

PSICHOTERAPIJOS KRYPTYS

INTEGRATYVIOJI PSICHOTERAPIJA

Rita Bandzevičienė

Mykolo Romerio universitetas

Rita Bandzevičienė

PSICHOTERAPIJOS KRYPTYS

Integratyvioji psichoterapija

Metodinė priemonė

Vilnius
2011

UDK 616.89(075.8)

Ba373

Metodinė priemonė išleista pagal projektą „Bakalauro studijų programų atnaujinimas Mykolo Romerio universitete“, projekto kodas Nr. VPI-2.2-ŠMM-07-K-01-060, finansavimo ir administravimo sutarties Nr. VPI-2.2-ŠMM-07-K-01-060.

Recenzavo:

prof. habil. dr Viktoras Justickis, Mykolo Romerio universitetas

doc. dr. Roma Jusienė, Vilniaus universitetas

Autorės indėlis:

prof. dr. Rita Bandzevičienė – 108 psl. (5,16 autorinių lankų)

Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto tarybos 2011 m. spalio 6 d. posėdyje (protokolas Nr. 2SP-2) nutarta leidinį spausdinti.

Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto Psichologijos katedros 2011 m. rugsėjo 30 d. posėdyje (protokolas Nr. 1PSK-2) leidinį rekomenduota spausdinti.

Mykolo Romerio universiteto mokslinių-mokomųjų leidinių aprobavimo spaudai komisija 2011 m. spalio 17 d. posėdyje (protokolas Nr. 2L-18) leidinį patvirtino spausdinti.

Visos knygos leidybos teisės saugomos. Ši knyga arba kuri nors jos dalis negali būti dauginama, taisoma arba kitu būdu platinama be leidėjo sutikimo.

Turinys

Pratarmė	5
1 skyrius. PSICHOTERAPIJOS SAMPRATA	7
1.1. Psichoterapijos apibrėžimas ir tikslai	7
1.2. Psichoterapijos įvairovė	10
1.3. Teorija psichoterapijoje	16
1.4. Psichoterapijos turinys ir procesai	22
1.5. Bendrieji nespecifiniai ir specifiniai terapijos veiksniai	24
1.6. Empiriniai tyrimai psichoterapijoje	37
2 skyrius. INTEGRATYVIOJI PSICHOTERAPIJA	41
2.1. Psichoterapijos integravimo prielaidos	41
2.2. Psichoterapijos integravimo būdai	46
2.3. Integratyviosios psichoterapijos raida	53
3 skyrius. INTEGRATYVŪS PSICHOTERAPIJOS MODELIAI	61
3.1. A. Lazaruso multimodalinė terapija	61
3.2. Integratyvi psichodinaminė elgesio terapija	77
3.3. Palaikomoji psichoterapija	86
LITERATŪRA	105

Pratarmė

Nors galima atrasti daugybę psichoterapijos apibrėžimų, jos kaip praktinės veiklos esmė išlieka ta pati – tai yra psichologinės pagalbos būdas žmogui, patiriančiam psichologinių sunkumų ar turinčiam psichikos sutrikimų, ribojančių visavertį jo asmenybės funkcionavimą ir veikimą ir galimybes siekti svarbių tikslų. Tačiau psichoterapinė praktika – medžio viršūnė, o medžio šaknys – mokslo kriterijus atitinkanti teorija. Tad psichoterapija kaip taikomoji mokslinė disciplina ypač ryškiai patiria dialektinės sąveikos tarp teorijos ir praktikos įtaką. Psichoterapijos teorijų ir praktikos raida per pastaruosius kelis dešimtmečius buvo tokia sparti, kad šiuo metu skirtingais vardais vadinamų psichoterapijų skaičius jau perkopė tūkstantį (Lebow, 2008). Jos skiriasi savo teorinėmis ir metodologinėmis prielaidomis, naudojamais metodais ir procedūromis, skirtingai formuluoja savo tikslus, tačiau turi ir bendrų ypatumų.

Pastebėtina, kad šiuo metu ir Lietuvos universitetų bibliotekose galima rasti beveik visų iškiliausių psichoterapijos kūrėjų pirminius šaltinius, nemažai šiuolaikinių, jų darbus analizuojančių ir apibendrinančių leidinių anglų, vokiečių, rusų ir lenkų kalbomis, sėkmingų vertinių į lietuvių kalbą. Tad išsamioms psichoterapijos kryptių ir mokyklų studijoms mokslinės informacijos šaltinių lyg ir pakanka. Tačiau ir juose nesunku pasiklysti tarp skirtingų autorių požiūrių, interpretacijų, psichoterapinių mokyklų, metodų, lygių ir formų įvairovės. Todėl ypač džiugu, kad Lietuvos psichologai, psichiatrai ir psichoterapeutai, dirbantys praktinį psichoterapinį darbą, suvienijo pastangas ir 2008 m. išleido išsamią, E. Laurinaičio bei R. Milašiūno sudarytą ir redaguotą monografiją „Psichoterapija. Knyga profesionalams ir smalsiems“. Joje pristatomi pagrindiniai Lietuvoje praktikuojami psichoterapijos modeliai, jų kūrėjai ir raida, pagrindinės teorinės koncepcijos, praktinio taikymo klausimai. Knyga padeda susidaryti aiškų vaizdą apie tradicines, įtakingiausias psichoterapijos kryptis, mokyklas ir jų taikomus metodus.

Tačiau per pastaruosius du dešimtmečius išryškėjo tendencija įvairiais būdais jungti skirtingas teorines koncepcijas, derinti skirtingus terapijos metodus ar jų elementus, t. y. sukuriama vis daugiau *integra-*

tyvių ir *eklektinių* psichoterapijos modelių. Pasak J. L. Lebowo (2008), integratyvi, multimodalinė terapija gali būti vertinama ir nagrinėjama kaip atskira psichoterapijos kryptis.

Šioje metodinėje priemonėje ir siekiama supažindinti su palyginti nauja integratyviosios psichoterapijos kryptimi, jos plėtote ir ypatumais, ją iliustruojančiais terapijos pavyzdžiais. *Pirmajame skyriuje* pateikiami bendrieji įvadiniai klausimai apie klinikinės psichoterapijos sampratą, bendruosius nespacificinius ir specifinius veiksnius, teorijos reikšmę ir tuos psichoterapijos komponentus, pagal kuriuos galima apibūdinti skirtingus psichoterapijos modelius. *Antrajame skyriuje* pristatoma integratyviosios psichoterapijos kryptis, būdingieji jos požymiai, psichoterapijos integravimo būdai. *Trečiajame skyriuje* detaliau aptariami trys, skirtingais principais konstruojami, integratyvūs psichoterapijos modeliai: techniniu eklektizmu pagrįsta A. Lazaruso multimodalinė terapija, teorine integracija paremta P. Vachtelio psichodinaminė elgesio terapija ir įvairius integravimo būdus derinanti palaikomoji psichoterapija.

Metodinė priemonė yra skirta psichologijos bakalauro studijomis, kai studentai dar tik susipažįsta su psichoterapijos teorija ir praktika, jos plėtros tendencijomis ir įvairiomis sistemomis, bet jau turi žinių apie žmogaus kognityvinius procesus, emocijas ir motyvaciją, neurofiziologiją, asmenybės teorijas ir psichopatologiją.

1 skyrius

PSICHOTERAPIJOS SAMPRATA

- / Psichoterapijos apibrėžimas ir tikslai
- / Psichoterapijos įvairovė
- / Teorija psichoterapijoje
- / Psichoterapijos turinys ir procesas
- / Bendrieji nespecifiniai ir specifiniai terapijos veiksniai
- / Empiriniai tyrimai psichoterapijoje

1.1. Psichoterapijos apibrėžimas ir tikslai

Terminas *psichoterapija* sudarytas iš dviejų senosios graikų kalbos žodžių, reiškiančių *siela* (*psuche*) ir *gydymas* (*therapeia*), taigi pažodžiui psichoterapija reiškia *sielos gydymą*. Nuo kitokio medicininio (medikamentinio ar chirurginio) gydymo, kuris iš esmės yra skirtas kūnui, psichoterapija skiriasi visų pirma tuo, kad ji dažniau pasikliauja simbolinės komunikacijos (žodžių) gydomąja galia ir asmenine psichoterapeuto įtaka, o ne vaistais ar procedūromis.

Knygoje „Įvadas į psichoterapijas“ (angl. „*An Introduction to Psychotherapies*“) nurodoma, kad istoriniu-kultūrologiniu požiūriu galima skirti *religinę-magiškąją* ir *mokslinę-empirinę psichoterapijas*; pirmoji, sena kaip ir pati žmogiškoji kultūra, yra praktikuojama ir šiandien neindustriinėse, primityviose visuomenėse (Zilboorg ir Henry, 1941; Frank, 1977). Taikant mokslinę-empirinę psichoterapiją gydymas vyksta psichologiniais, mokslinėmis koncepcijomis ir tyrimais arba klinicine praktika pagrįstais metodais, kuriuos taiko specialiai pasirengę, kvalifikuoti profesionalai, pripažinti tokiais pagal formalizuotus reikalavimus ir procedūras šalyje ar bendruomenėje, kuriai priklauso jie patys ir jų pacientai (Bloch, 2006). Toliau tekste, vartojant sąvoką *psichoterapija* ar tiesiog *terapija*, ir bus turima omenyje tik pastaroji psichoterapijos

kategorija, o ją teikiantis profesionalas bus vadinamas *psichoterapeutu* arba tiesiog *terapeutu*.

Vieno psichoterapijos apibrėžimo iki šiol nėra, o ir pati psichoterapijos samprata priklauso nuo to, kokia teorija ir metodologija remiamasi. Kartais psichoterapija sugretinama su tarpasmenybinu įtikinimu, problemos sprendimu, psichosocialiniu švietimu, profesionaliai skatinamu savęs keitimu, elgesio modifikavimu, perauklėjimo būdu, šiuolaikiniu šamanizmu, psichologiniu gydymu ir t. t. P. Londonas straipsnyje „Psichoterapijos metamorfozės: integracijos link“, paskelbtame žurnale „Integratyvioji ir eklektinė psichoterapija“, šmaikščiai pastebi, kad kartais kur kas lengviau taikyti psichoterapiją, nei suprantamai paaiškinti, kas tai yra (London, 1988).

Bendrąja prasme, kai vartojamas terminas „psichoterapija“, kalbama apie teorinį pagalbos žmogui modelį ir patį pagalbos procesą, t. y. psichoterapinį darbą; kai sakoma „psichoterapeutas“, turimas omenyje specialistas, teikiantis psichoterapines paslaugas, nenurodant, ar jis yra psichiatras, ar klinikinis psichologas, ar psichoanalitikas, ar socialinis darbuotojas. Psichoterapeuto kvalifikaciją, bent jau šiandien, gali įgyti ir įgyja (tiesa, išieškojant daug pastangų, laiko ir pinigų) ne tik bazinį medicininį ar klinikinį psichologinį išsilavinimą turintys asmenys, bet ir kitų specialybių atstovai (organizacijų konsultantai, pedagogai, dvasininkai ir kt.).

Kitas psichoterapijos dalyvis vakarietiškoje psichoterapijoje vis dažniau vadinamas *psichoterapinių paslaugų gavėju* arba *klientu*, neatsižvelgiant į tai, ar šios paslaugos teikiamos gydymo įstaigoje, ar už jos ribų. Tačiau kai kuriose psichoterapinėse tradicijose paplitęs *paciento* terminas, nekeliantis asociacijų su psichoterapijos paslaugų komercionalizavimu ir pavertimu preke rinkoje (nors praktiškai kaip tik taip ir yra). Pavyzdžiui, I. Yalomas (egzistencinės psichoterapijos atstovas) savo knygoje „Terapijos dovana“ aiškina, kad jis sąmoningai vartoja „paciento“ sąvoką, kuri labiau įprasta medicinai ir psichiatrijai ir labiau atitinka psichoterapijos subjektą, nes lotyniškas *patiens* reiškia *tas, kuris kenčia*.

