

Aneta Krupa, Rafał Styła  
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

# Specyfika psychoterapii psychodynamicznej skierowanej do osób z rozpoznaniem schizofrenii. Badanie jakościowe oparte na wywiadach z terapeutami

*The characteristics of psychodynamic psychotherapy directed at persons diagnosed with schizophrenia. Qualitative research based on interviews with psychotherapists*

## Abstract

**Introduction:** Psychotherapists oriented psychodynamically and psychoanalytically are the largest group of therapists that conduct therapy for psychotic patients in Poland, and there are numerous investigations that indicate efficiency of psychodynamic psychotherapy. The aim of this research is to define the characteristics of psychodynamic work with psychotic patients based on experiences of psychotherapists.

**Material and methods:** The research was carried out by semi-structured interview conducted on the group of 16 psychodynamic psychotherapists.

**Results:** In opinion of all psychotherapists, psychodynamic psychotherapy directed at psychotic patients differs significantly from work with patients with other diagnoses. The most frequently declared differences concerned greatest importance of therapeutic relation, more elastic setting and less confronting style of work. Participants also described their methods of working with positive and negative symptoms.

**Conclusions:** There is a distinct specifics of psychodynamic work with psychotic patients. Gathered data enable an insight into the way in which psychodynamic therapists adjust their methods to the needs of the patients with schizophrenia diagnosis.

**Psychiatry 2015; 12, 3: 142–149**

**Key words:** psychosis, schizophrenia, psychodynamic psychotherapy, qualitative research

## Wstęp

Osoby z rozpoznaniem schizofrenii spostrzegane są często jako grupa pacjentów wymagających czy wręcz trudnych [1–3]. Psychoterapeuci pozostają często bezradni, doświadczają trudnych emocji bądź nie wiedzą jak postępować z takim pacjentem [4–6]. Praca z osobami

psychotycznymi wymaga zarówno specyficznego podejścia, jak i odpowiednich cech samego terapeuty. Potrzeba nie tylko zmian czy modyfikacji przyjętych reguł, ale także otwartości, cierpliwości i akceptacji [7].

Każda niemal szkoła psychoterapii proponuje własne podejście w pracy z pacjentem psychotycznym [8, 9]. Niniejszy artykuł porusza zagadnienie specyfiki indywidualnej psychoterapii psychodynamicznej. Wyniki badania przeprowadzonego na dużej grupie osób prowadzących

**Adres do korespondencji:**  
Rafał Styła  
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego  
ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa, tel. 22 554 97 05

psychoterapię w Polsce wykazały, że psychoterapeuci psychodynamiczni i psychoanalityczni stanowią aż 56% wszystkich terapeutów podejmujących się pracy z tą grupą pacjentów [10]. Z tego powodu analiza pracy psychodynamicznej wydaje się szczególnie ważna. Ze względu na ograniczenia dotyczące objętości artykułu zainteresowanych teorią i praktyką psychoterapii psychodynamicznej odsyłamy do klasycznej pozycji G. Gabbarda [11].

### **Materiał i metody**

Niniejsze badanie zostało przeprowadzone w formie częściowo ustrukturalizowanych wywiadów [12] przeprowadzonych z 16 psychoterapeutami (12 kobiet, 4 mężczyzn) pracującymi z osobami z diagnozą schizofrenii. Wszystkie osoby badane pracują w nurcie psychodynamicznym. Dla 11 osób była to podstawowa forma pracy, a 5 terapeutów zadeklarowało, że podejście psychoanalityczne jest w ich pracy wiodące. Przedział wiekowy osób badanych wynosił 29–55 lat ( $M = 37$ ,  $SD = 6,8$ ). Ich doświadczenie zawodowe mieściło się w przedziale od 3 do 19 lat, ze średnią wynoszącą 9,6 roku. Trzynaście osób badanych ukończyło studia wyższe na kierunku psychologia, dwie osoby są absolwentami wydziałów lekarskich, a jedna osoba ukończyła oba kierunki. Sześć osób badanych posiadało certyfikat psychoterapeuty, 8 osób ukończyło pełne szkolenie psychoterapeutyczne, ale nie uzyskało jeszcze certyfikatu, a dwie osoby były jeszcze w trakcie szkolenia.

Treść wywiadów została jakościowo opracowana przez pierwszą autorkę artykułu. Każdy wywiad składał się z czterech części. Pierwsza część wywiadu dotyczyła charakterystyki leczonych przez terapeuta pacjentów, druga poruszała temat przewidywanych efektów psychoterapii psychodynamicznej skierowanej do osób z diagnozą schizofrenii, trzecia część odnosiła się do cech pacjentów dobrze i źle rokujących w tym rodzaju terapii. Ostatnia część dotyczyła specyfiki indywidualnej terapii psychodynamicznej skierowanej do osób z doświadczeniem schizofrenii. Pytania z tej części uwzględniały pytania o specyfikę relacji terapeutycznej, proponowany setting, stosowane techniki w tym sposoby pracy z objawami pozytywnymi i negatywnymi. Po zakończonym wywiadzie osoby badane wypełniały ankietę dotyczącą danych demograficznych oraz sposobu praktykowania zawodu.

