

Ustalenie celu psychoterapii i kontrakt

Po zebraniu informacji terapeuta tworzy sobie ogólny obraz osobowości pacjenta, jego charakterystycznych cech, silnych i słabych stron. Na tej podstawie formułuje roboczą hipotezę odnośnie do przyczyn dolegliwości pacjenta. W odróżnieniu od psychiatry, psychoterapeuta zwykle nie stawia ścisłej diagnozy na podstawie systemów diagnostycznych w rodzaju ICD czy DSM.

Przydatność **diagnozy** w psychoterapii jest od lat powszechnie kwestionowana, głównie ze względu na to, że jest ona postrzegana przez krytyków jako subiektywne – i dalekie od ścisłości – etykietowanie ludzi, które nadaje zaburzeniom nieodwołalny charakter. Innym powodem jest większe zainteresowanie terapeuty zrozumieniem genyzy problemu niż jego objawami. Dotychczas nie opracowano jeszcze terapii, które byłyby dostosowane do określonych zaburzeń psychicznych. Niektórzy klinicyści są zdania, że posługiwanie się diagnozą – zwłaszcza przez terapeutów – przynosi więcej szkody niż pożytku. Psychoterapeuci rzadko posługują się wąskimi kategoriami diagnostycznymi. W Skandynawii terapeuci zwykle odwołują się do trzech podstawowych kategorii diagnostycznych: nerwicy, psychozy i zaburzenia z pogranicza (*borderline*).

Każda sesja przyczynia się do uściślenia diagnozy pacjenta. Każde kolejne spotkanie powoduje, że obraz jego życia psychicznego staje się pełniejszy, barwniejszy i wierniejszy. W zasadzie dopiero na ostatniej sesji terapeuta może postawić najtrafniejszą diagnozę. Ale wówczas jej przydatność ma wartość przede wszystkim dokumen-

talną, niejako „historyczną”, gdyż dotyczy w zasadzie już kogoś innego. Pacjent na ostatnim spotkaniu jest innym człowiekiem.

Sformułowana **hipoteza robocza** ulega zwykle wielu modyfikacjom w miarę postępów terapii. Początkujący terapeuta uważa zwykle konieczność zmiany hipotezy za porażkę zawodową. Może podtrzymać ją na duchu fakt, że koryfeusze psychoterapii często sami odchodzili od swoich pierwotnych założeń i radykalnie zmieniali swoje rozpoznania w trakcie terapii.

Ustalenie celu bywa siłą rzeczy dość ogólnikowe i prowizoryczne, gdyż trudno na tym etapie przewidzieć reakcję pacjenta na terapię i ściśle określić jego potencjał rozwojowy. Plan terapii powinien opierać się na trzeźwej ocenie realnych możliwości pacjenta. Dobrze jest, jeśli oprócz „oficjalnego” planu terapeuta ma w zanadru nieco mniej ambitny wariant leczenia.

Stosunkowo często się zdarza, że zasygnalizowane w zgłoszeniu dolegliwości są jedynie częścią bardziej złożonego problemu, wierzchołkiem góry lodowej. Bywa też i odwrotnie: przedstawiony na początku problem okazuje się po bliższym zbadaniu mniej groźny. Niekiedy sam pacjent po kilku sesjach zmienia zdanie i podaje inną wersję swoich trudności, co wymaga innej strategii działania:

Do terapeuty zgłosiła się kobieta pastor, 43 lata, która podczas wstępnej rozmowy oznajmiła, iż cierpi na klaustrofobię i odczuwa silny lęk przed korzystaniem z metra. Według pacjentki lęk pojawił się po próbie samobójczej kuzynki mieszkającej w Danii, która rzuciła się pod pociąg, lecz przeżyła. Po pięciu spotkaniach okazało się, że to wydarzenie zbiegło się w czasie z serią zwolnień pastorów w diecezji sztokholmskiej. Na kolejnej sesji pacjentka przyznała, że jej problemem w zasadzie nie jest klaustrofobia, lecz lęk przed utratą pracy, która dotychczas stanowiła treść jej życia.

Nie zawsze cele terapeuty i pacjenta się pokrywają. Bierze się to stąd, że pacjentowi zwykle trudno obiektywnie ocenić nasilenie i zasięg problemów, które terapeuta widzi w znacznie szerszym kontekście. Zdarza się również, że cel psychoterapii jest niezgodny z przekonaniami terapeuty, np. kiedy pacjent chce się nauczyć, w jaki sposób może najskuteczniej manipulować współpracowni-

kami w pracy, albo gdy osoba wykorzystywana i poniewierana przez partnera pragnie stłumić swój w pełni uzasadniony gniew i sprzeciw, zamiast zrozumieć podłoże swojej bezradności i przezwyciężyć ten wyniszczający związek.

