była możliwa.

Zazwyczaj jednak nie dochodzi do powstania nowej teorii (lub dochodzi względnie rzadko, choć wielu ją ogłasza już na etapie **adopeji** nowej techniki). „Integrator” pozostaje przy swoim paradygmacie, który stanowi jego „dom” (*home*), choć selektywnie włącza praktyki i poglądy innej szkoły. Taki sposób integracji określany jest jako **integracja asymilacyjna** (Messser, 1992, 2001; Norcross i Goldfried, 2005; Jędrasik-Styła i Styła, 2009). Twórca tego pojęcia Stanley Messer (2001), odmiennie niż Wachtel przyjmuje, że integracja teoretyczna, czyli akomodacja własnego paradygmatu, nie jest tu konieczna³. Podkreśla natomiast, że inkorporacja danej procedury klinicznej wymaga upewnienia się, czy pasuje ona do odmiennej terapeutycznej sieci pojęć i czy, ponadto, za-

² Przypomnijmy, że psychoterapia analityczna nie używa terminu „psychoterapia”, lecz „analiza”, właśnie dlatego, że chce podkreślić, iż terapeuta nie oddziałuje na pacjenta, ale pozostaje tak neutralny, jak to tylko możliwe, analizując (przeniesione na siebie) interakcje... pacjenta (Gil i Wachtel; za: Wachtel, 1997).

³ Po latach Messer uważa, że integracja asymilacyjna jest – prócz teoretycznej – jedyną akceptowalną integracją (informacja ustna – II Międzynarodowa Konferencja „Integracja w psychoterapii. Skuteczność i ograniczenia”, PSIP, Warszawa, 6-8 czerwca 2014 r.).

chowuje w „nowym otoczeniu” swoje kliniczne znaczenie i dowiedzioną empirycznie skuteczność.

Niezależnie od „przyzwolenia” Messera na zachowanie własnego paradygmatu w postaci niezmienionej, asymilacja jest jednak pierwszą próbą, pierwszym krokiem – wykorzystanym bądź nie – na drodze do integracji teoretycznej. Założyć należy, że „integrator” dostrzega nie podobieństwo asymilowanych technik do własnych, lecz różnicę właśnie, która będzie następnie „popychać” go do przeformułowania obserwacji znanych po to, by asymilacja mogła się powieść. Problemem, jak się wydaje, pozostaje to, czy integrator jest w stanie zobaczyć stare jako nowe, czy też widzi nowe jako stare. To ostatnie rozwiązane byłoby bowiem integracją szczątkową, niewiele zdolną w *Gestalcie* zmienić i nie wiadomo, czy wiele zmieniającą w problemie klienta.

Czy możliwe są inne drogi integracji?

Nurt integracyjny, prócz integracji na poziomie teoretycznym i integracji asymilacyjnej, „technicznej”, lecz otwierającej drogę do rewizji teorii, zakłada też integrację na poziomie praktycznym, która nie ma aspiracji teoretycznych, a nawet się od nich odzęgtuje. **Techniczny eklektyzm** zdecydowanie preferuje łączenie technik terapii, a nie teorii. Celem jest zyskanie przez terapeutę umiejętności wyboru najlepszej terapii dla danej osoby i problemu. Wielki zwolennik integracji psychoterapii na poziomie jej technik, Arnold Lazarus, uważa, że próbować budować teorie łączące techniki: „to tak, jak próbować wyobrazić sobie krawędź wszechświata” (Norcross i Goldfried, 2005, s. 8).

Pytaniem otwartym pozostaje, czy eklektyzm, zainteresowany wszystkimi technikami, które „pracują”, lecz nie poszukujący zbieżności i syntez, można uznawać za faktyczną integrację, bowiem *Gestalt*em jest tu coś zupełnie innego. Rzeczywistość kliniczna widziana jest „technicznie” i atomistycznie, podobnie jak w wielu podręcznikach psychologii, „rozdzielona” jest na poszczególne procesy psychiczne (doznania, wyobrażenia, procesy poznawcze, emocjonalne, relacje interpersonalne), zwane w koncepcji Lazarusa „modalnościami”. Terapeuta, jak proponuje Lazarus, ustala stopień trudności klienta w obszarach poszczególnych modalności, widzi więc ich profil. Do dyspozycji ma wszystkie techniki z najważniejszych szkół psychoterapii i... własną elastyczność. Powinien dopasować swą interwencję do potrzeb pacjenta, przybierając – jak „prawdziwy kameleon” – barwę jakiejś „szkoły” (Prochaska i Norcross, 2002). Można sądzić, że profil modalności skutecznie kieruje uwagę terapeuty na dane, metoda zatem wychodzi „od (trudności) pacjenta”, nie zajmując się, podobnie jak kiedyś behawioryzm, ich przyczynami. Mało prawdopodobne, by kameleon często zmieniał kolor skóry, przyoblekając na przykład barwy analityczne. Najłatwiej będzie mu

w szacie zwolennika społeczno-poznawczej teorii uczenia się, i taki też paradygmat zaleca twórca podejścia (zarazem przeciwnik wyznawców „kultów” i „sekt”!), i ta chyba teoria, do wyrażenia jej pod postacią modalności nadaje się bardziej niż inne.

Czwartą wreszcie drogą integracji jest poszukiwanie tzw. **czynników wspólnych**. Podejście zakłada, że sam proces terapeutyczny, wbrew obserwowalnym różnicom, pozostaje ten sam, a skupienie się na pozytywnym wyniku terapii jest ważniejsze niż koncentracja na unikalnych czynnikach, które je różnią (por. Cza- bała, 2007). Inicjator podejścia, Jerome Frank (1973), dostrzegał cechy wspólne w tak odległych praktykach leczniczych, jak szamanizm, uzdrawianie za pomocą wiary czy ideologia komunistyczna. Status tego podejścia wydaje się dość szczególny, bardziej bowiem przypomina transpraktyczną ocenę skuteczności różnych terapii niż analizy ze względu na ich merytoryczną treść. Wskazuje się na takie czynniki wspólne, jak doświadczenie naprawcze (korekcyjne) pacjenta czy sprzężenie zwrotne terapeuty. Podejście, poszukując teorii czynnika wspólnego w terapii, stanowi bardziej metateorię procesu terapeutycznego niż meta- teorię kliniczną, zdolną wygenerować konkretne interwencje (por. podejście transteoretyczne Prochaski i DiClemente, 1992, które bada procesy zmiany wspólne dla różnych systemów terapeutycznych, a także wspólne stadia i poziomy zmiany; Grzesiuk i Suszek, 2010).

Podsumowując, integracja psychoterapii tylko w pierwszym podejściu, teore- tycznym, aspiruje do nowej syntezy, i to takiej, która respektowałaby różnice między paradygmatami i miała ambicje, by nad nimi pracować – starać się zrozumieć, jaką zmianę we własnym paradygmacie owe nowe fakty niosą. Drogę do takiej syntezy otwiera także integracja asymilacyjna. Podkreślmy, że pospieszne szukanie podobieństw i zacieranie różnic między paradygmatami nie pozwala zdać sobie sprawy z twórczych możliwości, jakie ich analiza stwarza.