### **Wyniki**

Wszyscy badani terapeuci stwierdzili, że istnieją istotne różnice w pracy z osobami z diagnozą schizofrenii w porównaniu z psychoterapią prowadzoną z innymi powszechnymi grupami pacjentów (np. osób z depresją, z zaburzeniami lękowymi, z zaburzeniami osobowości).

Podkreślane różnice dotyczyły specyfiki (1) budowanej relacji terapeutycznej, (2) settingu, (3) stosowania technik oraz faktu konieczności pracy z (4) objawami pozytywnymi i (5) negatywnymi.

Podsumowanie wyników badania zawiera tabela 1.

### **Różnice dotyczące relacji terapeutycznej**

Większość osób badanych podkreślała, że relacja psychoterapeutyczna jest kluczowym czynnikiem leczącym w pracy z pacjentem z diagnozą schizofrenii, a sposób jej budowania i przeżywania istotnie różni się od sytuacji pracy z innymi grupami pacjentów. Relacja często jest przeżywana jako bardziej intensywna, a granice psychologiczne między terapeutą i pacjentem są bardziej zatarte.

Sześciu terapeutów wspomniało o tym, że przyczyną kluczowego znaczenia relacji dla tej grupy pacjentów jest poczucie bezpieczeństwa, które im ona daje. Osoby z diagnozą schizofrenii często czują się nierozumiane, zagubione, obawiają się dzielić swoimi przeżyciami z bliskimi, ponieważ spotykają się z nieprzyjawnymi reakcjami z ich strony. Dopiero w kontakcie z terapeutą doświadczają poczucia bycia akceptowanym niezależnie od tego, jakie objawy mają, poczucia — jak to określiła jedna z osób badanych — „że terapeuta mnie słucha, rozumie, przyjmuje mnie takim jakim jestem. Mogę mu zaufać i mówić o swoich trudnościach.”. Te kwestie wyraźnie obrazuje kolejny cytat: „pan M. mówi o tym, że właściwie nie ma takiej osoby, z którą mógłby o tym porozmawiać. Na przykład gdy dzieli się tym ze swoją partnerką, ma wrażenie, że to w niej budzi ogromny niepokój, ogromny lęk i że ona zaraz się denerwuje i mu wysyła SMS-y czy on na pewno dzisiaj wziął leki, [...] więc on nie chce jej straszyć mówiąc o tym, że na przykład znowu gorzej się czuje [...] [Terapia] to jest takie miejsce, gdzie może przyjść, powiedzieć o bardzo trudnych wydarzeniach i [on wie] że to mnie nie wystraszy [...], że możemy się tutaj nad tym zastanawiać i że on uspokojony może dalej być już ze swoją rodziną. [...] to jest ważne, że on czuje, że to jest bezpieczne miejsce, gdzie może mówić o różnych, bardzo trudnych rzeczach, chociażby o tym, że czas [spędzany] z jego córką nie jest dla niego satysfakcjonujący”. Zdaniem wielu osób badanych poczucie bezpieczeństwa u pacjentów wzrasta, gdy terapeuta jest bardziej autentyczny, odślaniający się i dostępny dla swojego pacjenta.

Duży poziom poczucia zagrożenia powoduje, że zbudowanie relacji terapeutycznej trwa dłużej niż przy psychoterapii osób z innymi zaburzeniami. Tę kwestię poruszyło 4 terapeutów. Sama terapia również jest dłuższa, co obrazuje cytat z wywiadu z jednym z terapeutów: „u pacjenta psychotycznego [...] to jest taka relacja cza-

**Tabela 1.** Specyfika psychoterapii psychodynamicznej skierowanej do osób z doświadczeniem schizofrenii  
**Table 1.** *The characteristics of psychodynamic psychotherapy directed at patients with schizophrenia*