Nepaisant požiūrių įvairovės, psichoterapijos kaip psichologinės pagalbos žmogui būdo apibrėžimuose visada yra nurodomi keturi elementai: (1) *sąveika tarp žmonių, kai* (2) *vienam ar keliems žmonėms reikiama specialios pagalbos tam, kad* (3) *pagerėtų jo ar jų funkcionavimas ir*

(4) sąveikoje dalyvauja vienas ar keli asmenys, sugebantys tokią pagalbą suteikti (Orlinsky ir Howard, 1987). Skirtingos tokios sąveikos formos bei turinys ir lemia psichoterapijų įvairovę.

J. C. Norcrossas pateikia gana bendrą, bet išsamų psichoterapijos apibrėžimą. Pasak šio autoriaus, „Psichoterapija yra informuotas ir tikslingas klinikinių metodų ir tarpasmenybinių nuostatų taikymas, paremtas nustatytais psichologiniais principais, kurio paskirtis – padėti žmonėms keisti jų elgesio būdus, kognicijas, emocijas ir (arba) kitas asmenybės charakteristikas tokia kryptimi, kurią psichoterapijos dalyviai laiko priimtina“ (Norcross, 1990, p. 218). Toks psichoterapijos apibrėžimas atskleidžia esminius psichoterapinės veiklos požymius: *mokslinį pagrįstumą, orientaciją į pokyčius, tikslingumą, pagalbos teikimo aspektą, neprievartinį pobūdį*, t. y. priimtinumą ir terapeutui, ir klientui.

Psichoterapijos tikslai ir siekiniai (numatomi rezultatai) taip pat yra formuluojami nevienodai, R. Nelsono-Joneso (Nelson-Jones, 2011) žodžiais tariant, labai plačioje skalėje nuo specifinių baimių ar nerimo pašalinimo iki pagalbos ieškant gyvenimo tikslo ir prasmės. Tačiau apibendrinant galima teigti, kad psichoterapija tikslingai taikoma siekiant *pašalinti nepageidaujamus simptomus ir (ar) psichologinius sutrikimus, sustiprinti individualų asmenybės augimą bei svarbių asmeninių tikslų pasiekimo galimybes*.

Konkrečiu atveju psichoterapijoje gali būti pabrėžiami specifiniai procesiniai (darbiniai) tikslai, nuo kurių pasiekimo, manoma, turėtų priklausyti psichoterapijos sėkmingumas. Tokių *darbinių tikslų* gali būti įvairių ir jie formuluojami vartojant konkrečios psichoterapinės mokyklos terminologiją, pavyzdžiui: *pagilinti įžvalgas, atskleisti gynybos mechanizmus* (psichoanalitinė terminologija), *pakeisti sąlygojančius stimulus, išplėsti elgesio repertuarą* (elgesio terapijos terminologija), *pašalinti mąstymo iškreipimus, pakeisti kognityvines schemas* (kognityvinės psichoterapijos terminologija) ir t. t.

Taigi psichoterapija visada siekia pokyčių, tačiau kokių, kokioje srityje, kokio gylio ir masto, kokiais metodais – į šiuos klausimus skirtingos krypties psichoterapija atsako skirtingai.

1.2. Psichoterapijos įvairovė

Dėl šiuo metu egzistuojančios psichoterapinių teorijų ir metodų įvairovės kai kurie autoriai siūlo kalbėti ne apie psichoterapiją apskritai, o tiesiog apie atskiras psichoterapijas. Įžvelgiama ir kita galimybė – pagal esminius kriterijus analizuoti bendruosius ir skiriamuosius psichoterapijos modelių požymius ir tuo pagrindu įvardyti tam tikras psichoterapijos *kryptis*, jų aprėptyje atsiduriančias *mokyklas* su savo kūrėjais, raida, specifinėmis atskirų reiškinių koncepcijomis ir savitais praktinio darbo metodais.

J. O. Prochaska knygoje „Psichoterapijos sistemos“ taikliai pastebi, kad psichoterapinių metodų gausa ir konkurencija paslaugų rinkoje glumina ir pačius terapeutus, ir jų mokytojus, ir klientus. Galima sakyti, kad psichoterapija stipriai kenčia dėl sparčios savo pačios raidos. Kiekvienas naujas metodas dažniausiai pristatomas kaip efektyviausias, o patikimai įvertinti psichoterapijos veiksmingumą – ilgalaikis ir ypač sunkus uždavinys. Todėl, pasak minėto autoriaus, vienintelis produktyvus būdas susigaudyti tokioje įvairovėje – atlikti psichoterapijos teorijų ir metodų lyginamąją analizę ir tuo pagrindu nurodyti tam tikras psichoterapines *sistemas* (Prochaska, Norcross, 2010).

Bet kokius psichoterapijos požymius reikėtų analizuoti ir lyginti, kad būtų galima suprasti, kokiai kryptčiai priskirti konkrečios terapijos atvejį? Galima paminėti kelias psichoterapijos charakteristikas, leidžiančias suprasti atskirų jos kryptčių ir mokyklų savitumą. Visų pirma – teorinis psichoterapijos pamatas arba ***psichoterapijos teorija***.

Teoriją moksle galima apibūdinti kaip susistemintas žinias, paaiškinančias tam tikros srities reiškinius, t. y. leidžiančias suprasti, kaip ir kodėl tam tikri faktai yra tarpusavyje susiję. Teorija psichoterapijoje – nuoseklus požiūris į asmenybę ir žmogaus elgesį, psychopatologiją ir terapinių pokyčių mechanizmus. Teorija aprėpia šiuos reiškinius paaiškinančias psichologines (o dabar vis dažniau – neuropsichologines) koncepcijas ir paaiškina, kaip jas pritaikyti praktiškai, padedant klientui spręsti jo problemas ir siekiant tam reikalingų pokyčių.

Psichoterapinių teorijų ištakos – psichologinės *asmenybės*, o karštais jos raidos, ugdymo, socialinės sąveikos, psichinės sveikatos teorijos. Svarbu pastebėti, kad psichoterapinė teorija nėra sutapatinama vien tik

su asmenybės teorija, bet apima ta teorija remiantis suformuotą požiūrį į psichopatologiją, jos atsiradimo priežastis ir pokyčių mechanizmus. Psichoterapinė teorija nesitenkina ir tokiomis žiniomis, bet remiantis jomis aiškina (konceptualizuoja) terapinį (sveikimo) procesą ir pagrindžia terapinio (gydymo) darbo modelį.

Taigi gera psichoterapinė teorija paaiškina ir psichoterapijos turinį (kas turi keistis taikant terapiją), ir patį psichoterapijos procesą, t. y. koku būdu bus skatinami ir vystomi pacientui naudingi pokyčiai. Skirtingos teorinės krypties psichoterapijos mokyklos pabrėžia skirtingą psichoterapijos turinį ir skirtingus procesus, tad **psichoterapijos turinys ir procesai** gali būti kitas svarbus skirtingų kryptų ir mokyklų psichoterapijos palyginimo aspektas.

Psichoterapijos kryptys ir psichoterapinės mokyklos skiriasi ir kitomis, praktinio darbo organizavimui ir terapinio proceso valdymui ypač svarbiomis koncepcijomis, pavyzdžiui, požiūriu į *terapinius santykius*, tinkamas *procedūras* ir *technikas*.

Net ir pagal nurodytus kriterijus skirtingi autoriai nevienodai skirsto psichoterapines sistemas, mokyklas ir metodus. Nuo ko priklauso tokia psichoterapijos įvairovė?

Psichoterapijos įvairovei atsirasti buvo (ir tebėra) svarbu apskritai psichologijos mokslo, taip pat medicinos, ypač neurobiologijos, ir kitų disciplinų spartus vystymasis, taip pat pačios terapijos raida, jos taikymo vieta bei laikotarpis, konkrečių terapeutų asmenybės. Galima prisiminti, kad netgi S. Freudo psichoanalizės klestėjimo laikotarpiu, kai vieninteliu sistemiškai pagrįstu klinikinės psichoterapijos modeliu laikyta psichoanalitinė psichoterapija, kiti psichoanalitikai skelbė savitus požiūrius į asmenybę, psichopatologiją ir jos gydymą, suformuodami ir savitas psichologines bei psichoterapines mokyklas (pavyzdžiui, C. G. Jungo analitinė psichologija, A. Adlerio terapija ir individualioji psichologija).

Šiuolaikinės psichoterapijos modelių klasifikavimą iš dalies apsunkina išryškėjusi *integracijos ir eklektikos* tendencija, t. y. polinkis terapinėje praktikoje jungti skirtingų teorijų idėjas ir metodus arba derinti kai kuriuos jų elementus. Vis dėlto, atsižvelgiant į teorinį ir metodologinį psichoterapijos savitumą, yra sutariama dėl pagrindinių psichoterapijos kryptų – *psichodinaminės*, *elgesio*, *kognityvinės*, *humanistinės* ir *egzistencinės*, nors kartais egzistencinė jungiama su humanistine, o kogni-

tyvinė – su elgesio. Kiekvienos krypties aprėptyje vystėsi daug įvairių psichoterapijos mokyklų, ryškiai arba tik vos besiskiriančių viena nuo kitos kai kuriomis koncepcijomis ar taikomais metodais. Peržvelgsime kelias psichoterapijos klasifikacijas.

E. Laurinaitis ir R. Milašiūnas jau minėtoje knygoje „Psichoterapija“ (2008) įvardija tris pagrindines *psichoterapijos kryptis – psichodinaminę, biheavioristinę ir egzistencinę-humanistinę*, taip pat atskiria *psichoterapiją specifinėms klientų/pacientų grupėms bei „mažąją“ psichoterapiją ir psichologinį konsultavimą*. Psichodinaminei kryptčiai priskiriama *psichoanalizė, psichoanalitinė ir psichodinaminė psichoterapija, grupinė analizė, Jungo analitinė psichologija, Adlerio individualioji psichologija ir terapija*. Biheavioristinei psichoterapijos kryptčiai atstovauja *kognityvinė ir elgesio terapija*, egzistencinei ir humanistinei kryptčiai – *egzistencinė psichoterapija, C. Rogerso į klientą orientuota terapija, geštalinė psichoterapija, transakcinė analizė ir psychodrama*. Psichoterapija specifinėms pacientų grupėms išskirta pastebėjus, kad „kai kuriais atvejais atskirų psichoterapijos kryptčių ar konkrečių mokyklų nuostatų ar technikos nebepakako tam tikroms problemoms spręsti ar kai kurioms specialioms žmonių grupėms taikyti“ (p. 18). Ši grupė minėtoje knygoje pristatoma, apibūdinant *šeimos psichoterapiją, vaikų ir paauglių psichoterapiją, seksualinę ir porų terapiją bei krizių intervencijos modelį*. Į „mažosios“ psichoterapijos aprėptį įtraukti tokie psichoterapijos modeliai, kurie nepretenduoja į nuoseklios ir vientisos sistemos statusą (*relaksacinės technikos*) arba kurių efektyvumui įrodyti reikia papildomų tyrimų (*neurolingvistinė psichoterapija, pozityvioji psichoterapija*). Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvoje yra išmanančių minėtoje knygoje pristatytus psichoterapijos ir psichologinio konsultavimo modelius ir pagal juos dirbančių profesionalų.

Įvertindami psichoterapijos modelio sistemiškumą – t. y. tai, ar terapijos modelis turi sistemos požymių, kai visi visumos elementai yra tarpusavyje susieti, J. O. Prochaska ir J. C. Norcrossas (2010) nurodo 16 pagrindinių psichoterapijos sistemų: *psichoanalitinę, psichodinaminę, egzistencinę, į asmenybę orientuotą, geštalinę ir eksperimentinę, interpersonalinę, ekspozicinę-implozinę, elgesio, kognityvinę, sisteminę, kultūrinę-senzityvinę ir genderinę, konstruktyvistinę, integratyvinę ir eklektinę psichoterapiją*, numatydami, kad sistemiškumą artimiausiu laiku įgis ir sparčiai populiarėjantis *transteorinės psichoterapijos modelis*.

J. L. Lebowas, apžvelgdamas XXI a. psichoterapiją, kalba apie *elgesio, eksperimentinę, kognityvinę terapiją*, taip pat *poststruktūralistinius* psichoanalitinės, egzistencinės terapijos modelius bei *feministinę, porų ir šeimos, grupinę ir integraliąją* terapiją.