Jeśli pacjent pragnie osiągnąć kilka celów, należy go poprosić o ich uporządkowanie według hierarchii ważności. W dochodzeniu do wytyczonych celów należy zachować umiarkowaną elastyczność i wyobraźnię. Doświadczenie uczy, że należy unikać ogólnikowych sformułowań w rodzaju: samorealizacja, zwiększenie energii wewnętrznej lub odnalezienie sensu życia. Górnolotne zamierzenia terapeuty powinien sprowadzić do poziomu konkretności i nadać im rzeczowy, realny kształt. Jeśli pacjent np. mówi, że pragnie dzięki terapii poczuć się mniej samotny, terapeuta powinien pomóc mu w sprecyzowaniu tego życzenia:

Chce pan powiedzieć, że pragnie pan znaleźć sobie dziewczynę (przyjaciół, rozszerzyć swój krąg znajomych, więcej przebywać wśród ludzi, mieć odwagę chodzić na spotkania, zapraszać znajomych do domu, zapisać się na kurs językowy, podróżować itd.)?

Pacjentce cierpiącej na depresję, która stwierdziła, że bezwzględnie potrzebuje terapii, aby czuć się lepiej, terapeuta powiedział:

Innymi słowy, chcesz wyjść z depresji, uwolnić się od myśli samobójczych, odzyskać nastrój sprzed trzech lat... Czy o to ci chodzi?

Niekiedy następstwa psychoterapii nie wszystkim są na rękę. Rodzinie lub kolegom w pracy nie zawsze się podoba, kiedy ktoś, kto przez lata był potulnym kopcuszką, nagle zaczyna mieć własne zdanie i buntuje się przeciw roli popychadła. Większość mężów nie lubi, kiedy posłuszna dotychczas żona staje się samodzielną kobietą o własnych potrzebach i poglądach. Zbulwersowana rodzina kontaktuje się niejednokrotnie z terapeutą, czyniąc mu zarzuty, że zamiast wyleczyć pacjentkę, uczynił z niej „awanturnicę” albo „histeryczkę”. Sprawa nabiera szczególnej wymowy, jeśli krewni sami nakłonili pacjenta do odbycia terapii lub – co gorsza – pokrywali koszty leczenia. Jak mawiał mój analityk, nikt tak nie lubi pokornych cierpiętników jak despoci państwowi i domowi.

Oto przykład sytuacji, kiedy skutki terapii obracają się przeciwko interesom osoby, która była jej inspiratorem:

Po licznych namowach udało się mężowi nakłonić żonę do jednej wizyty u psychoterapeuty. Przyczyną były jej nagłe i niekontrolowane wybuchy złości, którym towarzyszyło zawężenie pola świadomości. Po pierwszym spotkaniu pacjentka postanowiła przyjść jeszcze raz. Po drugiej sesji kobieta postanowiła przyjść jeszcze kilka razy. Pacjentka nauczyła się dość szybko kontrolować swój gniew. Ataki złości wprawdzie ustały, jednak pacjentka radykalnie zmieniła swój stosunek do męża, przyjaciół i do pracy. Dzięki uzyskanemu wglądowi postanowiła się usamodzielnic i wyjść spod kurateli mężowskiej. Jej rosnąca niezależność i wymagania, które teraz odważnie artykułowała, wywoływały jego gniew i „niekontrolowane wybuchy złości”. Trzy miesiące po zakończeniu terapii pacjentka zadzwoniła do terapeuty z wiadomością, że jest w trakcie rozwodu.

Jednym z kryteriów powodzenia psychoterapii jest osiągnięcie przez pacjenta **dojrzałości**, którą definiuje się zwykle jako:

- umiejętność odróżniania własnych pragnień i potrzeb od pragnień i potrzeb innych ludzi,
- posiadanie względnie realistycznego obrazu własnej osoby i swoich możliwości,
- akceptacja myśli o własnej śmierci i śmierci osób najbliższych.

Jest rzeczą naturalną, że pacjenci pytają o **skuteczność** proponowanej psychoterapii. Uczciwa odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa, gdyż z jednej strony terapeuta nie wie, w jakim kierunku potoczy się terapia, jakie ujawni treści, jak się rozwinie ich współpraca, z drugiej zaś strony powinien on podtrzymać nadzieję pacjenta. Wielu terapeutów gorzko żałuje obietnic pochopnie danych pacjentom. Obiecywanie szybkiej poprawy obraca się w przypadku niepowodzenia przeciw terapii. Niekiedy obietnice, zamiast zachęcić pacjenta do pracy nad sobą, umacniają jego bierność i rozbudzają nadmierne oczekiwania wobec leczenia i terapeuty.