Obszar pracy psycho-terapeutycznej	Podnoszone przez terapeutów zagadnienia
Relacja terapeutyczna	Kluczowy czynnik leczący Bardzo intensywna Większa dostępność i otwartość terapeuty względem pacjenta Zbudowanie relacji trwa dłużej niż z innymi grupami pacjentów Daje poczucie bezpieczeństwa pacjentom Poczucie, że tworzy się relacja rodzic–dziecko Związana z dużą odpowiedzialnością terapeuty Pacjenci są wyczuleni na stan psychiczny terapeuty Pacjenci wycofują się z relacji, gdy uznają, że terapeuta nie jest z nimi szczerzy
Setting	Mniej sztywny niż w pracy z innymi grupami pacjentów Większa elastyczność, jeśli chodzi o czas trwania i częstotliwość sesji (przedłużanie spotkań, przyjmowanie bez zapowiedzi) Zwiększanie częstotliwości sesji w sytuacji kryzysu psychotycznego Większa elastyczność dotycząca kwestii płatności za sesje Dopuszczenie możliwości wizyt domowych i odwiedzin w szpitalu Większa otwartość na komunikację telefoniczną Zaburzenie stałości i stabilności settingu miewa poważniejsze konsekwencje
Techniki terapeutyczne	Złożoność wypowiedzi terapeuty dopasowana do trudności poznawczych pacjenta Częste stosowanie technik wspierających, zwłaszcza w początkowej fazie psychoterapii Często stosowane techniki to klawifikacja i normalizacja Techniki eksploracyjne stosowane rzadziej niż w przypadku innych grup pacjentów Rzadsze stosowanie konfrontacji i interpretacji Duże znaczenie pomieszczenia przez terapeutę przeżyć pacjenta Częstsze stosowanie technik zapożyczonych z innych szkół psychoterapii (np. z terapii behawioralno-poznawczej) Włączanie elementów psychoedukacji w proces psychoterapii Wzmacnianie mechanizmów obronnych Częstsze udzielanie odpowiedzi na pytania pacjenta Większa rola przeciwprzeniesienia
Objawy pozytywne	Rozumiane jako zakamuflowane treści psychiczne pacjenta Istotne jest wysłuchanie pacjenta oraz okazanie zrozumienia i akceptacji dla jego doświadczeń psychotycznych Rolą terapeuty jest zachęcanie do poszukiwania znaczenia objawów, szukania powiązań ich treści z doświadczeniami pacjenta Poszukiwanie i nazywanie emocji kryjących się za objawami
Objawy negatywne	Zastanawianie się z pacjentem nad przyczynami wycofania społecznego Analiza relacji i doświadczeń pacjenta „tu i teraz” Okazywanie pacjentowi empatycznego zrozumienia, towarzyszenie mu Zadawanie pytań i interpretowanie momentów ciszy Częstsze stosowanie technik dyrektywnych Kierowanie na konsultację psychiatryczną Objawy negatywne pacjenta często budzą bezradność terapeuty Praca z objawami negatywnymi uznawana jest za najtrudniejszy obszar pracy z pacjentami psychotycznymi

sami może nie na całe życie, ale naprawdę na wiele lat". Kilka osób badanych stwierdziło, że w relacji z pacjentem z diagnozą schizofrenii często czują się jak rodzic z dzieckiem. Jedna z terapeutek stwierdziła, że przeciwprzeniesieniowo czuje przede wszystkim silną troskę, inna przyznała, że rozpatruje to jako „taką relację rodzica z dzieckiem”, jeszcze inna osoba badana powiedziała, że „to jest jakby [...] posiadanie takiego niemowlaka przez długi, długi czas”. Trójka terapeutów wspominała o dużej odpowiedzialności związanej z przyjmowaniem do terapii osób z doświadczeniem psychozy ze względu na ich kruchość psychiczną oraz wysoki poziom zależności od psychoterapeuty. Poczucie odpowiedzialności może być również powiązane z przeciwprzeniesieniowymi uczuciami rodzicielskimi, jakie często budzi ta grupa pacjentów. Opinię tę dobrze obrazuje następujący cytat: „Często [relacja z pacjentem psychotycznym] przypomina relację rodzica z dzieckiem. [...] ja tak to często przeżywam, że to są takie osoby do zaopiekowania i to jest decyzja, że się bierze na siebie taką dużą odpowiedzialność na lata”. Kolejnym szczególnym elementem relacji terapeutycznej z pacjentami psychotycznymi jest ich wrażliwość na stany terapeuty. Jedna z terapeutek ujęła to w następujący sposób: „Bardzo wyczuwają stany terapeuty, [...] pacjenci psychotyczni wiedzą więcej”. Autentyczność terapeuty jest zatem istotna w budowaniu dobrej relacji terapeutycznej, ponieważ pacjenci są wyczuleni na drobne przejawy niezgodności czy fałszu w postawie terapeuty, jego zachowaniu czy słowach, na co reagują wycofaniem się z relacji. „Pacjenta psychotycznego nie da się okłamać i reaguje natychmiastowym odsunięciem się i ucieczką z relacji, kiedy czuje że terapeuta jest nieszczerzy bądź coś przed nim ukrywa”. Zjawisko to obrazuje także kolejna wypowiedź: „moje doświadczenie wskazuje, [że pacjenci] z doświadczeniem psychozy mają bardzo dobry radar. [...] warto być szczerym w pełni, bo to i tak zostanie na jakimś poziomie wyczute, odebrane”.

### Zmiany dotyczące settingu

Znakomita większość psychoterapeutów uznała, że setting w terapii osób z doświadczeniem schizofrenii w porównaniu z pracą z innymi grupami pacjentów jest mniej sztywny. Jedynie dwóch terapeutów z 16 przebadanych osób wyraziło pogląd, że setting nie różni się od tego w pracy z pacjentami z innymi zaburzeniami, przy czym jedna z tych osób przyznała, że także czasami rozważa zwiększenie liczby sesji ze względu na pogorszony stan psychiczny pacjenta.