Czym jest *Gestalt* w praktyce terapeutycznej i dlaczego nie można się bez niego obejść?

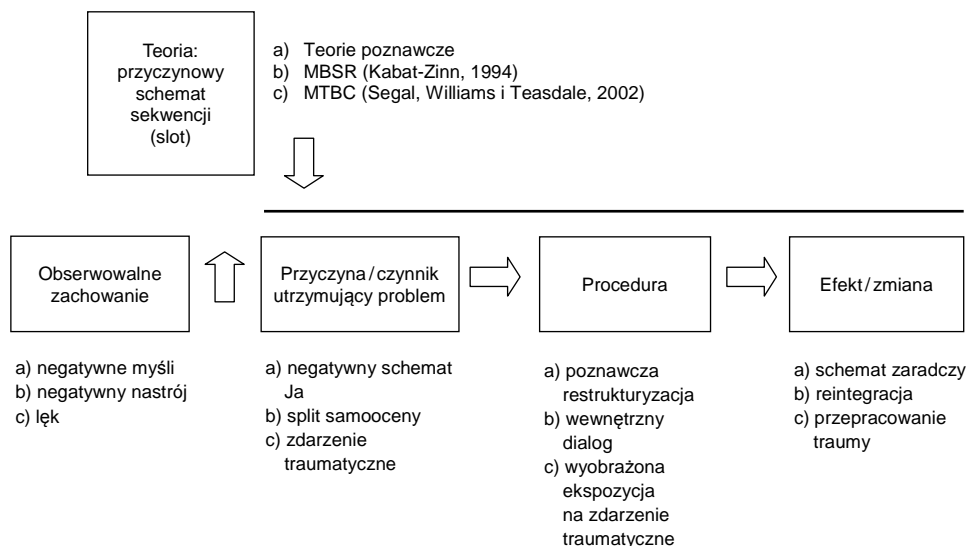
Przejdźmy teraz do praktyki. Poniżej na trzech przykładach omawiam zwią- zek pomiędzy teorią kliniczną a praktyką terapeutyczną, wskazując na znaczenie teorii dla zastosowania tej a nie innej techniki/metody terapii. Zakładam (inaczej niż eklektycy technik), że decyzja o wyborze danej techniki wynika z teorii, któ- ra za nią stoi. **To teoria bowiem określa p r z y c z y n ę zaburzonego zachowania i właśnie na tej podstawie terapeuta przewiduje, że dana procedura przyniesie pożądany efekt: rozwiązanie/złagodzenie problemu pacjenta.**

Ponieważ integracja jest procesem coraz bardziej powszechnym i tylko jedna z czterech dróg jej uprawiania jest prawdziwie teoretyczna, głosy, które wagę teorii przypominają, są coraz mniej liczne, a ich znaczenie zwolna się marginalizuje. Tym bardziej uzasadnione wydaje się przedstawienie krytyki, jaką przeprowadzili niedawno Hoffart i Hoffart (2014), zwłaszcza że odnosi się ona bezpośrednio do przedmiotu naszych rozważań o znaczeniu *Gestaltu*, czyli od-teoretycznego oglądu natury rzeczy/problemu klienta. Choć krytyka Hoffartów dotyczy, wpływowej w nurcie czynników wspólnych, idei Goldfrieda (1980), która Hoffartom wydaje się niedostatecznie uzasadniać integrację, w moim przekonaniu odnosi się do każdej integracji ignorującej teorię. Zarazem pozwala pokazać istotną tu tezę, że do integracji asymilacyjnej i ewentualnej późniejszej teoretycznej prowadzi nie koncentracja na tym, co między teoriami i terapiami jest wspólne, lecz na tym, jakie są między nimi wyraziste różnice.

Goldfried (1980) utrzymuje, że czynników wspólnych nie powinno się szukać ani na abstrakcyjnym poziomie teorii, ani na konkretnym – technik, lecz na poziomie pośrednim, który nazywa poziomem strategii klinicznych. Poziom ten jednak, właśnie dlatego, że nie wiąże techniki/interwencji z teorią, choć intuicyjnie obiecujący, przy bliższych analizach jawi się jako nieużyteczny.

Hoffart i Hoffart (2014) definiują psychoterapię jako „interpersonalną aktywność rozgrywającą się pomiędzy terapeutą i klientem, która ma przynieść pożądaną zmianę psychologicznego problemu klienta” (s. 264). Terapeuta ma wiedzę, jak interweniować, by spowodować tę zmianę. Zależność między jego wiedzą (teorią, do której się odwoła) a spodziewanym efektem ma charakter przyczynowy: **teorie terapii muszą bowiem określać relacje przyczynowe, czyli wskazywać przyczynowy model lub schemat zawierający slot⁴, który określa przyczynę problemu klienta, wskazuje procedurę, generowany przez tę procedurę (interwencję) proces oraz efekty tego procesu, czyli zmianę/poprawę problemu klienta.**

⁴ Gniazdo procesora, miejsce w płycie głównej komputera, do którego wsuwa się urządzenie w postaci karty rozszerzeń.

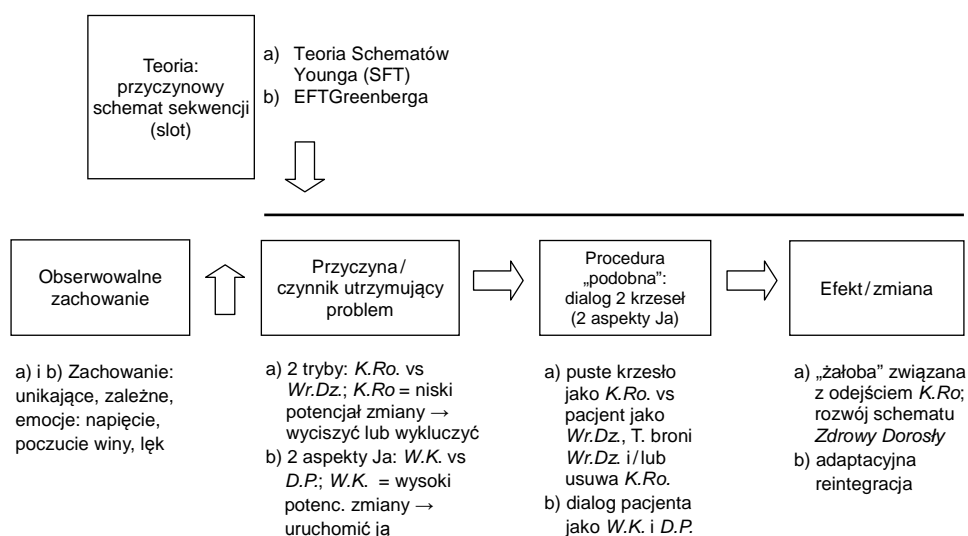


Rysunek 1. Interwencja terapeutyczna: przyczynowy schemat sekwencji (slot) rozwijanej zależnie od teorii terapii, do której odwołuje się terapeuta: a) teoria depresji A. Becka; b) terapia skoncentrowana na emocjach (EFT) L. Greenberga, c) teoria traumy E. Foa. (Rys. własny, na podstawie: Hoffart i Hoffart, 2014).