R. Nelsonas-Jonesas knygoje „Šeši pagrindiniai požiūriai į konsultavimą ir terapiją“ (Nelson-Jones, 2011) teigiama, kad šiuolaikinėje psichoterapijoje ir psichologiniame konsultavime labiausiai pastebima *psichodinaminės, humanistinės, kognityvinės-elgesio ir postmodernistinės psichoterapijos* įtaka. Kartais humanistinė psichoterapija jungiama su egzistencine, o kognityvinė atskiriama nuo elgesio. Visos minėtos psichoterapinės mokyklos skiriasi savo esminėmis teorinėmis ir metodologinėmis prielaidomis, t. y. moksline paradigma, tačiau turi ne tik skirtumų, bet ir panašumų. Kita vertus, ir vienos paradigmos pagrindu gali būti (ir yra) nesutampančių požiūrių kai kuriais teorijos klausimais, tos pačios mokyklos atstovai gali taikyti skirtingus intervencijos metodus, t. y. atskirą mokyklą gali reprezentuoti keli psichoterapijos modeliai.

Pavyzdžiui, psichodinaminei mokyklai priklauso ir S. Freudo (1856–1939) sukurta klasikinė psichoanalizė, pagrįsta *varų* teorija, ir modifikuoti terapiniai modeliai, pagrįsti kitomis psichoanalitinėmis teorijomis (*ego psichologija, objektų ryšių* teorija, *savasties psichologija, mentalizacijos teorija* ir kt.), ir labai savitas C. Jungo (1875–1961) analitinės terapijos modelis; humanistinei mokyklai priskiriama ir C. Rodžerso (1902–1987) *į klientą orientuota terapija*, ir F. Perlsio (1893–1970) *įkvėpta geštaltinė terapija* ir t. t.

S. Blocho knygoje „Įvadas į psichoterapijas“ (angl. *An introduction to psychotherapies*, 2006) rašo, kad pradėjęs studijuoti psichoterapiją, buvo išmuštas iš vėžių: niekas negalėjo vienareikšmiškai apibrėžti, kas tai yra, pateikdavo prieštarigus atsakymus į klausimus apie efektyvumą, pristatinėdavo nuolat konfrontuojančias mokyklas, o pati psichoterapijos studijų programa buvo be konkrečių, savarankiškų tikslų ir vienodos struktūros...

Toliau tęsdamas psichoterapijos studijas JAV ir Europoje (Jungtinėje Karalystėje), o vėliau – dėstydamas garsiausiuose pasaulio universitetuose, autorius įsitikino, kad tokia sumaištis – ne jo asmeninė problema. Beveik visi studijuojantieji psichoterapiją „skęsta“ skirtingų koncepcijų, požiūrių jūroje, nors ir suprasdami, kas yra svarbiausia jų

mokytojui, bet sunkiai atsirinkdami tai, kas yra apskritai svarbiausia terapinei praktikai, skirtingiems pacientams ir jų pačių asmenybėms.

Ilgijęs didžiąją praktinio psichoterapinio darbo patirtį bei pats tapęs iškiliu psichoterapijos mokytoju J. L. Lebowas įsitikino, jog tai pačiai teorinei orientacijai atstovaujančios psichoterapinės mokyklos kartais remiasi iš principo nesutampančiomis psychopatologijos koncepcijomis ir siūlo praktikai itin specifines technikas, o tarp teorijos, empirinių tyrimų ir realios klinikinės praktikos gali būti nustatytas aki-vaizdas atotrūkis ar net prieštaravimai, kurie įdomūs nebent teoretikams – psichoterapijos sistemintojams (Lebow, 2008).

S. Blochas siūlo analizuoti skirtingas psichoterapijos formas, atsižvelgiant į jų *praktinio taikymo tikslus, technikas ir intervencijų siekinius (numatomus rezultatus)*. Tokia klasifikacija, pasak autoriaus, geriau nei teoriniai samprotavimai padėtų terapeutui atlikti svarbiausią užduotį – pasirinkti psichoterapijos metodą, geriausiai atitinkantį kliento (asmens, poros, šeimos) poreikius. Pagal minėtą – praktinių reikmių – kriterijų autorius skiria ir apibūdina devynis psichoterapijos modelius: (1) *individualią ilgalaikę psichoterapiją*, (2) *trumpalaikę dinaminę psichoterapiją*, (3) *kognityvinę psichoterapiją*, (4) *elgesio terapiją*, (5) *krizių intervenciją*, (6) *palaikančiąją psichoterapiją*, (7) *grupinę psichoterapiją*, (8) *analitinę kognityvinę* ir (9) *pokalbio psichoterapiją* (Bloch, 2006).

J. L. Lebowas, kaip ir kiti minėti autoriai, atkreipia dėmesį ir į tai, kad šiuolaikinėje psichoterapijoje pastebima ryški tendencija integruoti skirtingas psichoterapines sistemas, atsirinkti ir suderinti konkrečiam atvejui, t. y. klientui ir jo problemoms tinkamiausius teorinius požiūrius bei konkrečius metodus. Todėl tampa vis sunkiau atrasti „gryną“, pirminį psichoterapijos modelį ar metodą, nepatyrusį kitų įtakos, vis dažniau vietoje jų siūlomi modifikuoti, integratyvūs arba eklektiniai variantai. Kai kurių integratyvių modelių teorinis pagrindimas, empiriniai tyrimai ir klinikinės praktikos, pateikiami efektyvumo įrodymai yra, pasak J. L. Lebowo, pakankamas pagrindas *integratyvinę, multimodalinę* psichoterapiją vertinti kaip atskirą psichoterapijos kryptį (Lebow, 2008).

Apibendrinant galima teigti, kad pagrindinės populiariausios šiuolaikinės psichoterapijos kryptys yra *psichodinaminė, humanistinė egzistencinė, kognityvinė elgesio ir integralioji psichoterapija*, jungianti skirtingas pažiūras ir tradicijas. Bėgant laikui, pirminiai psichoterapijos modeliai buvo tobulinami ir (ar) keičiami, integruojant naujas psicho-

logijos ir medicinos bei neurobiologinių mokslų žinias ir empirinių tyrinėjimų rezultatus. Galima pastebėti, kad kai kurios šiuo metu praktikuojamos psichoterapijos formos turi galias šaknis, ilgą istoriją, puoselėja vieną tradiciją, kiti psichoterapijos modeliai – derina skirtingomis teorijomis grindžiamus metodus ar jų elementus (pavyzdžiui, kognityvinė ir elgesio psichoterapija), dar kiti – integruoja skirtingų paradigmu idėjas (pavyzdžiui, naratyvų terapija arba dialektinė terapija, integruojanti kognityvinę elgesio terapiją ir Zen budizmo tradiciją).

Kartais naujieji terapiniai modeliai tėra silpnos, nežymios pirminių modifikacijos, kartais – taip stipriai nutolę nuo pirminių formų, kad sunku atsekti jų ištakas. Praktiškai naudinga psichoterapijos modelių klasifikacija pagal juose numatytos psichologinės intervencijos tikslus, teorinį pagrindą, metodus ir tikslines grupes.

Pastarasis – tikslinės grupės kriterijus, yra gana santykinis. Pirminiai psichoterapijos modeliai iš tiesų buvo kuriami ir vystomi, atsižvelgiant į tai, kokiai pacientų grupei numatoma juos taikyti. Pavyzdžiui, psichoanalizė domėjosi neurotikais, o C. G. Jungas sakė, kad jo analitinė terapija geriau tinka žmonėms, ieškantiems gyvenimo prasmės savo gyvenimo popietėje, bet ne gyvenimo rytmetyje, kai sprendžiamos įprastinės adaptacijos problemos. Tačiau pamažu beveik visų tradicinių modelių metodai buvo pritaikyti kur kas platesnei populiacijai.

Galbūt tikslines konkrečios psichoterapijos grupes reikėtų skirti ne pagal simptomatiką, o pagal bendresnę požymį? Įdomus šiuo požiūriu R. Nelsono-Joneso psichoterapijos klientų apibūdinimas. Pasak R. Nelsono-Joneso (2011), žmonių funkcionavimą galima skirstyti į tris kategorijas – ikinormalų (*angl. subnormal*), normalų ir viršnormalų (*angl. supranormal*). Kiekvienas kiekvienu momentu esame kažkuria me šios skalės taške. *Ikinormalus funkcionavimas* – tai psichologiškai sutrikusio žmogaus funkcionavimas, kai jis patiria sunkesnių problemų nei populiacijos vidurkis. Tokie asmenys gali kentėti dėl psichikos sutrikimų, diagnozuojamų įvairiais statistiniais diagnostiniais vadovais (kurie, beje, laikui bėgant kinta). *Normaliai funkcionuoja* žmonės, gebantys prisitaikyti visuomenėje, kurioje gyvena. Jie taip pat patiria problemų, kurioms spręsti gali būti naudinga psichoterapija arba psichologinis konsultavimas. Bet kai kurie žmonės pranoksta įprastos adaptacijos lygį, pakyla aukščiau ir peržengia (transcendentuoja) per normalaus funkcionavimo ribas. Tradiciškai psichoterapija labiau orientavosi į

pirmosios, subnormalaus funkcionavimo grupės klientus, o psichologinis konsultavimas – į normalaus funkcionavimo grupės poreikius, nei į trečiosios grupės asmenų poreikį visiškai atskleisti savo asmenybės potencialą, nors kai kurių autorių psichoterapijos modeliai skirti būtent tokiam tikslui, (pavyzdžiui, C. Rogerso į klientą orientuota terapija).

Minėtas autorius pažymi dar vieną įdomų aspektą – vakarietiška psichoterapija yra egocentriška ir ugdo savanaudišką domėjimąsi savimi, nepasiūlydama nieko, kas ugdytų žmogaus altruizumą, atjautą ir gailingumą, nesavanaudišką domėjimąsi savimi ir aplinkiniu pasauliu. Reta išimtis – Alfredo Adlerio pozicija, pabrėžianti socialinių interesų ir bendruomeninių jausmų reikšmę bei poreikį labiau rūpintis kitais ir žmonija apskritai.

1.3. Teorija psichoterapijoje

Visi autoriai pabrėžia, kad klinikinė psichoterapija turi būti pagrįsta mokslo kriterijus atitinkančia teorija. Bet kokie apskritai yra teorijos moksliskumo kriterijai?

Danijos psichologų asociacijos leidinyje „Mokslinis požiūris į psichoterapiją“ teigiama, kad „nors atrodo beveik neįmanoma pasiūlyti nenuginčijamą kriterijų, pagal kurį mokslas skiriasi nuo pseudomokslu, nėra sudėtinga rasti sutarimą dėl to, koks požiūris yra mokslinis“ (A *Scientific approach to psychotherapy*, 2007, p. 15). Ten pat aiškinama, kad teorija psichoterapijoje yra „trisuoksė“, t. y. sudaryta iš trijų lygių žinių ir funkcionuoja trimis lygiais: (1) fundamentalaus mokslo, (2) taikomojo mokslo ir (3) praktikos.

Fundamentalaus mokslo lygis

Psichoterapijos teorija yra psichoterapijos mokslinis pamatas. Psichoterapijos teorijos kaip fundamentalaus mokslo funkcija – suteikti mokslo kriterijus atitinkančių žinių apie asmenybę ir jos funkcionavimą, psychopatologiją ir psichinę sveikatą. Tokias pamatines žinias suteikia psichologinės asmenybės teorijos, taip pat kitų psichologijos šakų, medicinos ir neurobiologijos mokslų teorijos, pagrįstos moksliniais tyrimais.

Fundamentalią psichoterapijos teoriją apima svarbiausių teorinių prielaidų ir metodologinių principų visumą, todėl gali būti vadi-

nama *paradigma* (gr. *paradeigma* — *pavyzdys*). Psichoterapijos paradigma suteikia kryptį visų pagrindinių, psichoterapijai svarbių, reiškinų tyrinėjimui, nes paaiškina jų esmę, dėsningumus, priežastinius ryšius.