Ośmiu terapeutów przyznało, że gdy u ich pacjenta obserwowane jest pogorszenie stanu psychicznego, to zwiększają częstotliwość sesji oraz są otwarci na udzielenie innej doraźnej pomocy. Dwie terapeutki powiedziały

na przykład, że czasem, gdy pacjent tego potrzebuje, przedłużają sesję, dwie osoby mówiły również o wizytach domowych jako stosowanych formach wsparcia pacjenta w kryzysie psychotycznym. Z kolei w przypadku hospitalizacji pacjenta 3 terapeutów deklarowało odwiedziny pacjenta w szpitalu. Zasadę większej elastyczności settingu odnośnie czasu i miejsca odbywania sesji może ilustrować następujący cytat: „Różnicą jest dostosowanie swojej obecności do możliwości pacjenta, na przykład że przedłużę sesję albo przyjmę, chociaż nie jesteśmy umówieni, przyjmę zawsze, dojadę do domu, jak jest taka potrzeba”.

W toku wywiadów terapeuci podejmowali także temat odpłatności za sesje. W tym przypadku również wykazują się większą elastycznością. Czterech terapeutów poruszyło kwestię niepobierania opłat za niepojawienie się na umówionej wizycie, co ilustruje następująca wypowiedź: „z pacjentami osobowościowymi czy nerwicowymi ustalę płatność za nieobecności, a z pacjentami psychotycznymi nie, jeśli mnie wcześniej poinformują”. Jednocześnie jedna z terapeutek wyraziła obawę, że niepobieranie opłaty za nieobecność bez uprzedzenia może mieć negatywne konsekwencje. Wyraziła to w następujący sposób: „to trochę takie wspieranie [pacjenta] w tym, że nie można go traktować jak równego partnera [...] takie uznanie, że ja nie będę od niego tego oczekiwała, że trochę traktuję go jak dziecko, na które trzeba przymknąć oko”.

Kolejną zmianą dotyczącą settingu jest większa otwartość na komunikację telefoniczną. Pacjenci psychotyczni często mają numer telefonu do swojego terapeuty. W chwilach pogorszenia stanu psychicznego pacjenta terapeuci są bardziej skłonni, aby do niego zatelefonować. Jedna z terapeutek powiedziała, że „mając pacjenta, który [...] ma pogorszenie lub gdy jest ryzyko nawrotu, pozwalam sobie jednak dzwonić i okazywać swoje zaniepokojenie”. Jeden z terapeutów prowadził sesje telefoniczne ze swoją pacjentką przebywającą w szpitalu i tak to opisał: „trudno jest nazwać [rozmowę telefoniczną] czystą psychoterapią, ale, jak to sama pacjentka określiła, mogła się wygadać, być wysłuchaną, usłyszeć mój głos, czuć ten link pomiędzy sobą a kimś, kto to jakoś mieści i że jest jakiś ten świat zewnętrzny, zdrowy, do którego ona dąży”.

Podkreślano również, jak istotne jest, aby terapeuta był stabilny w utrzymywaniu stałego rytmu sesji, ponieważ daje to pacjentom poczucie bezpieczeństwa, a przerwy w terapii prowadzą często do silnej negatywnej reakcji. Na wszelkiego rodzaju przerwy w terapii, na przykład ze względu na urlop czy chorobę terapeuty, pacjenci często reagują nasileniem objawów psychopatologicznych. Jedna z terapeutek prowadziła kiedyś pacjentkę, która

na przerwę w terapii związaną z urlopem zareagowała próbą samobójczą. Próbę zrozumienia tej wyjątkowej wrażliwości pacjentów psychotycznych na przerwy w terapii przedstawia następująca wypowiedź: „stałość jest bardzo ważna. [...] jeżeli odwołujemy sesję, pamiętamy o tym, że [...] dla pacjenta psychotycznego często jest tak, że utrata kontaktu z nami jest jednoznaczna z naszą śmiercią, więc te przeżycia też są zupełnie inne”.

### Różnice dotyczące stosowanych technik

Techniki stosowane wobec osób z doświadczeniem psychozy częściej — niż w przypadku innych grup pacjentów — mają na celu wsparcie pacjenta, a w mniejszym stopniu prowadzenie pracy eksploracyjnej. Z wypowiedzi osób badanych wynika, że zasada ta ma szczególne znaczenie w początkowej fazie psychoterapii. Duża część osób badanych skupia się w tej fazie psychoterapii na nazywaniu emocji przeżywanych przez pacjentów, a najczęściej stosowanymi technikami są klawifikacja, normalizacja i kontenerowanie przeżyć pacjentów. Pogląd ten ilustrują następujące cztery wypowiedzi: (1) „Mniej konfrontuję pacjentów, przynajmniej w początkowym okresie jest to dla mnie terapia wspierająca”, (2) „Myślę, że terapia zawiera aspekty wspierające, oprócz tego że, ma być terapią zmierzającą do zrozumienia, pogłębiającą refleksyjność”, (3) „bliżej jest mi do towarzyszenia i [...] funkcji terapeuty wspierającego. W związku z tym terapia nie jest eksploracyjna, tylko wspierająca [...] bywa też bardziej dyrektywna”, (4) „Jeżeli pacjent wchodzi w psychozę, nie robię klasycznej psychoterapii. Wtedy jesteśmy „tu i teraz” i zajmuję się ogarnianiem, przyjęciem tego doświadczenia, utrzymaniem go w sobie i ewentualnie podaniem mu w bardziej strawnej formie”.