Terapeuta zatem, wskazując autorzy, chcąc określić przyczynę problemu klienta, kategoryzuje ten problem według schematów przyczynowych. Oznacza to, że: (1) określone, obserwowalne zachowanie klienta (np. depresja) (2) staje się wskazówką dla odwołania się terapeuty do pojęciowej wiedzy w formie schematu przyczynowego (np. poznawczego modelu depresji). Schemat ten odpowiada więc na pytanie, co spowodowało obserwowany problem. Jeżeli teorie terapii zakładają **różne** schematy przyczynowe, to takie samo zjawisko kliniczne będzie kategoryzowane różnie. Jeśli na przykład (por. Rysunek 1) terapeuta odwoła się do teorii depresji Becka, to uzna, że depresyjny nastrój klienta spowodowany jest przez negatywne myśli (o sobie, świecie, przyszłości – na Rysunku 1 jest to element a). Jeśli teorią będzie terapia skoncentrowana na emocjach (EFT – *Emotion Focused Therapy*) Greenberga (2002), to zarówno negatywny nastrój, jak i negatywne myśli o sobie będą rozpatrywane jak rezultat procesu rozszczepienia samooceny, w którym jedna część („Wewnętrzny Krytyk”) surowo krytykuje i zmusza do czegoś część drugą („Doświadczający Podmiot” – Rysunek 1, element b). Jeśli w końcu odwoła się do teorii traumy (np. Edny Foa; por. Foa, Hembree i Rothbaum, 2007), położy nacisk na „zamrożone” w pamięci zdarzenie traumatyczne (Rysunek 1, element c). Kategoryzacja taka pozwoli terapeutce

poznawczemu (1 – a) skierować interwencję na negatywne przekonania klienta, terapeutę EFT (1 – b) na rozszczepienie Ja, zaś terapeutę traumy – na proces pamiętania i przypominania zdarzenia traumatycznego. Ponieważ celem interwencji (techniki, procedury) jest wywołanie zmiany, cel ten, czyli zmiana, jest częścią procedury. Dlatego też, jak podkreślają autorzy (Hoffart i Hoffart, 2014, s. 265), „**techniki i procedury są wewnętrznie związane z przyczynowym schematem, w którego ramach terapeuta działa**” (wyróżn. – K. D.-R.).

Ważne jest, by uświadomić sobie, że *Gestalt* (spojrzenie, punkt widzenia), jaki oferuje dana teoria/paradygmat **to** nie tylko abstrakcyjne założenia o naturze rzeczywistości, o których na poziomie praktyki łatwo się zapomina, ale – jak pokazuje wywód Hoffartów – **przyczynowy schemat całej sekwencji: hipotetyczna, zakładana przez teorię przyczyna – generowana przez teorię procedura – przewidywany efekt**. Jeżeli do tego samego problemu stosowane są dwa różne schematy przyczynowe, nie mogą być rozpatrywane jako komplementarne, czyli zgodne.



Oznaczenia: *K.Ro* – Karzący/Wymagający Rodzic; *Wr.Dz.* – Wrażliwe Dziecko; *W.K.* – Wewnętrzny Krytyk; *D.P.* – Doświadczający Podmiot

Rysunek 2. Interwencja terapeutyczna o pozornie podobnej procedurze przy różnych teoriach: a) teorii schematów Younga (SFT – *schema focused therapy*) i b) terapii skoncentrowanej na emocjach Greenberga (EFT – *emotion focused therapy*). Inna interwencja, inny typ przewidywanej zmiany. (Rys. własny, na podstawie: Hoffart i Hoffart, 2014).

Jak podkreślają autorzy, „psychoterapia jest aktywnością złożoną i wymagającą” (s. 267), slot nie rozwija się automatycznie, niezależnie od motywacji klienta i zachowań terapeuty. **To teoria wskazuje na operacjonalizację – służy jako przewodnik, który mówi terapeutę, jak rozumieć sytuację kliniczną i jaką interwencję podjąć.**

Sama reguła postępowania w terapii – interwencja czy procedura – nie może być jedynym źródłem oparcia dla zastosowania danego schematu przyczynowego. Obrazy kliniczne zaburzenia/problemu pacjenta mogą być podobne, jednak to teoria pokazuje, czego wskaźnikiem – jakiego mechanizmu i jakiego zaburzenia – jest zachowanie klienta. Rysunek 2 przedstawia tę zależność na przykładzie teorii schematów Younga (Young, Klosko i Weishaar, 2003/2014) i ponownie teorii skoncentrowanej na emocjach Greenberga (2002). Emocje pacjenta: napięcie, lęk i poczucie winy oraz unikające, zależne zachowanie, klasyfikowane jako osobowość typu C, będzie inaczej interpretowane przez terapeutę w zależności od tego, do której z dwóch teorii się odwoła. Jest tak, pomimo że obydwie teorie posługują się konstruktem intrapersonalnego „rozszczeplenia” Ja i obydwie proponują terapię dialogu tych dwóch struktur. Ponieważ jednak ich założenia ontologiczne są różne, inny jest też cały „slot”: precyzowane przez teorie przyczyny i procedura. Teoria Greenberga zakłada, że każdy człowiek posiada tendencje samouzdrawiające, a za postacią „Wewnętrznego Krytyka” (aspekt Ja) dostrzega jego lęki i nadzieje. Teoria schematów, bardziej związana z pracą z silnie zaburzonymi pacjentami *borderline* i/lub pacjentami z doświadczeniami traumy, dostrzega, że za funkcjonowaniem w „trybie”⁵ Karzącego/Wymagającego Rodzica kryje się brutalność i wrogość, a jego potencjał zmiany jest niski. Jeśli w trakcie dialogu Karzącego Rodzica i Wrażliwego Dziecka (procedura „dwóch krzesel”, w której wszakże to, które symbolizuje pierwszy tryb, pozostaje puste) wrogość Karzącego Rodzica się nie zmniejsza (pacjent nadal utrzymuje, że kierowane do niego treści są wrogie), zostaje on wykluczony: terapeuta usuwa z pokoju symbolizujące ten tryb krzesło. W efekcie, przewidywanym przez teorię Younga i należącym do całej sekwencji (slotu), pacjent, jeśli przepracuje żalobę po „wewnętrznym obiekcie” i uwolni się od trybu Karzącego Rodzica, może, na dalszych etapach terapii, rozwijać tryb „Zdrowego Dorosłego”, którego nie wytworzył. W przypadku terapii EFT integruje obydwie „części” Ja, a Ja zyskuje nową jakość.