Taigi psichoterapijos moksliskumas visų pirma sietinas su jos fundamentaliosios teorijos pagrįstumu, kiek jos idėjas patvirtina moksliniai empiriniai tyrimai. Bet ką tuomet galėtume pasakyti apie *pirmines* S. Freudo arba C. G. Jungo asmenybės teorijas, jų mokslinį pagrįstumą?

Ir vis dėlto būtent šių teorijų, gimusių veikiausiai iškilų asmenybių protuose, o ne mokslinėse laboratorijose, pagrindu, plėtojant jų idėjas arba aršiai oponuojant joms, išsikristalizavo naujos teorijos ir psichoterapinės praktikos. Net ir šiandien psichoanalizė yra viena iš įtakingiausių ir nuosekliausių psichologinių teorijų. Knygoje „Psichoterapija“ R. Milašiūnas (2008, p. 35) cituoja 2000 m. Nobelio fiziologijos ir medicinos premijos laureato Erico Kandelio žodžius: „Psichoanalizė šiandien vis dar yra nuosekliausias ir intelektualiai labiausiai mus patenkinantis modelis.“

Tad kokius *kitus kriterijus* turi atitikti fundamentalioji psichoterapijos teorija, kad jos tinkamumas nekeltų abejonių?

Šios metodinės priemonės rėmai per siauri išsamaus atsakymo paieškoms. Nesigilinant į mokslo filosofijos klausimus, atsakymą galima pradėti moderniosios filosofijos pradininko, matematiko ir fiziko Renė Dekarto (Descartes, 1596–1650) posakiais: „mąstau, vadinasi, esu“ (lot. *cogito ergo sum*) ir „abejoju, vadinasi, mąstau“ (lot. *dubito ergo cogito*). Ką jie pasako apie mokslinę tiesą? Iš esmės tą patį, ką ir po keturių šimtmečių tvirtino austrų kilmės amerikiečių mokslo filosofas P. Feyerabendas: yra aiški takoskyra tarp „teisingo“ ir „klaidingo“ mokslo (pseudomokslo): tikrai mokslinis požiūris nėra suderinamas su fanatišku tikėjimu teorijos teisingumu ir parengtimi ignoruoti tuos faktus, kurie nesiderina su jos idėjomis, bet, priešingai, tai yra parengtis nuolat peržiūrėti teoriją, atsižvelgiant į naują informaciją ir oponentų argumentus, nuolat testuoti, empiriškai tyrinėti kiekvieną abejones keliantį klausimą. Kitaip tariant, mokslo žinios yra reliatyviai teisingos, jos gali būti persvarstytos ir revizuojamos (Feyerabend, 1964, cit. pagal Chalmers, 1982).

Tokia *atvirumo naujam patyrimui ir žinojimui* nuostata ypač tinka psichologijos ir kitų socialinių mokslų teorijoms. Taigi ir fundamentalioji psichoterapijos teorija, būdama mokslinė, turi būti ne tik pagrįsta *moksliniais tyrimais* (ir kiekybiniais, ir kokybiniais), reikalingais (tin-

kamais) tyrimo objektui, bet ir atvira naujoms išvalgoms, suvokianti savo ribotumus, nuolat besivystanti.

Kiti teorijos moksliskumo kriterijai – jos *sistemiškumas ir objektyvumas*. Teorijos sistemiškumas, be kitų dalykų, reiškia jos vidinį *darnumą ir vientisumą*, t. y. jos elementai (tam tikros koncepcijos) turi būti susieti tarpusavyje, sudaryti vientisą sistemą, nešališkai apibūdinti tyrinėjamus reiškinius, atsiribojant nuo atsitiktinių, nepatikrintų arba kitiems negalimų iširti faktų, nuomonių arba sprendimų *ad hoc*, t. y. „patogių“ teorijai, sustiprinančių jos pozicijas, bet nepatvirtintų tyrimais.

Fundamentalią psichoterapijos teoriją (paradigma) leidžia atskirti skirtingas psichoterapijos kryptis ir palyginti psichoterapines mokyklas. Pavyzdžiui, elgesio psichoterapija remiasi biheavioristine (elgesio) psichologijos paradigma, apimančia įvairias psichologines išmokimo teorijas. Šioje paradigmoje buvo sukurti skirtingomis išmokimo teorijomis pagrįsti psichologinių intervencijų metodai: sisteminė desensibilizacija, ekspozicinė terapija remiasi elgesio sąlygojimo teorija, elgesio aktyvinimo metodas – teigiamo pastiprinimo koncepcija; psichoanalitinei psichoterapijos krypčiai priskiriama ir klasikinė psichoanalizė, kurios teorinis pagrindas – unikali S. Freudo metapsichologija, ir A. Adlerio terapija, pagrįsta jo sukurta individualiąja psichologija, ir daugybė skirtingų terapijos variantų, besiremiančių skirtingomis kryptimis plėtota objektų ryšių teorija.

Taikomojo mokslo lygis

Psichoterapinė teorija ne tik pateikia fundamentalias teorines koncepcijas (t. y. paaiškina psichologinių ir psichopatologinių reiškinių esmę, jų dėsningumus ir mechanizmus), bet ir atlieka taikomojo mokslo funkcijas.

Gera teorija paaiškina, kodėl ir koku būdu fundamentališios koncepcijos gali būti pritaikytos psichoterapijoje, t. y. formuluoja *terapijos darbo* koncepcijas ir taisykles. Kartais ji nuosekliai apibrėžia (konceptualizuoja), kartais – tik daro prielaidas apie galimą psichoterapijos turinį ir patį procesą. Taikomoji psichoterapijos teorija paaiškina, kokia, remiantis fundamentaliąja teorija, psichoterapijos metu gaunama informacija yra arba gali būti svarbi, apibrėžia paradigmą atitinkančios (relevantiškos) informacijos ribas, nurodo principus, kaip tą informaciją organizuoti ir integruoti, nustato prioritetus ir sukuria jų hierarchiją,

taip numatydamą psichoterapijos kryptį. Kitaip tariant, psichoterapijos teorijos kaip taikomojo mokslo vaidmuo pasireiškia tuo, kad ji logiškai paaiškina, kaip praktiškai pritaikyti fundamentaliosios teorijos koncepcijas, ir pasiūlo praktinės veiklos principus bei metodus.

Praktikos lygis

Psichoterapijos teorija funkcionuoja ir terapinės praktikos lygmeniu, t. y. yra svarbi terapeuto darbui. Psichoterapija – specifinė praktinė veikla, dažniausiai apsiribojanti verbaliniu (žodiniu) terapeuto bendravimu su klientu (pacientu) ar jų grupe. Tai, ką daro ir ko nedaro terapeutas, neišvengiamai susiję su tuo, kaip jis asmeniškai supranta psichopatologiją, sveikatą, realybę ir patį psichoterapinį procesą, t. y. kaip savo teorines žinias, patirtį ir profesinius gebėjimus pritaiko praktikoje. Pasak R. Nelsono-Joneso (2011), kiekvienas psichoterapeutas yra ir teoretikas, keliantis hipotezes, kaip klientas pateko į vieną ar kitą būklę, kodėl neišeina iš jos ir kaip galėtų pasiekti teigiamų pokyčių. Taip pat jis yra ir tyrėjas, keliantis hipotezes apie kliento elgesio ir terapinio proceso perspektyvas. Terapeutas psichoterapijos metu turi stebėti ir vertinti tai, ką mato ir girdi, nuolat rinktis iš kelių alternatyvų, priimti greitus sprendimus ir kiek galima tiksliau numatyti jų pasekmes.

J. O. Prochaska (2010) nurodo, kad teorija praktiniame psichoterapiniame darbe – ypač svarbi atrama ir orientyras, padedantis psichoterapeutui nepaskęsti įspūdžių ir informacijos, gaunamos kiekvieno psichoterapinio susitikimo (seanso) metu, gausoje, padedantis daryti būtinus sprendimus. Pavyzdžiui, jau prieš pirmą susitikimą su klientu reikia atsakyti pačiam sau į daugybę klausimų: nuo ko pradėti pirmą susitikimą? Klausinėti apie pirmuosius vaikystės prisiminimus, mėgstamas spalvas, santykius su tėvais, svarbiausius įsitikinimus ar gyvenimo tikslus? Ką psichoterapeutas turi dažniausiai daryti – klausinėti, tylėti ar demonstruoti priėmimą ir palaikymą? Kaip reaguoti į kliento tylėjimą, ašaras, pastebėtą nerimą ar priešišumą terapeutui? Reflektuoti, interpretuoti ar konfrontuoti? Remdamiesi skirtingomis teorijomis, rasime skirtingus atsakymus į šiuos ir daugelį kitų ypač svarbių terapeutui klausimų.

Taigi teorija padeda psichoterapeutui kryptingai galvoti apie kliento bei savo paties elgesį ir daryti tikslingus pasirinkimus, duoda orientyrus, padedančius nepasiklysti kelionėje, kurioje, I. Yalomo žodžiais tariant, „terapeutas ir pacientas yra kelionės bičiuliai“.

Gera, moksliskai pagrįsta ir klinikinė praktika patvirtinta teorija gali būti praktiškai pritaikyta įvairiuose kontekstuose, teikti praktinius orientyrus, kaip tikslingiausia pasielgti vienu ar kitu atveju, viename ar kitame psichoterapijos etape. Kita vertus, „geras“, t. y. patyręs ir sėkmingai dirbantis terapeutas, turėtų būti lankstus ir taikyti įvairias teorines koncepcijas, tinkamiausias atvejui, t. y. problemos pobūdžiui ir kliento asmenybei.

Pasak J. O. Prochaskos, palankumas vienai teorijai neturėtų riboti profesionalo gebėjimo pritaikyti kitos (aišku, gerai jam žinomos) strategijos ar poveikio būdo. Kita vertus, terapeutas, besiremiantis tik viena teorija ir dirbantis tik jos pagrindu, taip pat gali būti puikus specialistas ir labai geras profesionalas. Problemas paprastai kelia tie vienos krypties ar mokyklos „aistruoliai“, kurie savo požiūrį laiko vieninteliu teisingu ir tokį siaurą matymą, visai tinkamą saviems pacientams, bando primesti visiems kolegoms ir jų pacientams.

Apibendrinant galima teigti, kad teorija atlieka svarbų vaidmenį psichoterapijoje, nes suteikia jai mokslinį pagrindumą, vientisumą ir kryptį, sukurdamą tam tikrą teorinį, konceptualų jos pamatą, kuriuo remiantis psichoterapeutas gali sistemiškai mąstyti apie kliento asmenybę, jo elgesį ir patį terapinį procesą. Taigi teorija siūlo tam tikras fundamentaliąsias koncepcijas, teorines prielaidas apie naudingą, „sveiką“ ir nenaudingą, liguisto elgesio priežastis bei įsitvirtinimą, taip pat būdus, kaip padėti klientui/pacientui pasiekti teigiamų pokyčių psichoterapijos metu ir perkelti juos į realų gyvenimą, kai psichoterapija terapeuto kabinete jau bus pasibaigusi.

Teorija ir kalba

Teorija psichoterapijoje atlieka dar vieną svarbią funkciją, į kurią vieni terapeutai kreipia daugiau, kiti – mažiau dėmesio, bet kurios ignoruoti negali niekas – teorija sukuria tam tikrą *psichoterapijos kalbą*.

Kadaise C. G. Jungas pabrėžė, kad kiekvienas pacientas yra skirtinga individualybė ir terapeutai privalo kalbėti su jais skirtinga kalba, t. y. prisitaikyti prie individualių žmogaus ypatumų. Ir tai yra tiesa, jei tik terapeutas nori būti suprastas ir paveikus, dirbti efektyviai.

Kita vertus, pati psichoterapinė teorija siūlo tam tikrą terminologiją, tam tikrus lingvistinius simbolius (žodžius, teiginius, jų derinius),

kurie vartojami jos koncepcijose, apibūdinant būtent jos požiūriu svarbius reiškinius. Pavyzdžiui, psichoanalizės, kognityvinės ar į asmenybę orientuotos psichoterapijos terminija yra specifinė, visai skirtinga.