Czterech terapeutów wspomniało o pracy z mechanizmami obronnymi pacjentów, w tym trzy z nich wskazały, że często ważnym celem jest ich wzmacnianie. Wątek ten można zilustrować następującą wypowiedzią: „trzeba uważać, żeby też nie zabierać tych mechanizmów obronnych, bo to doprowadzi do dekompensacji psychotycznej, do regresji”.

Dwie osoby poruszyły kwestie bycia pomocniczym ego dla swoich pacjentów. Dobrym wyjaśnieniem tego, na czym polega ta funkcja jest poniższy cytat: „w momentach, w których pacjent sobie nie radzi, wykorzystuje dodatkowo moje umiejętności emocjonalne i psychiczne, żeby sobie z sytuacją poradzić [...] czyli pacjent ma dodatkowy aparat psychiczny do przetwarzania”.

Wśród terapeutów dominuje pogląd, że w przypadku osób z doświadczeniem psychozy techniki należy w większym stopniu, niż wobec innych grup klientów, dostosowywać do potrzeb pacjenta i nasilenia jego objawów. Techniki psychoterapii psychodynamicznej

należy stosować elastycznie lub wręcz stosować terapię integracyjną. Pogląd ten obrazuje następujący cytat: „więcej jest terapii wspierającej. [...] to jest praca, która wymaga większej elastyczności [...] bardziej integracyjnego podejścia. Na przykład czasem gotowości do czystej pracy psychoedukacyjnej”. W zależności od potrzeb pacjenta należy dobrać stosowane techniki: „czasem grupy bardziej psychoedukacyjne, czy w ogóle praca edukacyjna [...], [terapia] poznawcza też pewnie może być takim wstępem do głębszej pracy”.

Ośmiu terapeutów wskazało, że stosowanie interpretacji w grupie pacjentów z doświadczeniem psychozy jest odmienne: „są rzadsze, bardziej rozłożone w czasie”. Powinny być również przekazywane w łagodniejszej formie z dużą dozą ostrożności, co ilustruje następująca wypowiedź: „Zbyt głęboka interpretacja może być od razu interpretowana jako intruzja, pacjent wtedy ucieknie”. Trzech terapeutów powiedziało, że na początku terapii unikają interpretacji genetycznych oraz interpretacji przeniesienia.

W sytuacji, gdy pacjent zadaje pytania, zachowanie terapeuty jest również odmienne. Pacjentowi neurotycznemu terapeuci zazwyczaj nie odpowiadają wprost, często starają się zrozumieć dane pytanie w kontekście nieświadomych procesów i ewentualnie interpretują zachowanie pacjenta. Natomiast ponad połowa osób uczestniczących w wywiadach jest skłonna odpowiedzieć pacjentowi psychotycznemu, co tłumaczone jest obserwacjami, że osoby psychotyczne są znacznie częściej skłonne do interpretacji braku odpowiedzi na pytanie jako próby ukrycia czegoś, co z kolei wzmacnia ich lęk oraz podejrzliwość. Jedna z terapeutek przytoczyła przykład sytuacji gdy odpowiedziała pacjentce na pytanie dotyczące jej wakacji. Odpowiedź terapeutki otworzyła pacjentkę na jej własne wspomnienia, co pozytywnie wpłynęło na przebieg sesji i wzmocniło sojusz terapeutyczny.

Kilku terapeutów zwróciło uwagę na sposób komunikacji z pacjentami psychotycznymi. Wypowiedzi powinny być proste, jasne, jednoznaczne, dostosowane do ewentualnych trudności poznawczych. Wypowiedzi powinny być również sformułowane w sposób delikatny i ostrożny, ponieważ ta grupa pacjentów ma większą skłonność do interpretacji słów terapeuty jako intruzywnych. Doświadczenia terapeutów wskazują, że ta grupa pacjentów na mało subtelne wypowiedzi częściej reagują chwilowym wycofaniem się z relacji lub nieprzyjściem na kolejną sesję.

Kolejną różnicą w stosowaniu technik wobec osób z doświadczeniem psychozy jest większa rola przeciwprzeniesienia. Jest ono przeżywane silniej mocniej innymi ze względu na częstsze zjawisko identyfikacji projekcyjnej. Jedna z terapeutek stwierdziła: „dużo bardziej z [prze-

ciwprzeniesienia] korzystam, niż z tego, co mi pacjent wprost powie”. Kolejna terapeutka wyraziła pogląd: „więcej się dzieje poza słowami, więcej rzeczy nienazwanych w takich właśnie projekcjach, identyfikacjach”.

### **Praca z objawami pozytywnymi**

Praca z pozytywnymi objawami schizofrenii jak omamy słuchowe i urojenia oraz objawami negatywnymi jak wycofanie społeczne oraz spowolnienie psychoruchowe jest czymś charakterystycznym dla psychoterapii prowadzonej z osobami z doświadczeniem psychozy.