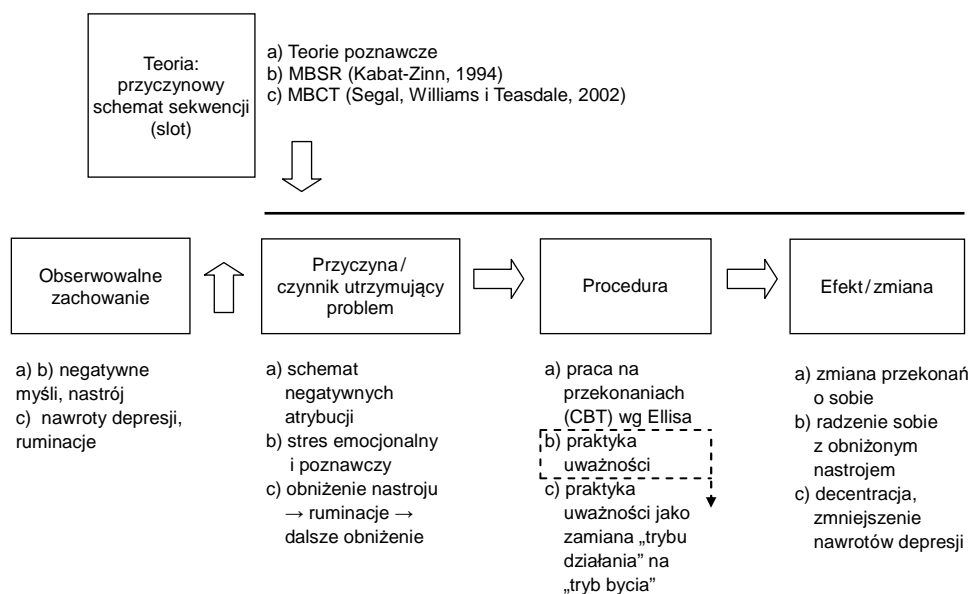
⁵ Tryb rozumiany jest jako utrzymujący się, choć zmienny stan umysłu, silnie powiązany z emocjami – rozumienie osadzone jest w paradygmacie poznawczo-behawioralnym, jednak z próbą włączenia teorii psychodynamicznej (Young i in., 2003/2014).

W moim przekonaniu przykład ten, poza tym, że podobnie jak poprzedni ukazuje nierozdzielność całości teorii i praktyki terapii, pokazuje ponadto, jak istotne jest dostrzeganie różnic pomiędzy teoriami. Podobieństwa technik mogą być powierzchowne – bez znajomości stojących za nimi teorii, trudno je odpowiedzialnie stosować. Terapeuta za pomocą teorii rozpoznaje, czego wskaźnikiem jest zachowanie pacjenta (obraz kliniczny, który prezentuje). W przedstawionym przykładzie powinien dostrzec różnicę pomiędzy traumatyzującym Karzącym Rodzicem, za którym stoi doświadczenie krzywdy, a Rodzicem Krytycznym, który krytyką pokrywa lęk, ale też troskę.

Z przykładu *implicite* wynika też bezowocność posługiwania się jedynie technikami terapii. Profil modalności nie wydaje się dostatecznym oparciem dla terapeuty: technika (interwencja) osadzona jest w teorii, przez nią generowana i powinna być stosowana łącznie z nią, a nie rozdzielnie. Natomiast odwołanie do czynników wspólnych, takich jak „korekcyjne doświadczenie” czy „zmiana”, jest oczywiście poprawne: wszak w obu przypadkach pacjent doświadczenie naprawcze przeżywa, a zmiana (jakaś) zachodzi, tyle że są to czynniki niespecyficzne. Terapeucie potrzebna jest, prezentowana w przykładach, **cała sekwencja** rozumowania, jeśli ma się nie zgubić i rozumieć, co i po co stosuje.

Integracja teoretyczna w praktyce: *Gestalt* stary czy nowy? (Jeszcze raz o naturze integracyjnej asymilacji)

Sprawdźmy teraz, na tym samym schemacie, czym byłaby integracja asymilacyjna, czyli selektywne włączanie technik innego paradygmatu, i co musiałoby zostać zrobione, by mogła ona zostać uznana za integrację teoretyczną. Dobrym przykładem są tu teorie i terapie tzw. trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej (por. Hayes, Follette i Linehan, 2004; Castonguay, Newman, Borkovec, Holforth i Maramba, 2005; Grzesiuk i Suszek, 2010). Większość terapii tego nurtu jest zainteresowana sposobami modyfikacji procesów poznawczych poprzez kierowanie uwagą, czyli umiejętność kierowania jej na bezpośrednie doświadczenie. Terapia MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) Segala, Williamsa i Teasdale’a (2002), przeznaczona do zapobiegania nawrotom depresji, wykorzystuje praktykę uważności rozwiniętą przez Kabat-Zinna (1994) jako terapię MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) – praktykę medytacji pozbawioną ideologii i terminologii buddyjskiej i przystosowaną do „użytkownika” zachodniego.



Rysunek 3. Interwencja terapeutyczna: przyczynowy schemat sekwencji (slot), rozwijanej w przypadku teorii: a) poznawczych; b) terapii redukcji stresu Kabat-Zinna (MBSR – *Mindfulness-Based-Stress-Reduction*), c) terapii poznawczej opartej na uważności (MBCT – *Mindfulness-Based-Cognitive-Therapy*; Segal, Teasdale, Williams, 2002)

Rysunek 3 przedstawia sekwencję: problem kliniczny – teoria – przyczyna – procedura – wynik, z wykorzystaniem tej właśnie terapii. Teoria MBCT zakłada, że podatność na nawrót w depresji wynika z coraz silniejszych, w miarę nawrotów, powiązań między elementami poznawczymi (negatywne przekonania o sobie, świecie i przyszłości) a afektywnymi (negatywny nastrój, napięcie). Teoria wykorzystuje badania Nolen-Hoeksemy (1991), które pokazują, że ruminacje są nieadaptacyjnym sposobem przetwarzania informacji, ponieważ nasilają negatywny nastrój, zamiast go obniżyć. Nawet chwilowe obniżenie nastroju w fazie remisji grozi więc uruchomieniem ruminacji i dalszym jego obniżeniem, czyli nawrotem depresji. Zastosowanie medytacji (treningu uważności) powoduje przestawienie z *trybu działania* (ruminowanie) na tzw. *tryb bycia*. Uzyskiwana w efekcie decentracja jest „zdolnością do przyjmowania perspektywy obserwatora i umiejętnością dostrzegania tymczasowości zjawisk psychologicznych b e z próby poznawczego zapanowania nad nimi” (por. Grzesiuk i Suszek, 2010, s. 142).

O ile więc tradycyjna terapia poznawcza (np. poznawcza restrukturyzacja według Ellisa, 1999) odwołuje się do trybu, w którym klient funkcjonuje, wy-

tworząc swoje objawy (przetwarzanie informacji), o tyle terapia uważności przełącza go na inny tryb, w którym operuje tylko nieoceniającą uwagą, skupianą na własnych doznaniach, którym pozwala „być” (akceptuje je).