Kaip ir gyvenime apskritai, psichoterapinės kalbos specifškumas padeda bendrauti žmonėms, kalbantiems ta pačia kalba, bet apsunkina bendravimą, jei kalba skirtinga. Taigi kiekviena skirtinga teorinė paradigma turi koncepcijų, kurios gali būti paaiškintos tik unikalia tos paradigmos kalba. Kita vertus, tie patys terminai skirtingos terapijos kontekste turi skirtingą prasmę (pavyzdžiui, *įsisąmoninimas* psichoanalizėje – sąsąmoninių įvykių prisiminimas, o kognityvinėje terapijoje – aiškesnis supratimas), o po skirtinga terminologija gali slypėti panašūs ar net tie patys reiškiniai (pavyzdžiui, klasikinėje psichoanalizės terapijoje vartojamas „superego“ iš dalies sutampa su į klientą orientuotos terapijoje vartojamos sąvokos „savigarbos sąlyga“ samprata, nors patys žodžiai tokių asociacijų nesukelia).

Susikalbėjimas terapijoje gali ne tik veikti, bet ir nulemti psichoterapijos rezultatus. R. Nelsonas-Jonesas (2011) aiškina, kad psichoterapijoje vyksta keturių rūšių kalbėjimas: terapeutas kalbasi su klientu (*išorinė kalba*) ir su savimi (*vidinė kalba*), klientas irgi kalbasi su terapeutu ir su savimi.

Terapeuto vidinė kalba, jei tik jis dirba pagal aiškią teoriją, paprastai ir vyksta atitinkamos teorijos kalba. Išorinė terapeuto kalba sėkmingoje terapijoje paprastai priderinama prie kliento galimybių suprasti ją, tačiau jau pati teorinė orientacija daro įtaką tam, koku mastu sutampa terapeuto vidinė ir išorinė kalba, ir kokia forma terapeutas atskleidžia klientui tai, ką jis pastebi ir galvoja apie klientą bei jo problemas. Be to, terapeuto elgesys (išorinis kalbėjimas) ne visada vienodai priklauso nuo to, ką jis galvoja (vidinė kalba).

Visi klientai taip pat yra teoretikai, sava kalba samprotaujantys apie tai, kas vyksta ir kas yra svarbu. Psichoterapeutas turi ne tik girdėti (ir suprasti) išorinę, bet ir vidinę kliento kalbą. Kai kuriose psichoterapijos formose tai – kritiškai svarbu.

Pavyzdžiui, į klientą orientuotoje psichoterapijoje terapeutas stengiasi visų pirma reflektuoti ir empatiškai reaguoti į tai, ką klientas sako (išorinė kliento kalba), neatskleisdamas savo teorinių samprotavimų (vidinė terapeuto kalba), o kognityvinėje psichoterapijoje iš esmės tik

ir siekiama „išgirsti“ kliento vidinę kalbą ir ją paveikti, t. y. išryškinti kliento mąstymo ypatumus ir juos pakeisti.

1.4. Psichoterapijos turinys ir procesai

Psichoterapijos turinys ir procesas – du pagrindiniai terapinės teorijos aspektai, t. y. kiekviena psichoterapinė teorija paaiškina, koks jos požiūriu turėtų arba galėtų būti psichoterapijos turinys ir kaip turėtų vykti psichoterapinis procesas.

Psichoterapijos turinys

Psichoterapijos turinys – tai kas yra psichoterapijos objektas, ką siekiama pakeisti, t. y. kokie yra konkretūs psichoterapijos *taikiniai* ir *siekiniai*. Psichoterapijos turinį atskleidžia pagrindinės pokalbio tarp psichoterapeuto ir kliento (paciento) *temos*, aptariamios *problemos*, „atsineštos“ ir (ar) išskylančios psichoterapijos metu.

Konflikto koncepcija

Konfliktai – daugumos psichoterapijos klientų/pacientų kasdienybė, įprastas psichoterapijos turinio elementas, todėl ir psichoterapijos teorijoje labai svarbi *konflikto koncepcija*.

Pasak S. R. Maddi (1996, cit. pagal Prochaska, 2010), visos dinaminės krypties ir beveik visos apskritai psichologinės teorijos asmenybės bei psichopatologijos sampratą grindžia *konflikto* koncepcija, tačiau koncentruojasi į skirtingus jo *funkcionavimo lygius*. Tad ir skirtingos psichoterapijos kryptys bei mokyklos ryškiausiai skiriasi pagal savo požiūrį į konfliktus, jų esmę, priežastis ir dinamiką.

Kai kurios psichologinės ir psichoterapinės teorijos suaugusio asmens psichologinių problemų ir (ar) psichopatologijos šaltiniu laiko *vidinius (intrapsichinius)* konfliktus, esamus ir (ar) patirtus praeityje (pavyzdžiui, troškimas būti savarankiškam ir baimė palikti tėvų namus), kitos labiau ar net išimtinai *domisi tarpasmeniniais (interpersonaliniais)* konfliktais, (pavyzdžiui, pasikartojantys konfliktai tarp taupyti linkusio vyro ir išlaidaujančios žmonos). Yra teorijų, kurių dėmesio centre – *individuo ir visuomenės* konfliktas (pavyzdžiui, homoseksualus asmuo nori gyventi savitą gyvenimo būdą ir yra smerkiamas, niekinamas konserva-

tyvios visuomenės) arba individo konfliktas su konkrečia bendruomene ar grupe (pavyzdžiui, asmuo patiria nuolatines patyčias darbe) arba susiduria su kliūtimis siekdamas savirealizacijos ir t. t.

Pritaikant S. R. Maddi požiūrį apie skirtingus konfliktų funkcionavimo lygius psichoterapijai, galima apibendrinti: psichoterapijos klientams būdingi tam tikri funkcionavimo sutrikimai (disfunkcijos) ir (arba) savirealizacijos kliūtys kyla dėl konfliktų, pasireiškiančių skirtingais funkcionavimo lygiais: intrapsichiniu, tarpasmeninių ar platesnių socialinių santykių. Nuo to, į kokią lygmenį orientuoja bazinė psichoterapijos teorija, kaip ji konceptualizuoja konfliktą, priklauso ir psichoterapijos turinys.

Kita vertus, neabejotina, kad realiai tas pats konfliktas gali pasireikšti ir paprastai reiškiasi įvairiais lygmenimis, be to, konfliktų sukuriamos problemos „nevaikšto po vieną“ (dažnai vartojama metafora – *problemų kekė*). Todėl galima numanyti, kad konkretų psichoterapijos turinį papildys daug konkrečiai formuluojamų problemų.

Psichoterapinės teorijos, apsiribodamos vienu konflikto funkcionavimo lygiu, iš esmės supaprastina realybę. Ir vis dėlto kiekviena „gera“ konflikto koncepcija, savaip, bet nuosekliai, taigi ir įtikinamai paaiškina problemos šaknis, jos esmę. Pavyzdžiui, žmogus kenčia dėl psichologinio pobūdžio seksualinio elgesio sutrikimų. Teorija, besidominti intrapsichiniu funkcionavimo lygmeniu, seksualinių sutrikimų priežastis ir aiškina vidiniais (intrapsichiniais) konfliktais (pavyzdžiui, tarp geismo ir baimės blogai pasirodyti), individo ir visuomenės sąveika besidominti teorija pateiks neginčytinų įrodymų apie esamą konfliktą tarp seksualinių troškimų ir visuomenės draudimų. Tuomet ir kliento pateikta problema bus performuluojama atitinkamos koncepcijos terminologija ir sprendžiama skirtingais būdais.

Vis dėlto galima atkreipti dėmesį ir į tai, kad dažnai pats problemų pobūdis leidžia numatyti, kokio lygio konfliktų analizė geriausiai atskleis kliento problemos esmę. Pavyzdžiui, visos psichoterapinės sistemos *intrapsichinio konflikto* lygmeniu sprendžia *nerimo ir apsauginių priemonių nuo jo, savigarbos ir atsakomybės* problemas, o *tarpasmeninių santykių* lygmeniu – problemas, susijusias su *intymumu ir seksualumu, komunikacija, priešišku ar tarpasmenine kontrole*. Pakilus į potencialių galimybių įgyvendinimo lygmenį, aptinkamos ir sprendžiamos egzistencinės

problemos, patiriamos akistatoje su gyvenimo prasmės ir vertybių klausimais. Taigi galima numanyti, kokioms kliento (paciento) problemoms spręsti kokia psichoterapija bus tinkamesnė, taip pat numatyti, kad psichoterapija bus efektyvesnė, kai spręš tokias problemas, kurios atitiks jos teorijoje konceptualizuojamą konflikto funkcionavimo lygmenį.

Psichoterapijos procesas

Procesas – tai, *kaip* realiai vyksta psichoterapeuto ir kliento/paciento sąveika, koks yra *psichoterapeuto darbas* ir koks – *kliento darbas*. Į proceso apibūdinimą visada įtraukiamas ir *terapinių santykių* apibūdinimas, psichoterapeuto laikysenos ir elgesio su klientu ypatumai.

Galima pastebėti, kad terapinės sąveikos tarp terapeuto ir kliento/paciento ypatumus aptaria visos psichoterapinės teorijos, tačiau pati terapinių santykių koncepcija nevienoda. Pavyzdžiui, klasikiniėje psichoanalizėje pabrėžiamas analitiko nesikišimas, neutralumas; terapeuto direktyvumas ir aktyvumas akcentuojami biheavioristinės krypties psichoterapijoje; humanistinės krypties į klientą orientuotoje terapijoje ypač pabrėžiama terapinių santykių kokybė (nuoširdumas, šiltumas, pagarba). Egzistencinės psichoterapijos atstovas I. D. Yalomas teigia, kad „ir kalbėdami apie sąvoką „procesas“, turime omenyje tai, ką žodžiai (taip pat nežodinis elgesys) mums pasako apie dalyvaujančių šalių sąveikos santykius... Terapijos variklis turi būti ne teorija, o tarpusavio santykiai“ (Yalom, 2005, p. 17).

1.5. Bendrieji nespacificiniai ir specifiniai terapijos veiksniai

Bendrieji (unifikuojantys) veiksniai

Daugelis tyrėjų pastebi, kad psichoterapeutai kur kas dažniau yra linkę iškelti savų metodų išskirtinumą, kalbėti apie jų specifinius požymius, bet ne ieškoti panašumo su kitais ir bendrų terapinių (gydančių) veiksnių. Iš dalies tai aiškinama asmeninėmis ambicijomis arba konkurencija psichoterapinių paslaugų rinkoje.

J. L. Lebowas siūlo įsivaizduoti, kad norime išsirinkti dantų pastą. Jeigu rinksimės eidami pro tūbelėmis apkrautą parduotuvės lentyną,

galbūt išsirinksime tą, kurios pakuotė bus spalvingiausia, jei atidžiai skaitysime pastą reklamuojančius užrašus, sužinosime daug specifinių jų savybių. Bet jei paklaustume odontologijos specialisto, kuri pasta saugo dantis nuo gedimo ir juos balina, jis, jeigu tik būtų nešališkas, pasakytų, kad bet kuri, nes visos turi tų pačių pagrindinių sudedamųjų dalių (veikliųjų medžiagų). Panašiai ir psichoterapijoje, jei tik ji veiksminga, galima atrasti tas pačias „gydančius sudedamąsias dalis“ – bendrus (unifikuojančius) terapinius (gydančius) veiksmus (Lebow, 2008).

Kita vertus, kiekvienas psichoterapijos modelis iš tiesų turi savitumą, yra daugiau ar mažiau specifiškas. Psichoterapijos specifiskumui įtaką daro daug objektyvių ir subjektyvių veiksnių. Vienas iš pirmųjų grupės – istorinis ir kultūrinis kontekstas, kuriame psichoterapijos kūrėjas gyvena. Pavyzdžiui, visada, kai kalbama apie S. Freudo psichoanalizės ištakas, yra minimas konfliktas tarp konservatyvios, senamadiškas (karalienės Viktorijos laikų) tradicijas puoselėjančios visuomenės ir revoliucingų joms besipriešinančių jėgų, brestantys kariniai konfliktai ir pan.