Badani terapeuci wskazują, że pozytywne objawy w schizofrenii to zakamuflowane, przetworzone treści psychiczne pacjenta, które należy starać się zrozumieć. W pierwszej kolejności terapeuci starają się dać odczuć swoim pacjentom, że rozumieją i akceptują emocje, które pacjent przeżywa w związku ze słyszeniem głosów lub treścią urojeń. Terapeuci wysłuchują pacjentów i nie zaprzeczają treści zawartej w objawach wytwórczych. Jest to wyjątkowe doświadczenie dla osoby psychotycznej, która często spotykała się z niezrozumieniem i odrzuceniem w swoim środowisku. Jednocześnie trzech terapeutów zwróciło uwagę na znaczenie tego, aby pacjent krytycznie spojrzął na swoje objawy i odróżnił to, co rzeczywiste od tego, co takim nie jest. Przy odzwierciedlaniu i okazywaniu zrozumienia doświadczeniu pacjenta, terapeuta jednocześnie ukazuje, że jego doświadczenie jest odmienne (np. nie słyszy głosu, który słyszy pacjent). Treść pozytywnych objawów schizofrenii należy rozumieć w kontekście tego, co dzieje się w życiu pacjenta, na co zwróciło uwagę 10 terapeutów. Z kolei 5 psychoterapeutów podkreśliło wagę poszukiwania tego, jaką funkcję pełnią objawy w życiu pacjenta, na przykład poprzez zachęcenie go do zastanowienia się nad tym, w jakich okolicznościach te objawy się pojawiają, nasilają, osłabiają oraz z jakimi emocjami się wiążą. Poznanie znaczenia emocjonalnego pomaga w zrozumieniu istoty objawów, co jeden z terapeutów nazwał zamienianiem języka objawu na język przeżyć. Według niego, gdy pacjent zaczyna częściej mówić o swoich przeżyciach i emocjach, nasilenie omamów czy urojeń spada. Uświadomione i nazwane emocje (terapeuci najczęściej wskazywali na lęk) podlegają wewnętrznej integracji, a pacjent nabywa zwiększoną zdolność do radzenia sobie z nimi, co w efekcie prowadzi do ograniczenia nasilenia objawów wytwórczych.

Omamy słuchowe oraz urojenia powinny być analizowane w celu nadania im psychologicznego znaczenia. Dwóch psychoterapeutów wskazało, że traktuje objawy pozytywne pacjentów podobnie jak treść snów pacjentów neurotycznych. Jedna z terapeutek powiedziała, że rozpatrując objawy pozytywne, poszukuje stron

konfliktu wewnętrznego, na przykład w treści omamów słuchowych. Inna z osób badanych wskazała, że objawy wytwórcze mogą wyrażać niezaspokojone potrzeby pacjenta, na przykład poczucie bycia obserwowanym, podsłuchiwanym lub omawianym w telewizji może oznaczać pragnienie bycia w centrum uwagi, ważnym, wyjątkowym.

Podstawową formą pracy z omamami słuchowymi są pytania o skojarzenia pacjenta do słyszanego głosu. Przykładowe pytania podane przez jedną z osób badanych brzmią następująco: „Z czym to się kojarzy? Czy to coś przypomina? Kto tak do Ciebie mówił? [...] Czy to ktoś mówił tak o tobie? Czy tak myślisz o sobie? Co to znaczy?”. Doświadczenia badanych terapeutów wskazują, że treść i forma omamów słuchowych jest często powiązana z historią życia pacjenta. Następujący cytat ukazuje, że nawet treści głosów, które mogą wydać się przypadkowe, można powiązać z biografią pacjenta: „Miałam pacjentkę, która słyszała głosy, że jest stajennym Hitlera. „Jak można to rozumieć, że pani słyszy takie głosy?” No i wtedy odpowiedziała [...] „to jest coś co mój pijany ojczym do mnie mówił”.

### **Praca z objawami negatywnymi**

Podobnie jak w pracy z objawami pozytywnymi, podstawowym sposobem postępowania z objawami negatywnymi jest próba zrozumienia ich znaczenia i funkcji. W przypadku wycofania społecznego 8 terapeutów wskazało, że stara się razem z pacjentem zastanowić nad jego przyczynami. Rozważają wraz z pacjentem, jakie emocje kryją się za unikaniem kontaktów z ludźmi. Z doświadczeń terapeutów wynika, że częstą przyczyną jest lęk albo złość. Zadają pytania o to, w jakich sytuacjach niechęć do wchodzenia w relacje wzrasta, a w jakich maleje, jaki ma to związek z przeżywaniem pewnych sytuacji, na ile jest to decyzja, aby uciec przed życiem, a na ile wyraz nieświadomych procesów. Odpowiedzi na te pytania mogą dać pacjentowi szansę na lepsze zrozumienie siebie i nadanie znaczenia dystansowaniu się od ludzi, co w efekcie powinno prowadzić do większej otwartości na innych.