Z perspektywy historycznej podejście jest współczesnym włączeniem idei paradygmatu humanistyczno-doświadczeniowego w nurt behawioralno-poznawczy, zaś sama technika jest starą, XII-wieczną praktyką Zen, przeżywającą w Stanach Zjednoczonych swój, nie pierwszy zresztą, renesans (por. Ozeki, 2014, pobyt japońskiej bohaterki w Kalifornii). Tutaj interesuje nas pytanie, czy asymilacja praktyki uważności, najpierw przez Kabat-Zinna, a potem przez cały nurt trzeciej fali, jest jeszcze integracją asymilacyjną czy już teoretyczną.

Sam zabieg Kabat-Zinna ma charakter typowo asymilacyjny: element nowy (medytacja jako praktyka uważności) został włączony do „starego” podejścia behawioralno-poznawczego. Początkowo była to raczej adopcja metody niż adaptacja. Asymilowany element, czyli medytacja, szybko jednak ulegał modyfikacji. U Kabat-Zinna medytacja obudowana jest pewnymi technikami behawioralnymi, jak zadania domowe czy sformalizowane instrukcje ich wykonywania. U Segala i współpracowników (2002) formy te jeszcze pozostają wschodnie (medytacja siedząca, chodząca, elementy hatha-jogi, skanowanie ciała, uważne jedzenie). Już u Hayesesa i współpracowników (2004) jednakże, w szybko rozwijanej Terapii poprzez Akceptację i Zaangażowanie (*Acceptation and Commitment Therapy* – ACT⁶; por. Hayes, 2004, 2007; Hayes i Smith, 2005), techniki kontaktu z doświadczeniem zyskują postać ciekawych terapeutycznych metafor czy skryptów (por. Stoddard i Afari, 2014), prezentowanych jako „terapia behawioralna skoncentrowana na wartościowym zaangażowaniu w życie” i napisanych przez... społeczność ACT (terapeutów/trenerów i ich klientów).

Zmienia się nie tylko forma interwencji, modyfikowany czy precyzowany jest także cel asymilacji. Redukcja stresu – cel medytacji w ujęciu Kabat-Zinna – nie była pomysłem nowym. W tym samym celu proponowała medytację filozofia Zen, widząc w niej antidotum na tzw. rozgorączkowany umysł (por. Oleś i Drat-Ruszczak, 2010). Jeśli przyjąć omawiane tu kryteria Wachtela, propozycja Segala, Williamsa i Teasdale’a (2002) ma już jednak pewien status teoretyczny, autorzy bowiem w nowy sposób „zobaczyli” istotę ruminacji czy szerzej – bezowocność przetwarzania poznawczego skojarzonego z emocjami negatywnymi. Stare/znane „obserwacje” zaczęły więc „wyglądać całkiem inaczej” (Wachtel, 1997, s. 309).

⁶ Hayes, jakby chcąc wyróżnić własną terapię ACT z pewnej powodzi skrótowych nazw innych terapii (CBT, MBSR, MBCT czy DBT Linehan), zaznacza, że ACT powinno się wymawiać jako Act C–T, nie zaś jako litery: A-C-T (Hayes, 2004, s. 6).

Zmianę „wyglądu” „starych obserwacji” (czyli akomodację starej teorii) obserwujemy wyraźnie w propozycjach Hayesa, który formułuje teorię poznania i języka (teoria tzw. ram relacyjnych, *Relational Frame Theory* – RTF; por. Hayes, Barnes-Holmes i Roche, 2001), akcentującą rolę symboli oraz specyficznych wyrażen językowych w powstawaniu sieci wzajemnych powiązań w umyśle. Sieć ta z jednej strony pozwala poznać coś bez konieczności bezpośredniego doświadczenia, z drugiej sprawia, że językowy i umysłowy obraz rzeczywistości („jestem gorszy od innych”, „jest mi «daleko do» innych”), brany jest za nią samą. Umysłowa reprezentacja rzeczywistości, piszą autorzy, w pewnych warunkach może się stać „poznawczym narzędziem” naszego udręczenia (Hayes i in., 2001).

Powrót do doświadczenia, postulowany wcześniej przez podejście humanistyczne i formułowany w tzw. postulatach terapii Gestalt (Oleś i Drat-Ruszczak, 2010, s. 687), teraz obejmuje „powrót do terażniejszości”, rozumiany w terapii ACT jako trzy fundamentalne umiejętności: (1) poznawcza de-fuzja (oddzielenie procesu myślenia od świata strukturalizowanego przez myśli), (2) akceptacja – pozwolenie sobie na „dobrowolne i nieobronne zanurzenie się w terażniejszości” i (3) nabycie transcendentnego poczucia Ja, czyli „zdolności do rozwijania świadomości zarówno swoich uczuć, myśli i ocen, jak i pewnej niezależności od nich” (Hayes, 2007, s. 50-51)⁷.

Podobnie jak akcentowana kiedyś przez Masłowa i Rogersa samorealizacja czy podejmowanie działań najgłębiej związanych z własnymi preferencjami, Hayes proponuje działania oparte na wartościach („otwarcie na to, czego w życiu chcemy najgłębiej”). Terapia ACT Hayesa zawiera zatem koncepcję psychologii ogólnej, koncepcję psychopatologii (odróżnianie bólu psychicznego od jego językowej emanacji, czyli cierpienia), a także, zgodnie z tradycją behawioralno-poznawczą, bogate zaplecze badań empirycznych nad aplikacjami swoich technik do szerokiej gamy problemów psychologicznych (psychologicznego cierpienia). Jako taka, nie tylko adaptuje element „nowy”, lecz także aktywnie przekształca własny paradygmat czy też – jak chcą tego Hayes i współpracownicy (2004, s. XIV) – „rozszerza poznawczo-behawioralną tradycję”. Ewolucja paradygmatu obejmuje także jego założenia ontologiczne i epistemologiczne, które teraz wywodzone są z funkcjonalnego kontekstualizmu S. C. Peppera (1942), akcentującego kontekst zjawisk i ich funkcję. Jeśli coś „nie odzwierciedla bieżącej interakcji pomiędzy (całym) organizmem i jego kontekstem”, zdefiniowanym

⁷ Zyskaniu tej świadomości służy np. ćwiczenie spostrzegania kolejnych przedmiotów w otoczeniu i powtarzanie kwestii: „Ja tym nie jestem” (*I am not that*); por. Stoddard i Afari, 2014.

zarówno sytuacyjnie, jak i historycznie, nie jest w ogóle zdarzeniem. Nie jest istotna forma zdarzenia, lecz jego funkcja (por. Hayes, 2004, s. 8).

Elementy technik Wschodu dostrzega także w swej dialektyczno-behawioralnej terapii Marsha Linehan (Heard i Linehan, 2005). Ograniczenia tradycyjnego podejścia behawioralnego w odniesieniu do pacjentów z zaburzeniem *borderline* zauważyła ona stosunkowo wcześnie (w 1993 roku). (Złożone i niekończące się *problemy* tych pacjentów okazywały się zupełnie niepodatne na tradycyjne interwencje behawioralno-poznawcze). Teraz jednak dostrzega, że proponowane dialektyczne równoważenie akceptacji i zmiany (za pomocą technik z jednej strony współpracy, z drugiej – konfrontacji) ma wiele punktów wspólnych z pozycją kontekstualistyczną Hayesa (Heard i Linehan, 2005), czyli wspomnianą wyżej umiejętnością lokowania Ja jako kontekstu dla tego, czego się bieżąco doświadcza.