Co począć z pacjentami, którzy domagają się jednoznacznej odpowiedzi? W takiej sytuacji terapeuta powinien odrzec, że dopiero po

wnikliwej ocenie problemów pacjenta będzie mógł wypowiedzieć się na ten temat. Mężczyźnie cierpiącemu na zaburzenia potencji, który kategorycznie zażądał udzielenia mu konkretnej odpowiedzi, terapeuta powiedział:

Z prac naukowych na temat pana dolegliwości wynika, że w wielu przypadkach psychoterapia okazuje się skuteczna. Jednak prognoza w każdym wypadku jest zawsze niepewna. Zależy to od wielu różnych czynników, które mogą pojawić się już w trakcie terapii.

Tak terapeuta skomentował podobne pytanie innego pacjenta:

Z doświadczenia klinicznego wiadomo, że psychoterapia przynosi wyraźną ulgę wielu chorym, którzy cierpią na podobne objawy. Jednak na tym etapie nie mogę panu zagwarantować pozytywnych wyników leczenia.

Jednym z częstych błędów początkującego terapeuty jest nieliczenie się z możliwością **nawrotu objawów**. Nawroty zdarzają się w leczeniu każdej dolegliwości, jednak fakt ten nie przesądza o końcowym wyniku terapii. Niekiedy trzeba się cofnąć o jeden krok, aby zrobić dwa kroki do przodu. Terapeuta może zapobiec frustracjom pacjenta, informując go o występowaniu nawrotów w każdej dziedzinie medycyny. Zaleca się, aby terapeuta przedstawił pacjentowi „awaryjny plan działania”, który pomoże mu znieść rozczarowanie z powodu ponownego popełnienia błędu. Może to dotyczyć osoby, która mimo pracy nad sobą i obietnic wybuchnie gniewem lub przerwie abstynencję. Zabiegi te dodają pacjentowi siły i przygotowują do samopomocy.

Warto podkreślić, że psychoterapia jest swego rodzaju **instrukcją życiowej samopomocy**. Każda terapia, nawet nieudana, uruchamia z reguły proces korzystnych zmian, które mogą pojawić się dopiero po kilku miesiącach, a nawet latach. Każdy kontakt z terapią pozostawia w pacjencie trwały ślad i poszerza – choćby fragmentarycznie – jego samowiedzę. Nie należy niedoceniać „miniwglądów”, do których pacjent będzie powracał wiele lat po ukończeniu czy przerwaniu psychoterapii. Wielu pacjentów zapomni z czasem

szczegóły wyglądu terapeuty, ale z reguły będzie pamiętać jego komentarze oraz własne cenne odkrycia.

Wsluchiwanie się w siebie, refleksja nad ważnymi sprawami w życiu, poważne traktowanie własnego cierpienia i własnych pragnień – wszystko to nie ustaje w chwili zakończenia psychoterapii. Wręcz przeciwnie, raz rozpoczęty proces samopoznania, puszczony w ruch, toczy się sam dalej. Pacjent kontynuuje pracę nad sobą. Ustawicznie pogłębia swoją wiedzę i mozolnie, kawałek po kawałku, rozszerza swoje odczuwanie i myślenie.

Kontrakt

Sporządzenie kontraktu nie tylko pozwala na uniknięcie wielu niepotrzebnych nieporozumień, ale także pomaga dokładniej określić oczekiwania pacjenta i terapeuty.

Kontrakt ma zwykle charakter ustny. W sytuacji, kiedy pacjent uczęszcza na terapię na żądanie organów sądowych, kontrakt sporządza się na piśmie. Do istotnych punktów kontraktu należy m.in. wysokość honorarium, częstotliwość spotkań, planowany czas trwania terapii, sposób komunikowania się.

Wiele irytacji wywołuje u pacjentów kwestia odpłatności za niewykorzystaną wizytę. Pacjent, w odróżnieniu od terapeuty, ma prawo nie przyjść na spotkanie. Niektórzy pacjenci nie zjawiają się na sesję bez żadnego uprzedzenia. Pacjent przytacza zwykle wiele powodów nieobecności – ważnych i prawdziwych bądź nieprawdziwych – co jednak nie zmienia faktu, że terapeuta ponosi nieprzewidziany uszczerbek w swoich dochodach. Przypomina to trochę sytuację nauczyciela, który nie otrzymuje zapłaty za przyjście do szkoły, gdyż jakiś uczeń nie zjawił się w klasie.

Tym nieporozumieniom można zapobiec, jeśli poinformuje się pacjenta o obowiązku uiszczania opłaty za *wszystkie* ustalone z góry sesje. Zawarcie kontraktu przez pacjenta oznacza, że „kupi” on od terapeuty jego czas. Ze względu na to, że właśnie ten punkt jest źródłem wielu niesnasek, terapeuta powinien się upewnić, czy pacjent rzeczywiście go dobrze zrozumiał. Nieobecność pacjenta