Innym częstym przejawem objawów negatywnych jest milczenie pacjenta w trakcie sesji. Terapeuci wskazują, że długotrwała cisza ze strony pacjenta jest energetycznie wyczerpująca i wywołująca poczucie bezsilności. Czterech terapeutów stwierdziło, że w sytuacji milczenia pacjenta to praca na relacji pacjenta z terapeutą „tu i teraz” jest optymalną taktyką psychotherapeutyczną. Praca ta polega między innymi na identyfikacji uczuć przeżywanych w trakcie sesji. Terapeuci starają się zadawać pytania bądź komentować ciszę poprzez komunikaty typu: „widzę, że dzisiaj trudno jest panu mówić”. Czasami milczenie

pacjenta jest efektem odczuwania przez niego pustki w głowie i poczucia, że opowiedział już wszystko, co miał do powiedzenia. Dlatego terapeuci często skupiają się na tych treściach, które pacjentowi udało się wnieść. Służy to wzmocnieniu zdrowych części psychiki pacjenta. Dzięki wrażliwości terapeuty możliwe jest nazywanie i odzwierciedlanie przeżywanych przez osobę z doświadczeniem schizofrenii trudności i cierpienia. Zmierzenie się z nieakceptowanymi uczuciami prowadzi często do tego, że pacjent może zacząć swobodniej się wypowiadać. Kilku terapeutów deklaruje jednakże, że praca z objawami negatywnymi jest najtrudniejszym elementem pracy terapeutycznej z osobami z diagnozą schizofrenii. Jedna z psychoterapeutek stwierdziła wręcz: „ja nie czuję, że mam techniki terapeutyczne, które są w stanie spowolnienie [psychoruchowe] jakoś zredukować”.

W pracy z objawami negatywnymi niektórzy terapeuci deklarują również korzystanie z technik dyrektywnych. Na przykład jeden z terapeutów, aby zmotywować pacjentów do wychodzenia z domu i działania, korzysta z technik terapii poznawczo-behawioralnej. Z kolei trzy osoby badane zadeklarowały, że namawiają pacjentów do udziału w spotkaniach grupy wsparcia. Terapeuci czasem zachęcają również swoich pacjentów do konsultacji z lekarzem psychiatrą w celu modyfikacji leczenia farmakologicznego.

### Dyskusja

Celem pracy było wyodrębnienie specyficznych cech indywidualnej psychoterapii psychodynamicznej skierowanej do osób z diagnozą schizofrenii. Różnice te były analizowane w kontekście 5 obszarów: (1) relacji terapeutycznej, (2) settingu, (3) stosowanych technik w tym (4) sposobów pracy z objawami pozytywnymi i (5) negatywnymi.

Wszyscy badani terapeuci wskazują, że istnieją istotne różnice w pracy z tą grupą pacjentów w porównaniu do innych grup klientów. Badanie to wskazuje, że psychoterapia psychodynamiczna skierowana do pacjentów psychotycznych modyfikuje reguły klasycznej psychoterapii psychodynamicznej [10].

Wyniki badania wskazują, że relacja terapeutyczna z osobami z diagnozą schizofrenii przeżywana jest jako intensywniejsza, budząca silniejsze odczucia przeciwprzeniesieniowe. Wnioski te są zgodne z doświadczeniami i teoriami opisywanymi w literaturze [4–7, 10]. Zdaniem badanych terapeutów kluczowym elementem umożliwiającym nawiązanie relacji jest umiejętność pomieszczenia (ujmowana również jako kontenerowanie) przeżyć pacjenta oraz cierpliwość. Istotna jest praca na „tu i teraz”, obszerne korzystanie z przeciwprzeniesienia, w tym stała uwaga skierowa-

na na kontrolę procesów związanych z identyfikacją projekcyjną, co jest zgodne z obserwacjami Kosteckiej [5, 6]. Różnice dotyczą również postawy psychoterapeuty, co potwierdzają wypowiedzi psychoterapeutów dotyczące większego odstawiania się przed pacjentem, co stoi w sprzeczności z klasycznymi zasadami psychoterapii psychodynamicznej: zasadą neutralności, wstrzeźliwości oraz anonimowości [10]. Widoczne różnice dotyczą również zasad settingu. Terapeuci są skłonni do bardziej elastycznego stosowania się do klasycznych zasad [10], na przykład w razie potrzeby zwiększają czas trwania lub częstotliwość sesji.

Na podstawie wypowiedzi osób badanych, psychoterapię psychodynamiczną skierowaną do osób z doświadczeniem psychozy można, odwołując się do zaproponowanej przez Gabbarda [10] skali ekspresywno-podtrzymującej, określić jako bardziej podtrzymującą. Do takiego wniosku skłaniają wypowiedzi badanych terapeutów, którzy wskazywali, że ograniczają stosowanie technik ekspresywnych, tj. interpretacji i konfrontacji w pracy z pacjentem psychotycznym. Częściej wybierają z kolei techniki o charakterze podtrzymującym na przykład normalizację, wsparcie, psychoedukację. Zasada utrzymywania się bliżej krańca technik podtrzymujących stosowana jest również w pracy z objawami pozytywnymi i negatywnymi. Nie oznacza to jednak całkowitego wycofania się z próby interpretacji procesów psychicznych. Terapeuci wskazują raczej na umiejętne balansowanie między tymi dwoma skrajnymi biegunami technik terapii psychodynamicznej dopasowanej do siły przymierza terapeutycznego.