Choć ogólne tezy Linehan, takie jak stwierdzenie, że „obydwa, zarówno behawiorizm, jak i Zen, rozpoznają wagę wzajemnych powiązań (*interrelatedness*)” (Heard i Linehan, 2005, s. 301), mogą brzmieć zaskakująco, to mniej już zaskakują wskazania na takie powiązania na poziomie techniki terapeutycznej. (Gdy np. technikę rozszerzania (*extending*) stanowiska pacjenta poza granice, które sam wyznaczył⁸, wywodzi autorka z reguł sztuki walki Aikido, podobnie jak wypracowaną przez siebie technikę lekceważenia (bezceremonialności – *irreverence*) uznaje za podobną do strategii mistrzów Zen, jaką stosowali w rozmowach z uczniami, by przerwać ich nawykowe wzorce myślenia i umożliwić im „oświecenie”).

Filozofia teorii, prezentowana zarówno przez Hayesa, jak i Linehan, dobrze pokazuje ów wyłom, jaki we własnym paradygmacie czyni „integracja asymilacyjna”. Asymilacja elementów dla paradygmatu nowych każe przyjrzeć się ponownie całemu paradygmatowi, którego założenia, w tym ontologiczne, ulegają zasadniczej zmianie, choćbyśmy nazywali je tylko (paradygmatu) „rozszerzeniem”. Jest tak, pomimo że autorzy – zarówno Hayes, jak i Linehan – pozostają przy „domowym” paradygmacie behawioralno-poznawczym, podobnie jak Wachtel przy psychodynamicznym.

⁸ Na przykład, gdy pacjent upiera się, by złożyć skargę na terapeutę, terapeuta pozwala pacjentowi „rozwinąć” to zachowanie, proponując poświęcenie sesji na pisanie zażalenia. Terapeuta, traktując zachowanie pacjenta bardziej poważnie niż on sam, nie przejawia spodziewanego przez pacjenta oporu i nie dąży do „naprawienia” „zagrożonej” relacji terapeutycznej.

Paradygmat wczoraj i dziś. Czy i czym będzie w przyszłości „dom”, czyli do czego i dokąd integracja prowadzi

Zanim zastanowimy się nad tym, do czego integracja prowadzi lub przynajmniej w jakim kierunku zmierza, zaakcentujmy, że do niej samej doprowadziły ewolucje wewnątrz paradygmatów. Wskutek asymilacyjnych, a zwłaszcza teoretycznych integracji, uległy one znaczącym przemianom.

Gdy paradygmat humanistyczny powstawał, trudno było wyobrazić sobie, że mógłby kiedykolwiek osiągnąć najmniejszą choćby zbieżność z postulatami behawiorystów. Późniejszy paradygmat poznawczy wydawał się rozbieżności te tylko nasilać: pacjent wnosił do gabinetu terapeuty swój sposób „konstruowania” doświadczenia (swój schemat poznawczy), terapeuta zaś miał mu pomóc doświadczenie to „przekonstruować”, uczynić schemat bardziej „racjonalnym”. Czy można było przewidzieć, że terapeuci poznawczy zaproponują... powrót do doświadczenia bezpośredniego, „niekonstruowanego”, uznając i „konstrukt”, i samo „konstruowanie” za obciążenie? Że dostrzegą walor w – jak to ujmował Rogers (1959) – „bezwarunkowej akceptacji”, czyli w odrzuceniu, a przynajmniej „poluzowaniu” (*liberate*) procesów oceniania tego doświadczenia? Że w końcu właśnie bezpośrednie doświadczenie uczynią metodą terapii? A przecież zwrot w kierunku doświadczenia jest tylko jednym z aspektów rozszerzenia paradygmatu poznawczo-behawioralnego. Równie złożone i równie brzemiennie w skutki jest otwarcie paradygmatu na emocje pacjentów i ich relacje interpersonalne. Terapeuci, którzy dotąd znaczącą część sesji poświęcali na redukcję emocjonalnych doświadczeń, zaczęli pracować nad ich ekspresją i poszerzaniem, wiedząc już, że klientowi służy nie tylko kontrola emocji, lecz także ich ujawnianie. Wzorcowy dla paradygmatu „schemat poznawczy”, za sprawą interpersonalnego podejścia Jeremy’ego Safrana (Safran i Zindel, 1996; Safran i Segal, 2004), uległ istotnemu poszerzeniu: schemat pozostał mentalną reprezentacją Ja, jednak – w wersji Safrana – reprezentacją całkowicie interpersonalną: strukturą poznawczo-afektywną („*hot*” *cognitions*) odzwierciedlającą... nasze wczesne relacje ze znaczącymi innymi.

Tak więc terapeuci poznawczo-behawioralni włączyli do terapii techniki służące badaniu relacji interpersonalnych pacjenta oraz techniki służące ujawnianiu i pogłębianiu odczuwanych emocji. Poniekąd symetrycznie postępowali analitycy. Za sprawą Wachtela (2012), a wcześniej, wspomnianej już, całej gamy pionierów podejścia interpersonalnego (por. Stern, Mann, Kantor i Schlesinger, 1995) czy później Strickera i Golda (2005), zaczęli uwzględniać bieżące, rze-

czywiste relacje pacjenta, nie tylko przeniesione na terapeutę z wczesnego dzieciństwa i nie tylko wyfantazjowane.

Jak widać, właśnie za sprawą asymilacyjno-teoretycznych integracji tak zwane wielkie i pierwotnie całkowicie odrębne szkoły kliniczno-terapeutyczne znacznie zbliżyły się do siebie – jeśli nie pod względem sposobu, w jaki problem badają, to przynajmniej ze względu na obszary psychiki, w których problem dostrzegają. Choć nadal mało prawdopodobne jest, że „za sto lat” szkoła kliniczna będzie jedna, a model terapii „wspólny” (liczba teorii i terapii raczej się zwiększa niż maleje), to jednak dokładniejsza analiza tych, które powstały, wskazuje na ich stopniowe przenikanie się, zastępujące wyjściową odrębność.