Galima prisiminti, kad greičiau taisyklė nei išimtis yra ir tai, jog ryškų pėdsaką psichoterapijos istorijoje palikę kūrėjai buvo sudėtingos asmenybės, tam tikru gyvenimo laikotarpiu patyrusios dramatiškų įvykių ir psichologinę kančią, tad nenuostabu tikėtis, kad kentėjimas motyvavo juos ieškoti metodų, kurie būtų tinkami ir jiems, ne tik jų pacientams.

Be to, laikas keitė ir pačius terapijos klientus, visuomenėje vyraujančių problemų pobūdį. Pasak R. Nelsono-Joneso, pavyzdžiui, šiuolaikiniam jaunimui būdinga nepagarba autoritetams gali būti susijusi kur kas labiau su vidinės struktūros stoka nei su per griežta struktūra – priešingai, nei kadaise manė C. Rogersas. Vakarietiško visuomenei būdingas materializmas ir vartotojiškumas, skatinantis nepasotinamą godumą ir susvetimėjimą, neišvengiamai stiprina depresiskumą patyrus, kad laimės nenusipirksi. Savitų problemų pateikia neįtikėtina sparti komunikacinių technologijų raida, keičianti žmonių bendravimo ir darbo būdus ir t. t. Tad ir psichoterapija prisitaiko prie specifinių klientų poreikių, kuriami trumpalaikės terapijos modeliai, labiau orientuojamasi į konkrečias problemas.

Nepaisant minėtų aplinkybių, lemiančių psichoterapijos specifiką, nemažai autorių jau seniai buvo įsitikinę, kad terapiniai pokyčiai yra kelių bendrųjų terapinių veiksnių funkcija visuose terapijos modeliuose. Moksliniai tyrimai pagrindė tokį požiūrį ir šiuo metu neabejojama,

kad kai kurie unifikuojantys psichoterapijos požymiai yra būdingi visoms „veikiančioms“ psichoterapijos formoms.

Empiriniai tyrimai ir metaanalizės (jau atliktų tyrimų rezultatus apibendrinantis tyrimas) patvirtina, kad psichoterapija, net ir pagrįsta skirtingomis teorijomis bei metodais, bet duodanti teigiamus rezultatus (veiksminga, gydanti), turi tuos pačius „gydančius elementus“, kuriuos ir galima vadinti *bendraisiais veiksniais*. Dėl jų bet kokios formos psichoterapija ir skiriasi nuo visų kitų profesinių veiklų.

Tokių bendrųjų veiksnių apibūdinimai skiriasi ir ne visi jie visiems psichoterapijos tyrėjams, kūrėjams bei praktikams atrodo vienodai svarbūs. Antai iš esmės skirtingų psichoterapijos mokyklų atstovai C. Rodžersas, S. Rozencveigas ir A. Adleris vienodai manė, kad tokie bendrieji psichoterapiniai veiksniai yra kliento/paciento *palaikymas, interpretacija, įžvalga, elgesio pokytis, geras terapinis santykis ir tam tikri terapeuto asmenybės bruožai*.

1990 m. atliktoje studijoje (metaanalizėje) buvo išnagrinėta 50 atitinkamų mokslinių publikacijų ir įvardyti net 86 bendrieji veiksniai, vienodinantys skirtingus psichoterapijos modelius ir formas, iš kurių universaliausi (dažniausiai tokiais pripažįstami) buvo *teigiami klientų/pacientų lūkesčiai ir teigiamas, palengvinantis (angl. facilitating) būseną terapinis santykis* (Crencavage ir Norcross, 1990).

Apibendrinant galima padaryti išvadą, kad, nepaisant skirtingų teorinių paradigmu, kuriomis yra grindžiama, psichoterapija kaip praktinė veikla turi branduolį būdingų bruožų, kurie atskleidžia jos bendruosius požymius, nebūdingus kitoms veikloms ar gydymui apskritai. Šiame branduolyje galima išskirti bendruosius *nespecifinius ir bendruosius specifinius* terapinius veiksnius.

Bendrieji nespecifiniai veiksniai

Pirmasis, atkreipęs dėmesį į esamus bendruosius, nespecifinius veiksnius, buvo S. Rosenzweigas (1936), o šią mintį tarpkultūrinių gydymo skirtumų empiriniais tyrimais pagrindė J. Frankas (1961). Pasak šio autoriaus, visose kultūrose ir visose psichologinio gydymo formose galima atrasti tuos pačius gydančius „ingredientus“: *socialiai sankcionuotą ritualą, vilties sužadimą, drąsos gyventi suteikiantį požiūrį į gyvenimą*.

J. O. Prochaska ir J. C. Norcrossas (2010) nurodo keturias bendrųjų nespecifinių psichoterapinių veiksnių grupes: 1) *teigiami klientų (pacientų) lūkesčiai*, 2) *terapiniai santykiai*, 3) *Hotorno efektas* ir 4) *kiti (reliatyvieji) veiksniai*. Aptarsime juos detaliau.

Teigiami lūkesčiai

Kiekvienas žmogus, ateidamas į psichoterapiją, kažko iš jos tikisi. Tyrinėjantys šio veiksnio reikšmę kelia hipotezę, kad psichoterapijos veiksmingumas priklauso nuo kliento (paciento) tikėjimo psichoterapijos veiksmingumu. Kai kurie psichoterapijos kritikai netgi teigia, kad psichoterapija ir yra procesas, kuriame terapeutas stengiasi sužadinti kliento (paciento) viltį ir tikėjimą psichoterapijos galia, o psichoterapijos rezultatai tiesiogiai priklauso nuo tokio tikėjimo stiprumo. Deja, empiriniai tyrimai tokios hipotezės iki galo nepatvirtino ir parodė, kad toks ryšys kur kas sudėtingesnis. Teigiami lūkesčiai visų pirma turėtų būti abipusiai, t. y. tikėti terapijos naudingumu ir sėkme turi ne tik pacientas, bet ir terapeutas. Be to, teigiami lūkesčiai daro reikšmingą poveikį teigiamiems terapijos rezultatams ne visais atvejais ir ne visiems pacientams.

Kad būtų galima nustatyti kliento lūkesčių reikšmingumą, plačiai naudotas *placebo* metodas (lot. *Placebo – aš pamaloninsiu*). Placebas dažnai naudojamas medicininuose tyrimuose, norint nustatyti vaistų poveikį, kai tiriamiesiems duodamas „tariamasis vaistas“ (pavyzdžiui, cukrus), kuris realiai negydo, bet atrodo kaip tikras, ir tiriamieji to nežino. *Placebo* vaidmenį minėtuose psichoterapijos veiksmingumo tyrimuose ir atliko *teigiami kliento lūkesčiai*. Kitaip tariant, tyrime dalyvavo grupė, kurios nariams buvo sukuriama teigiami lūkesčiai, bet netaikomi jokie kiti psichoterapiniai metodai. Šios grupės rezultatai (simptomatikos, dėl kurios buvo skirta psichoterapija, pokyčiai) buvo lyginami su kitų dviejų grupių rezultatais: grupės, kurioje kartu su placebo taikyta ir kitokia psichoterapija, ir kontrolinė grupė, kurioje taikyta tik kitokia terapija. Rezultatų palyginimas leido padaryti išvadą, kad daugeliu atvejų psichoterapija yra tikrai veiksmingesnė nei placebo, tačiau teigiamų lūkesčių reikšmė nevienoda, palyginti skirtingus terapijos metodus. Pavyzdžiui, nustatyta, kad taikant sisteminio jautrumo mažinimo metodą (desensibilizaciją) siekiant įveikti tam tikras fobijas (baimes), tik (net) trečdalis sėkmingo gydymo atvejų buvo galima paaiškinti teigiamais kliento ir terapeuto lūkesčiais (Grison, 1996).

Apibendrinant galima teigti, kad kliento (paciento) lūkesčiai – svarbus bet kokios psichoterapijos veiksnys, vienas iš bendrųjų psichoterapijos veiksnių. Tačiau teigiami lūkesčiai, t. y. pasitikėjimas terapija ir pačiu terapeutu, tik sukuria palankias prielaidas toliau veikti psichoterapijai. Nesunku suprasti, kad dauguma klientų atsisakytų leisti savo laiką ir pinigus, dalyvaudami ne visada aiškiai suprantamame ir emociškai tikrai nelengvame psichoterapijos procese, jei netikėtų teigiamu psichoterapijos poveikiu. Natūralu ir tai, kad siekdami didesnio bendradarbiavimo daugelis terapeutų stengiasi sužadinti kliento viltį ir tikėjamą sėkmę, t. y. teigiamus lūkesčius. Tačiau vien teigiamų lūkesčių suteikimas yra nepakankama sąlyga teigiamiems ir ilgalaikiams pokyčiams pasiekti.

Terapiniai santykiai

Terapinių santykių reikšmę psichoterapijos rezultatams neabejojama. Svarstant klausimą apie tai, kas nulemia psichoterapijos veiksmingumą ir sėkmę, paprastai pirmiausia nurodomi kliento ir terapeuto lūkesčiai, susiję su reikalingais pokyčiais, ir psichologinių disfunkcijų (sutrikimų) sunkumas. Antroje vietoje pagal reikšmingumą – terapiniai santykiai ir tik trečioje – techniniai kintamieji, t. y. konkrečios terapinės technikos ir procedūros.

Tačiau, kaip jau buvo minėta, ir šiuo klausimu psichoterapijos kūrėjų bei tyrėjų nuomonės išsiskiria. Vien jau principinės skirtingų mokyklų teorinės nuostatos skirtingai konceptualizuoja ir apibūdina sėkmingai terapijai reikalingus santykius. Kai kuriuose terapijos modeliuose terapinių santykių vaidmuo gali būti minimalus.

Pavyzdžiui, radikaliosios elgesio terapijos atveju netgi būta siūlymų „gyvą“ terapeutą pakeisti instrukcijas teikiančiu kompiuteriu. Kitas pavyzdys – kai kurios kognityvinės psichoterapijos formos reikalauja kliento pasitikėjimo terapeutu ir pabrėžia terapinių santykių svarbą, bet tik pirmuose terapijos etapuose, kol klientas nesugeba pats aktyviai įsitraukti į pokyčio procesą, nesuvokia naujų mąstymo schemų. Psichoanalitinėje terapijoje santykiai tarp terapeuto ir kliento, užsimezgantys terapeuto kabinete, ir yra esminis terapijos turinys, t. y. tai, kas analizuojama ir keičiama, tačiau terapeuto vaidmuo (bent klasikinėje psichoanalizėje) – neutralus, aktyvus įsikišimas neleistinas (gali nutraukti laisvą asociacijų srautą, „užteršti perkėlimą“).

Terapinis santykis yra kritiškai reikšmingas C. Rodžerso į klientą orientuotoje terapijoje, kurioje empatiniu jautrumu, besąlygine pagarba bei priėmimu pasižymintis terapeuto santykis su klientu ir laikomas pagrindiniu pokyčių skatintoju, *būtina ir pakankama* pokyčių sąlyga. Apibūdinamas terapinę sąveiką tarp terapeuto ir kliento, C. Rodžersas teigė, kad terapiniam santykiui būdinga tai, jog terapeutas yra: (1) emociškai darnesnė ir sveikesnė asmenybė; (2) kliento atžvilgiu yra nuoširdus ir autentiškas; (3) demonstruojantis besąlyginę pagarbą ir palaikymą; (4) neklystančiai (subtiliai) empatiškas (Rodgers, 1957).

Apibendrinant galima daryti išvadą, kad terapiniai santykiai yra reikšmingas nespecifinis psichoterapijos veiksnys. Tačiau jie skirtingai konceptualizuojami skirtinguose terapijos modeliuose ir skirtingai įgyvendinami terapijos procese. Jie gali būti laikomi išankstine pokyčių sąlyga, esminiu pokyčių varikliu arba analizuojamuoju turiniu.