Niniejsze badanie zawiera pewne ograniczenia metodologiczne. Po pierwsze, wywiady prowadzone były przez dwie osoby, co mogło — mimo istniejącego scenariusza wywiadu — istotnie modyfikować jego przebieg. Drugim istotnym ograniczeniem niniejszego badania był sposób analizy danych. Dane zostały przeanalizowane przez pierwszego autora niniejszego artykułu. Brak procedury analizy danych przez zewnętrznych sędziów kompetentnych może być źródłem zniekształceń w toku interpretacji uzyskanych danych. Mimo tych ograniczeń, uzyskane wyniki stanowią istotne źródło informacji na temat tego, w jaki sposób psychoterapia psychodynamiczna jest modyfikowana w pracy z pacjentem z diagnozą schizofrenii. Przedstawione wyniki badania mogą stanowić ciekawe źródło hipotez badawczych wymagających potwierdzenia w badaniach ilościowych oraz stworzyć zbiór wskazówek, którymi może się kierować klinicysta w pracy z pacjentem z doświadczeniem psychozy.

**Streszczenie**

**Wstęp:** Najliczniejszą grupą osób w Polsce prowadzących psychoterapię z osobami z rozpoznaniem schizofrenii są terapeuci o orientacji psychodynamicznej i psychoanalitycznej, a liczne badania naukowe wskazują na skuteczność psychoterapii psychodynamicznej. Celem niniejszej pracy jest opisanie specyfiki pracy psychodynamicznej z pacjentami psychotycznymi na podstawie własnych doświadczeń psychoterapeutów.

**Materiał i metody:** Badanie zostało przeprowadzone metodą wywiadu częściowo ustrukturalizowanego na grupie 16 psychoterapeutów psychodynamicznych.

**Wyniki:** W opinii wszystkich psychoterapeutów psychoterapia psychodynamiczna skierowana do pacjentów psychotycznych istotnie różni się od pracy z pacjentami z innymi rozpoznaniami. Najczęściej wymieniane różnice dotyczyły większego znaczenia relacji terapeutycznej, elastyczności settingu, mniej konfrontującego stylu pracy. Osoby badane opisały również metody pracy z objawami pozytywnymi i negatywnymi.

**Wnioski:** Istnieje określona specyfika pracy psychodynamicznej z osobami z doświadczeniem psychozy. Zebrane dane umożliwiają wgląd w to, w jaki sposób — stosując metodę psychoterapii psychodynamicznej — psychoterapeuci dopasowują ją do potrzeb pacjenta z rozpoznaniem schizofrenii.

*Psychiatria 2015; 12, 3: 142–149*

**Słowa kluczowe:** psychoza, schizofrenia, psychoterapia psychodynamiczna, badanie jakościowe

**Piśmiennictwo**

1. Kalra G., Bhugra D., Shah N. Cultural aspects of schizophrenia. *International Review of Psychiatry* 2012; 24: 441–449.
2. Carson R., Butcher J., Mineka S. Psychologia zaburzeń: człowiek we współczesnym świecie. Gdańsk 2003.
3. Cierpiałkowska L. *Psychopatologia*. Warszawa 2007.
4. Aleksandrowicz D. Przeważenie w psychoterapii psychoz. W: Meder J., Sawicka M. (red.). *Psychoterapia schizofrenii*. Kraków 2004; 117–120.
5. Kostecka M. Rola przeciwprzeniesienia w indywidualnej psychoterapii schizofrenii. W: Bomba J. (red.). *Schizofrenia Różne konteksty, różne terapie*. Kraków 2000; 9–15.
6. Kostecka M., Dynamiczna indywidualna psychoterapia schizofrenii. W: Meder J., Sawicka M. (red.). *Psychoterapia schizofrenii*. Kraków 2006; 45–56.
7. Sawicka M., Znaczenie stylu terapeutycznego w leczeniu osób chorych na schizofrenię. Warszawa 2010.
8. Pérez-Álvarez M., García-Montes J.M., Vallina-Fernández O., Perona-Garcelán S., Cuevas-Yust C. New life for schizophrenia psychotherapy in the light of phenomenology. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2011; 18: 187–201.
9. Murzyn A., Mielimąka M., Müldner-Nieckowski Ł. Psychoterapia schizofrenii: cele, skuteczność, specyfika, oddziaływań, indywidualna psychoterapia psychodynamiczna — przegląd literatury. *Psychiatria i Psychoterapia* 2010; 6: 33–43.
10. Styła R., Grzesiuk L., Suszek H., Krawczyk K., Rutkowska M. Characteristics of the therapists working with persons with psychosis. Results from a nation-wide survey in Poland. *Psychosis* 2014; 7: 265–268.
11. Gabbard G. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków 2009.
12. Stemplewska-Żakowicz K. *Metoda wywiadu w psychologii*. W: Stemplewska-Żakowicz K., Krejtz K. *Wywiad psychologiczny* (t. 1). Warszawa 2005.