Przenikanie to nie oznacza jednak i, jak się wydaje, nie będzie oznaczać zatarcia granic. „Dom”, czyli wyjściowy pojedynczy system terapeutyczny, wciąż ma przewagę nad pragmatycznym mieszaniem metod i technik, ponieważ, jak podkreślają integracjoniści „asymilacyjni”, dostarcza terapeutcie struktury, wsparcia i ukierunkowania (por. Norcross i Halgin, 2005, s. 444). W cytowanym już badaniu Grzesiuk i współpracowników (por. Suszek i in., 2014) okazało się, że terapeuci „jednego paradygmatu” deklarują relatywnie wyższy poziom zadowolenia z wykonywanej pracy niż terapeuci eklektyczni. „Dom” wydaje się więc pełnić funkcję „bezpiecznej bazy”, z której – jak pisał Bowlby (1969) – dziecko (terapeuta) podejmuje swoje wędrówki w świat. Baza oznacza nie tylko schronienie i miejsce powrotu, oznacza także punkt wyjścia – ośmiela i zachęca do eksploracji. Paradygmat, który jest „domem”, wydaje się istotny dla ofiarowanego przezeń *Gestaltu* – „spojrzenia” na problem klienta (faza „włączenia” slotu) i nie musi oznaczać „zasiedzenia się” – pozostawania przy jednym podejściu. Dzisiaj, gdy paradygmaty znacznie rozszerzyły i obszar swoich zainteresowań, i sposoby podejścia do klienta, znacznie łatwiej o „inne” spojrzenie na jego problem. Zauważmy, że Wachtel przybliżył psychoanalizie behawioryzm przez wiele lat. Początkowo czynił to sam, częściej napotykał na zdziwienie niż zrozumienie. Hayesowi integracja zabrała nie tylko mniej czasu – od początku gromadził zwolenników i współpracowników, a cały „nurt trzeciej fali” rozwijał się i rozwija śmiało, z impetem i bez przesadnej skromności.

Na zakończenie podkreślmy, że paradygmat, wraz ze swoimi założeniami o naturze rzeczywistości i naturze poznania, jest w dużej mierze emanacją czasu, w którym powstaje – cywilizacyjnych problemów, które w danym czasie są (były) rozpoznawane jako pierwszoplanowe. Dlatego też paradygmat „stary” zaczyna stanowić ograniczenie dla czasów „nowych”, generujących nowe problemy, w tym także nowe problemy kliniczne. Każdy z „wielkich” paradygmatów „starych” powstawał w specyficznym kontekście kulturowym. Psychoanali-

za w XIX-wiecznym Wiedniu nie mogła dostrzec faktycznych zdarzeń traumatycznych, a przekonanie o znaczeniu stymulowanych przez pragnienia fantazji, na pewnym poziomie, dobrze odzwierciedlało głęboko patriarchalny system zależności społecznych. Behawioryzm dobrze wpisywał się w amerykański pragmatyzm, który nieco później kazał Aronowi Beckowi (nurt poznawczy) zwątpić w moc wyjaśniania „wszystkiego” przez, studiowaną początkowo, psychoanalizę. Zniekształcenia, jak widział, były raczej domeną rzeczywistości niż snów. Humanistyczny nacisk na samorealizację wyrażał reakcję ówczesnego społeczeństwa amerykańskiego na poczucie jednostkowego zagrożenia industrializacją i, żywego wówczas, lęku przed zagrożeniem nuklearnym. Jednostka miała rozwijać swój potencjał z dala od instytucji społecznych, kierując się możliwie „w pełni” własnym doświadczeniem (por. Drat-Ruszczak, 2000). Pułapkę niekończących się „konstrukcji poznawczych” mieli dostrzec dopiero neopragmatycy, obserwujący „irracjonalne” dążenia klientów do powtarzania „nieracjonalnych” doświadczeń. Podejście systemowe zainspirowała cybernetyka drugiej połowy XX wieku, zaś najbardziej żywo odnaleźli się w nim... dawni psychoanalizyści. Uwięzieni w „historii jednej osoby”, chętnie rozszerzyli przedmiot swoich badań na cały „system rodzinny”, wykorzystując i doskonaląc swoje, systemowe teraz, podejście do oporu. (Ślad ich technik odnajdujemy we wspomnianym, „bezceremonialnym” aspekcie podejścia terapeutycznego Linehan).

Dzisiejszy, dla wielu dość nieoczekiwany, ponowoczesny odwrót od „naukowych faktów” i „obiektywnej prawdy” na rzecz akcentowania chaosu, fragmentaryczności i „przygodności” (Rorty, 1989; Giddens, 2006; Gergen, 2009; Bauman, 1995, 2006) przybrał formę paradygmatu narracyjnego, podkreślającego wielowersyjność, czyli równoprawność wielu punktów widzenia (por. Chrzastowski i de Barbaro, 2011). Jego zwolennicy programowo odżegnują się od kierowania się teorią (por. de Barbaro, 2010), nie do końca są też gotowi nazywać swoje podejście „paradygmatem”. Wszak wyszli od zakwestionowania modernistycznej filozofii nauki, która – w ich opinii – owe rywalizujące ze sobą paradygmaty „wyprodukowała” (por. Loytard; za: Gergen, 2009). Podejście narracyjne z łatwością przejęło wcześniejsze podejście systemowe (por. Górniak i Józefik, 2003), nawykłe do słuchania różniących się narracji członków rodzin. „Wielowersyjność”, będąca podstawowym doświadczeniem terapeuty rodzin, mogła – w podejściu narracyjnym – pozostać osią terapii, dając zarazem impuls do rozwoju technik nowych (Chrzastowski i de Barbaro, 2011). I chociaż podej-

ście narracyjne odcina się od teorii⁹, ma – jak widzimy – swoją ontologię (filozofia konstrukcjonizmu), ma także, wywodzące się z tych założeń, reguły i techniki terapii. Terapeuci wydają się tu jednak wyjątkowo dbać o brak „przyczynowego” slotu. To, co pacjentowi dolega, a także to, co mu pomaga, programowo ma być ustalane bardziej przez samego pacjenta niż jego terapeutę.

Oddając sprawiedliwość idei integracji zauważyć jednak trzeba, że jest ona z gruntu „ponowoczesna”: integracjoniści programowo zainteresowani są różnymi podejściami do terapii i ciekawi „wielu różnych” wersji rzeczywistości.

Czy przyszła integracja będzie się skupiać wokół nowych syntez (nowych teorii), czy raczej będzie rozwijać metody dopasowane do wielu miniteorii, czyli teorii wyjaśniających określone zaburzenie (jak zaburzenie *borderline*, depresja czy obsesyjne ruminacje)?

Czy terapeuci będą poszukiwać „domu” (jednego, dającego oparcie podejścia), czy też skusi ich eklektyzm, przypominający wymienne, powszechne dziś, podejście „modułowe”? A może przejmą od terapeutów narracyjnych odrzucanie teorii jako „zaciemniającej” obraz rzeczywistości? Czy jeśli posłużą się modułami (co w metaforze „domu” najbardziej przypomina „wynajmowanie mieszkania”), okaże się to „wystarczająco dobrą” praktyką w zawodzie psychoterapeuty?

Hayes i współpracownicy (2004), wprowadzając czytelnika do terapii trzeciej fali, stwierdzili, że ruch ten: „rozwija się dynamicznie i budzi nadzieję, ale nie wiemy, dokąd prowadzi” (s. XIV). Podobnie powiedzieć dziś można o całym ruchu integracyjnym: nie wiemy, jakie jeszcze formy przybierze i czym się zakończy. Pozostaje mieć nadzieję, że rosnąć będzie nie tylko nasza akceptacja integracji, lecz także chęć rozumienia problemów, jakie ze sobą niesie.