Dėmesingumas (Hotorno efektas)

Organizacinėje psichologijoje dažnai minimas dar 1939 m. atliktas eksperimentas, kai tiriant Hotorno (angl. *Hawthorn*) fabriko darbuotojų motyvaciją buvo pastebėta, kad geriausių darbo rezultatų pasiekė tos grupės, kuriose vyko tyrimas. Detalesnė šio reiškinio analizė leido tyrėjams padaryti netikėtą išvagę, kad vien tik ypatingas dėmesys tyrime dalyvaujančios grupės darbuotojams ir jų suvokimas, jog yra stebimi, pagerino jų veiklos rezultatus, nes sustiprino jų savigarbą ir savo reikšmingumo pajautą. Toks tyrimo projekte neplanuotas pokytis buvo pavadintas *Hotorno efektu*.

Psichoterapijos kabinete tėra vienas terapeuto dėmesio centras – klientas, t. y. terapeutas stebi, klauso, tyrinėja klientą, reaguoja tik į tai, ką jis sako, daro, mąsto ar jaučia. Toks išskirtinis profesionalo dėmesys nedaro poveikio tik tuomet, jei tokio dėmesio klientas nepageidauja arba dėl savo būklės negali jo suvokti.

Tyrimai rodo, kad toks dėmesingumas, net ir nenaudojant papildomų psichoterapinių technikų, sukelia pacientų būklės pagerėjimą (tai ir vadinama *Hotorno efektu*). Pavyzdžiui, G. Paulo (1967, cit. pagal Prochaska, 2010) eksperimentas atskleidė, kad 50 proc. pacientų, bandančių įveikti viešo kalbėjimo prieš auditoriją baimę, *placebo* grupėje (kai taikytas tik dėmesingumas) baimės simptomų reikšmingai sumažėjo,

o palyginus šios grupės dalyvių pokyčius su grupės, kurioje taikytas ir placebo (dėmesingumas), ir įžvalgų terapija, reikšmingų skirtumų nerasta. Tačiau, palyginus placebo grupėje pasiektus pokyčius su grupės, kurioje kartu su dėmesingumu taikyta sisteminė desensibilizacija (jautrumo mažinimas), rezultatai buvo geriausi.

Dėmesingumo įtaka terapijos rezultatams tirta ir kitais metodais. Apibendrinant empirinių dėmesingumo poveikio terapijai tyrimų rezultatus daroma išvada, kad *Hotorno efektas* yra labai dažnas reiškinys psichoterapinėje praktikoje, o dėmesingumas – svarbus nespecifinis terapinis veiksnys, nors ne visiems pacientams ir ne visus metodus taikant vienodai darantis įtaką terapijos rezultatams.

Kiti nespecifiniai veiksniai

Kai kurie autoriai kalba ir apie kitus nespecifinius veiksnius ir nurodo kitokias jų sekas. Pavyzdžiui, *pasitikėjimu grįsti santykiai; emocijos „užtaisas“ (suzadinimas); geranoriška, paremianti aplinka; racionalus teorinis pagrindas ir terapijos ritualas* (Frank, 1961; Frank ir Frank, 1991); *nuoširdus, įkvepiantis ir socialiai priimtinas terapeutas, katarsio galimybė, naujų elgesio modelių priėmimas, paciento vidinio gyvenimo (patirties) panaudojimas, įtaiga ir tarpasmenybinis mokymasis* (Gren-cavage ir Norcross, 1990); *terapinis santykis, emocijų raiška, išaiškinimas ir interpretacija, konfrontacija ir įgūdžių lavinimas* (Garfield, 1980; 1992, cit. pagal Prochaska, 2010).

Apibendrinant galima teigti, kad bendrieji nespecifiniai veiksniai, panašiai aiškinami visų terapijų kalba, daro įtaką psichoterapijos rezultatams, nors nuomonės apie kiekvieno iš jų įtakos lygį ir mastą yra nevienodos. Dažniausiai sutariama dėl kliento *pozityvių lūkesčių, terapinio santykio ir dėmesingumo* (Hotorno efekto) reikšmės terapijos sėkmei.

Specifiniai terapiniai veiksniai

Psichoterapija nėra chaotiška veikla, o psichoterapeuto elgesys – ne atsitiktinių reakcijų seka. Tačiau net ir tos pačios teorinės orientacijos terapeutai dirba specifiškai, netgi tos pačios, nuosekliai teoriškai pagrįstos procedūros ir technikos taikomos nevienodai, atsižvelgiant į kliento asmenybės, jo problemos ypatybes bei paties terapeuto asmeninius gebėjimus ir prioritetus. Galima sakyti, kad terapeutas, taip pat

kaip ir klientas, yra unikali asmenybė ir negali dirbti nespecifiškai. Tai gi kiekvienas psichoterapijos seansas (susitikimas su klientu) yra savita skirtingų asmenybių ir patirčių sąveika.

Konkrečiu atveju psichoterapijos savitumą nulemia daugybė susiklostančių aplinkybių – ir klientų asmenybės bei jų patirties unikalumas, ir terapeuto teorinė orientacija, pasirengimas bei prioritetai, ir problemos ypatumai, tad kiekviena terapijos valanda pasižymi savitomis procedūromis, specifiniais santykiais. Jau išsiaiškinome, kad skirtingos psichoterapinės teorijos skirtingai konceptualizuoja terapijos turinį, t. y. apibūdina ir paaiškina psichologinius reiškinius, kurie bus tyrinėjami ir veikiami (tai, kas turi keistis), skirtingai modeliuoja patį pokyčio procesą ir intervenciją (tai, kaip pasiekti, kad pokytis vyktų). Taip pat jau išsiaiškinome, kad egzistuoja bendrieji nespecifiniai veiksniai, kurie bet kokios psichoterapijos atveju paveikia jos rezultatus ir gali padėti arba trukdyti pasiekti pageidaujamų pokyčių.

Tačiau psichoterapijai kaip specifinei praktinei veiklai būdingi ir specifiniai veiksniai, kurie psichoterapinę praktiką atskiria nuo bet kurios kitos veiklos. Anot Prochaskos (2010), bet kokioje veiksmingoje psichoterapijoje yra paskatinami ir vyksta psichologiniai pokyčiai, bet jiems pasiekti pasitelkiami skirtingi psichologiniai mechanizmai. Kartais jie būna atviri, išoriškai pastebimi (pavyzdžiui, elgesio keitimas, keičiant jį lemiančias aplinkybes) arba paslėpti, giluminiai (pavyzdžiui, įsisąmoninimo išplėtimas per įžvalgą). Nuo specifinių terapinių veiksnių priklauso galutiniai psichoterapijos rezultatai – t. y. tai, kokie pokyčiai pasiekiami ir įtvirtinami kliento elgesyje ir (ar) asmenybėje.

Kaip minėta, kiekvienoje veiksmingoje psichoterapijoje, taikant specialias procedūras (intervencijas) ir konkrečias technikas (priemonės), tikslingai skatinamas ir vystomas tam tikrų psichologinių (mąstymo, jausmų, elgesio, santykių, gyvenimo būdo, savirealizacijos potencialo ir kt.) pokyčių procesas. Tokiu būdu tikimasi padėti žmogui spręsti jo problemas, pašalinti psychopatologiją ar sustiprinti jo savirealizacijos galimybes. Nors egzistuoja šimtai skirtingų intervencijos metodų, psichoterapijoje panaudojami keli *pokyčių mechanizmai*, vadinami *specifiniais terapiniais veiksniais*.

Į specifinių terapinių veiksnių sąrašą, pasak Prochaskos (2010), paprastai įtraukiami: 1) *įsisąmoninimo išplėtimas*, 2) *katarsis*, 3) *pasirinkimas*, 4) *stimulų kontrolė*, 5) *aplinkybių kontrolė*.

Įsisąmoninimo išplėtimas

Psichoterapija gali būti grindžiama įsisąmoninimu. Paciento sąmoningumo išplėtimas – tradicinis pokyčių siekimo būdas psichoanalitinėje ir psichodinaminėje psichoterapijoje, bet jo reikšmė pripažįstama visomis verbalinėmis (žodinėmis) psichoterapijos formomis. Juk bet kokioje veiksmingoje psichoterapijoje siekiama, kad klientas geriau suprastų save ir savo aplinką, savo problemas, patiriamų sunkumų ištaškas ir pasekmes ir t. t.

Didesnio kliento sąmoningumo gali būti siekiama įvairiais būdais pateikiant klientui naują, nežinotą ar nesuprastą informaciją apie jį ar pasaulį. Dažniausiai tam panaudojamos trys priemonės (technikos): *grįžtamasis ryšys, išaiškinimas ir įžvalgos*.

Grįžtamasis ryšys

Grįžtamasis ryšys – tai terapeuto arba kitų terapijos dalyvių (grupinės terapijos atveju) reakcijos, teikiančios klientui informaciją apie jį patį. Grįžtamasis ryšys gali pagilinti, patikslinti arba atskleisti anksčiau nežinotų dalykų apie tai, kaip klientą ir jo elgesį mato kiti (terapeutas, grupės nariai), kaip jis veikia kitus ir t. t. Pavyzdžiui, klientas, kuris skundėsi tuo, jog aplinkiniai jo nesupranta ir vengia, grupinės terapijos metu išgirsta, kad jis atrodo piktas ir pasipūtęs.

Iš(si)aiškinimas

Iš(si)aiškinimas – naujos, nežinotos informacijos apie aplinką, tam tikrus jos reiškinius suteikimas. Ši priemonė pasiūlo kenčiančiam žmogui naują kontekstą, kuriame jis gali naujai įvertinti savo problemas ir sunkumus, atrasti tinkamiausius sprendimus. Pavyzdžiui, senovo amžiaus klientas, patiriantis seksualinių sunkumų, sužino specialisto nuomonę, kad tokia problema – natūralus sulaukus jo amžiaus reiškinys, ir žinodamas tai, žmogus sąmoningiau renkasi, kaip elgtis toliau: susitaikyti su padėtimi, naudoti afrodisiakus (*gr. aphrodisia – meilės malonumai*), vengti intymumo ir t. t.

Įžvalga

Psichoanalizės kontekste *įžvalga* laikoma pagrindiniu pokyčių mechanizmu, nes patirti *įžvalgą* reiškia įsisąmoninti pasąmoninius reiškinius – visų kentėjimų ir sutrikimų šaltinį. Bendresne prasme *įžvalga* terapijoje – tai netikėtas esminių dalykų suvokimas, savotiškas „proto nušvitimas“, padedantis aiškiau *suprasti* savo problemų esmę ir (ar) priežastinius ryšius.

Apibendrinant galima sakyti, kad bet kuriuo būdu pasiektas išsąmoninimas išlaisvina žmogų iš nežinios, neapibrėžtumo, suteikia galimybę apsvarstyti savo problemą naujo žinojimo kontekste ir atrasti naujas galimybes ją spręsti ir (ar) palengvinti kentėjimą.

Katarsis (koreguojančios emocijos)

Katarsis yra viena iš seniausių sąvokų (gr. *katharsis* — *apvalymas, taurinimas*), siejama su vidinių konfliktų, įtampos sumažinimu, užslopintų polinkių išlaisvinimu, juos išgyvenus, ypač pasitelkiant meną. Pasak senovės graikų – stiprių emocijų sukėlimas ir raiška – geriausias būdas išlaisvinti įtampą ir pagerinti būseną. Panašiai ir psichoanalizėje katarsis apibūdinamas kaip emociinė iškrova, pasiekama atskleidžiant klientui jo pasąmonės turinį ir išvaduojanti jį iš traumuojančių išgyvenimų.

Bendresne prasme ir psichoterapijoje apskritai, manoma, kad jeigu neigiamos emocijos (pyktis, kaltė, nerimas ir kt.), kurių tiesioginė raiška socialiai nepriimtina, yra užgniaužiamos, blokuojamos, atsiranda įtampa, kuri gali sukelti įvairius liguistus simptomus (psichologinius ir psichosomatinius). Psichoterapija, leisdamą ir padėdamą išreikšti užblokuotas emocijas, sumažina arba pašalina vidinę įtampą ir liguistą simptomatiką. Pasak Prochaskos, psichoterapija „suveikia kaip valomoji klizma“, nes klientas, atskleidęs terapeutui savo „tamsiąją pusę“, nurimsta ir suvokia galimybę priimti anksčiau nepriimtinas emocijas kaip natūralų dalyką.