LITERATURA CYTOWANA

- Barbaro, B., de (2010). Postmodernistyczna wizja integracji. W: L. Grzesiuk i H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Integracja. Podręcznik akademicki* (s. 207-216). Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii Kultury.
- Bauman, Z. (1995). *Wieloznaczność nowoczesna. Nowoczesność wieloznaczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bauman, Z. (2006). *Płynna nowoczesność*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: New American Library.

⁹ Por. np. „uczenie teorii może być szkodliwe, gdyż teorie głównie zaciemniają obraz rzeczywistości” (Andersen; za: Chrzastowski i de Barbaro, 2011, s. 214); „Terapeuta wnosi swoją refleksję [...] swym myśleniem nie nadaje rangi wiedzy czy prawdy. To tylko refleksja: może się przyda, może nie” (tamże, s. 206).

- Brzeziński, J. (1987). *Metodologiczne i psychologiczne wyznaczniki procesu badawczego w psychologii*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and loss*. Vol. 1: *Loss*. New York: Basic Books.
- Castonguay, L. C., Newman, M. G., Borkovec, T. D., Holtforth, M. G. i Maramba, G. G. (2005). Cognitive-behavioral assimilative integration. W: J. C. Norcross i M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration* (s. 241-262). New York, NY: Oxford University Press.
- Chrzastowski, Sz. i de Barbaro, B. (2011). *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Czabała, Cz. (2007). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Drat-RuszczaK, K. (2000). Teorie osobowości – podejście psychodynamiczne i humanistyczne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (s. 601-652). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne,.
- Drat-RuszczaK, K. (2004). Psychoanaliza i społeczna psychologia poznawcza: wspólna perspektywa badawcza? W: M. Fajkowska-Stanik, K. Drat-RuszczaK i M. Marszał-Wiśniewska (red.), *Pułapki metodologiczne w badaniach empirycznych z zakresu psychologii klinicznej* (s. 71-89). Warszawa: Wydawnictwo „Academica” Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej.
- Ellis, A. (1999). *Terapia krótkoterminowa: lepiej, głębiej, trwalej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Foa, E. B., Hembree, E. i Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. New York, NY: Oxford University Press.
- Fonagy, P. i Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 411-430.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. i Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London: H. Karnac Books, Ltd.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing* (2nd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gergen, K. J. (2009). *Nasycone Ja. Dylematy tożsamości w życiu współczesnym*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Giddens, A. (2006). *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991-999.
- Górniak, L. i Józefik, B. (red.) (2003). *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin. Od metafory cybernetycznej do dialogu i narracji*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Grzesiuk, L. i Suszek, H. (2010). *Psychoterapia. Integracja. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii Kultury.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance, and relationships. W: S. C. Hayes, V. M. Follette i M. M. Linehan (red.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (s. 1-29). New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2007). Hello Darkness: Discovering our values by confronting our fears. *Psychotherapy Networker*, 31(5), 46-52.

- Hayes, S. C. (2014). Foreword. W: J. A. Stoddard i N. Afari (red.), *The big book of ACT metaphors. A practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in Acceptance and Commitment therapy* (s. IX-XIII). Oakland, CA: New Harbringer Publ.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. i Roche, B. (red.) (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Follette, V. M. i Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. i Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy (A new Harbringer self-help workbook)*. Oakland, CA: New Harbringer Publ.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. i Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy. The process and practice on mindful change* (2 nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Heard, H. L. i Linehan, M. M. (2005). Integrative therapy for borderline personality disorder. W: J. C. Norcross i M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration* (s. 299-320). Oxford: University Press.
- Hoffart, A. i Hoffart, A. R. (2014). Psychotherapy integration through general therapy change principles: Missing the core of psychotherapy? *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(4), 263-274. Strona internetowa: <http://dx.doi.org/10.1037/a0038135>
- Jędrasik-Styła, M. i Styła, R. (2009). Psychoterapia integracyjna: podejście eklektyczne, asymilatywne, integracji oraz czynniki wspólne. *Psychoterapia*, 2(149), 5-16.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are*. New York: Hyperion.
- Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Messer, S. B. (1992). A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. W: J. C. Norcross i M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration* (s. 130-168). New York: Basic Books.
- Messer, S. B. (2001). Introduction to the special issue on assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 1-4. Strona internetowa: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1026619423048>
- Mitchell, S. A. (1983). *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582.
- Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. W: J. C. Norcross i M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration* (s. 3-23). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. i Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. i Halgin, R. P. (2005). Training in psychotherapy integration. W: J. C. Norcross i M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration* (s. 439-458). New York, NY: Oxford University Press.
- Oleś, P. i Drat-Ruszczak, K. (2010). Osobowość. W: J. Strelau i D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 1, s. 651-764). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ozeki, R. (2014). *W poszukiwaniu istoty czasu*. Warszawa: Wydawnictwo WAB. Grupa Wydawnicza Foksal.

- Paszkiewicz, E. (1983). *Struktura teorii psychologicznych. Behawioryzm, psychoanaliza, psychologia humanistyczna*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Price, R. H. (1978). *Abnormal behaviour: Perspectives in conflict* (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Prochaska, J. O. i DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. W: M. Hersen, R. M. Eisler i P. M. Miller (red.), *Progress on behaviour modification* (s. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore.
- Prochaska, J. O. i Norcross, J. C. (2002). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Pacific Grove, CA: Brooks-Cole.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as development in the client-centered framework. W: S. Koch (red.), *Psychology: A study of a science* (vol. 3, ss. 194-235). New York: McGraw-Hill.
- Rorty, R. (1989). *Contingency, irony, and solidarity*. New York: Cambridge University Press.
- Rubin, E. (1915). Visually experienced figures: Studies in psychological analysis. Part one. Copenhagen-Christiania: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag.
- Safran, J. D. i Segal, Z. V. (2004). *Interpersonal process in cognitive psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. i Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Stern, D. B., Mann, C. H., Kantor, S. i Schlesinger, G. (red.) (1995). *Pioneers of interpersonal psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Stricker, G. i Gold, J. (2005). Assimilative psychodynamic psychotherapy. W: J. C. Norcross i M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration* (s. 221-240). New York, NY: Oxford University Press.
- Stoddard, J. A. i Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors. Practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publ.
- Suszek H., Styła, R., Grzesiuk, L., Krawczyk, K. i Rutkowska, M. (2014). *Aktualny obraz psychoterapii w Polsce*. Referat wygłoszony na XXXV Zjeździe Polskiego Towarzystwa Psychologicznego „Psychologia w zmieniającym się świecie”, 18-21 września, Bydgoszcz.
- Wachtel, P. L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy and the relational world*. Washington: American Psychological Association.
- Wachtel, P. L. (2010). Psychotherapy integration and integrative psychotherapy: Process or product? *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(4), 406-416.
- Wachtel, P. L. (2012). *Terapia relacyjna w praktyce psychoterapii*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Wachtel, J. P. (2014). An integrative relational point of view. *Psychotherapy*, 51(3), 342-349.
- Wilson, K. G. (2008). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publ.
- Young, J. E., Klosko, J. S. i Weishaar, M. E. (2003/2014). *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.