Pasirinkimas

Psichoterapija yra ir gydymo, ir sveikimo procesas, jame realius pasirinkimus, veikiančius jo eigą ir rezultatus, daro ir terapeutas, ir klientas.

Kliento *pasirinkimas* – sudėtinė pokyčio proceso dalis, būtinoji jo prielaida. Tačiau tam, kad būtų galima pasirinkti, reikia turėti alternatyvas ir galimybę apsispręsti dėl jų, t. y. laisvę pasirinkti. Galima pastebėti, kad ne visos psichoterapinės mokyklos pripažįsta kliento pasirinkimų laisvės svarbą ir apskritai nevienodai konceptualizuoja pasirinkimą. Kai kurių teorinių pažiūrų besilaikantys direktyvūs psichoterapeutai (pavyzdžiui, psichoanalitikai) netgi vengia atvirai ir tiesiogiai aptarinėti su klientu jo pasirinkimų laisvės klausimus, kiti (pavyzdžiui, egzistencinės psichoterapijos atstovai), priešingai, šį klausimą laiko vienu iš svarbiau-

sių terapijos turinio sudedamųjų dalių. Elgesio psichoterapijoje suprantama, kad klientas renkasi iš kelių jam prieinamų alternatyvų, t. y. jo laisvė rinktis yra, bet apribota, o svarbi humanistinės psichoterapijos nuostata – pasirinkimo alternatyvų skaičių galima padidinti, išplečiant žmogaus sąmoningumo lygį, skatinant atvirumą naujai patirčiai, asmenybės augimą.

Net ir pripažįstant, kad pasirinkimas yra svarbi psichoterapinės teorijos koncepcija, nevienareikšmiškai atsakoma į klausimą, kieno funkcija turėtų būti kliento pasirinkimas. Juk jeigu kliento pasirinkimą nukreipia ar jam įtaką daro konkretūs terapeuto veiksmai, tam tikros procedūros ar išorinės aplinkybės, pasirinkimas nėra laisvas kliento apsisprendimas, taigi nėra ir pasirinkimo. Ne tik laisvė rinktis yra neatsiejama nuo pasirinkimo, bet ir atsakomybės prisiėmimas. Juk pasirinkdamas vieną alternatyvą ir atmesdamas kitas, žmogus tampa atsakingas už savo pasirinkimo pasekmes. Taigi, kad terapiniai pokyčiai vyktų ir būtų perkelti į realų gyvenimą, klientas turi įsisaugoti ir prisiimti atsakomybę už savo pasirinkimą. Štai kodėl pokyčių procesai psichoterapijoje procese yra neatsiejami ir nuo nerimo. Sąsajas tarp pasirinkimo laisvės, atsakomybės ir nerimo ypač pabrėžia egzistencinė psichoterapija.

Taigi kliento pasirinkimas – svarbus realaus pokyčio komponentas, darantis įtaką psichoterapijos eigai ir rezultatams. Nors pasirinkimo koncepcijos skirtingose psichoterapijose nevienodos, pasirinkimas laikomas bendruoju specifiniu terapijos (sveikimo) veiksmu.

Kita vertus, psichoterapija vyksta realiomis, konkrečiai apibrėžtomis sąlygomis, joje dalyvauja konkretūs, „realiai apibrėžti“ (riboti) žmonės, darantys labai svarbius pasirinkimus, galinčius pakeisti kliento (kartais – ir terapeuto) gyvenimą. Ir kaip visi žmonės, jie reaguoja į tai, kas vyksta „čia ir dabar“, kartais – į visai atsitiktines, psichoterapijoje neplanuotas aplinkybes ir įvykius. Todėl tiksliai atsakyti į klausimą, nuo ko priklauso kliento pasirinkimai, kokių veiksmų, aplinkybių ir (ar) veiksmų funkcija jie yra – sunku, o kartais ir neįmanoma. J. O. Prochaska (2010) pateikia pavyzdį: jauna moteris, vartojanti kontracepcines tabletes, sužino moksliniais tyrimais paremtą informaciją, kad jos sukelia vėžį. Ką ji pasirenks, atsižvelgdama į naują informaciją? Kokias savo tolesnio elgesio alternatyvas svarstys? Kaip interpretuos naują informaciją? Ar ji būtinai atsisakys vartoti tokias tabletes? O jei neatsisakys, ar tai bus tiesioginė gautos informacijos pasekmė, ar laisvas pasirinkimas?

Apibendrinant galima daryti išvadą, kad realūs terapiniai pokyčiai vyksta per kliento daromus pasirinkimus, o save ir aplinką geriau įsisąmoninus, padidėja žmogaus pasirinkimo laisvė, atsiskleidžia naujos galimybės, lengviau suprasti, ką ateityje (savyje ar aplinkoje) derėtų pakeisti. Tačiau realūs pasirinkimai psichoterapijos procese nėra nei absoliučiai laisva kliento valia, nei tik terapeuto pastangų rezultatas. Realiai nustatyti tikruosius kliento pasirinkimo veiksnius yra sunku, o kartais – neįmanoma.

Stimulų kontrolė

Psichoterapiniai pokyčiai nėra vien sąmoningų pasirinkimų rezultatas. Žmogaus elgesys kinta ir keičiantis išorinėms sąlygoms, kurios kontroliuoja jo elgesį, t. y. tam tikras elgesys įtvirtinamas per sąlyginės stimuliacijos mechanizmus. Kaip žinome iš bihevioristinės psichologijos (elgesio) teorijų, tam tikros reakcijos – spontaniškos ir reflektyvios, būdingos ne tik gyvūnams, bet ir žmogui, o kai kurios elgesio formos (pavyzdžiui, įpročiai) atsiranda ir įsitvirtina veikiant operantinio sąlygojimo mechanizmui. Todėl ir neadaptyvus psichoterapijos kliento elgesys arba polinkis reaguoti tam tikru būdu į atitinkamus stimulus (pavyzdžiui, nerimu į bet kokią stresinę situaciją), susiformavęs dėl sąlygojimo mechanizmų, nepasikeičia vien dėl tokio elgesio prigimties ar pasekmių įsisąmoninimo, nepakanka ir vien noro ar apsisprendimo keistis. Tokio elgesio pokyčiams pasiekti reikia arba keisti patį elgesį, t. y. mokytis kitaip reaguoti į tuos pačius stimulus (pavyzdžiui, turinčiam polinkį girtauti mokytis atsisakyti pasiūlymo išlenkti taurelę), arba keisti nepageidaujamą elgesį palaikančias sąlygas taip, kad būtų sumažinta galimybė susidurti su pavojingais stimulais (pavyzdžiui, to paties kliento atveju – vengti geriančiųjų draugijos).

Ir vėl galima pastebėti, kad tokiems pokyčių mechanizmams skirtingos psichoterapinės mokyklos skiria nevienodą dėmesį ir siūlo taikyti skirtingus metodus, atsižvelgiant į savo aprėptyje naudojamas koncepcijas bei tradiciškai sprendžiamas problemas.

Tiesiogiai ar netiesiogiai, sąmoningai to siekdami ar iki galo neįsisąmonindami, visi terapeutai vien jau savo elgesiu (žodiniu ir nežodiniu) neretai sukuria naujus stimulus klientui ir pastiprina tam tikras kliento reakcijas. Tačiau sąlyginės stimuliacijos kontrolė gali būti ir tikslingai pasirinkta nepageidaujamo elgesio keitimo strategija.

Aplinkybių kontrolė

Pokyčių psichoterapijoje gali būti siekiama ir kontroliuojant kliento elgesio (taip pat ir psychopatologinio) pasekmes. Paprastai žmogus dažniau renkasi tokį elgesį, dėl kurio tikisi sulaukti teigiamų pasekmių. Kiekvienas yra patyręs, kad kai yra galimybė rinktis, didesnė tikimybė sulaukti tokio elgesio, iš kurio žmogus tikisi gauti naudos ar malonumo, o ne tokio, kurio pasekmės būtų nemalonios ar žalingos. Ir psichoterapijoje, siekiant keisti kliento elgesį, gali būti bandoma keisti elgesį kontroliuojančias aplinkybes: a) keisti pasekmes, kurias sukelia nepageidautinas (problemiškas ar patologinis) žmogaus elgesys arba b) keisti žmogaus reakciją į numatomas pasekmes, nekeičiant realių aplinkybių.

J. O. Prochaska pateikia du klinikiškus atvejus, iliustruojančius tokių pokyčio mechanizmų taikymą psichoterapijoje. Pirmajame pavyzdyje autorius aprašo atvejį iš savo praktikos, kai koledžo studentas bijojo pasinaudoti viešuoju tualetu, dėl to patirdavo ir praktinio pobūdžio, ir psichologinių sunkumų (neigiamos pasekmės). Terapeutas sudarė su jaunuoliu laikiną sutartį, pagal kurią įsipareigojo, kad už kiekvieną pasinaudojimą viešuoju tualetu mokės studentui kelis dolerius, prieš tai išsiaiškinęs, jog papildyti savo biudžetą (teigiamos pasekmės) studentui buvo svarbu. Dideliam terapeuto džiaugsmui, per porą mėnesių jo piniginė ženkliai suplonėjo.

Antras pavyzdys iliustruoja elgesio keitimą, nekeičiant objektyvių aplinkybių. Drovus vyriškis kankinasi ir užsidarė namuose, nes į jo pasiūlymus susitikti moterys kelis kartus iš eilės atsakė „ne“. Po ilgų šios nemalonios istorijos svarstymų su psichoterapeutu pasikeitė vyriškio svarstymų logika: atsisakymas eiti į pasimatymą – pačių moterų problema, neigiamos pasekmės nieko bloga nepasako apie jį patį, nesusijusios su juo asmeniškai. Neilgai trukus vyriškis vėl pradėjo lankytis viešuose renginiuose ir sėkmingai susipažino su patrauklia moterimi. Taigi aplinkybės, sukėlusios klientui psichologinę problemą, nebuvo pakeistos, bet jų pasekmės, pastiprinusios kliento reakciją, buvo suvaldytos ir reakcija užgesinta.

Apibendrinant galima teigti, kad visi aptarti psichologinių pokyčių būdai yra specifiskai, pasitelkiant skirtingas technikas, naudojami psichoterapijos procese. Kai kurie iš jų – įsisąmoninimo išplėtimas, pasirinkimas ir katarsis – remiasi ir apsiriboja subjektyviaisiais, giluminiais individo aspektais, todėl būdingesni giluminės psichoterapijos tradicijai (ypač psychodinaminei ir humanistinei egzistencinei psichoterapijai), o stimulų

ir aplinkybių kontrolės procesai būdingesni bihevioristinės tradicijos psichoterapijai. Tačiau skirtinga forma ir laipsniu minėti psichologinių pokyčių procesai yra universalūs ir būdingi psichoterapijai apskritai.

Kaip nurodo J. O. Prochaska, perspektyvi kryptis psichoterapijoje – stengtis išnaudoti visus tinkamiausius pokyčių mechanizmus, įtraukiant į pokyčio procesą ir giluminius išteklius, kliento asmenybės potencialą, ir aplinkybių kontrolės galimybes, derinti įsisąmoninimą ir veikimą, gydymą žodžiu ir veiksmu (Prochaska, 2010).

1.6. Empiriniai tyrimai psichoterapijoje

Psichoterapijos moksliniuose tyrimuose yra ieškoma atsakymų į daugelį klausimų, o vienas iš dažniausiai keliamų – *kokie yra psichoterapijos efektyvumo įrodymai?*

Vienas iš tokių įrodymų būdų – empiriniai psichoterapijos praktikos tyrimai, patvirtinantys, kad psichoterapija „veikia“, t. y. sukelia statistiškai reikšmingus, teigiamus ir ilgalaikius klientų elgesio, asmenybės ir gyvenimo pokyčius. Ankstesniame skyrelyje buvo kalbėta apie teorijos reikšmę psichoterapijai ir jos moksliskumo kriterijus, tad lyginamieji ir tęstiniai (longitudiniai) tyrimai gali atskleisti, kurios koncepcijos, kokie teoriniai „priėjimai“ ar intervencijos yra veiksmingesni už kitus.

Kai kurios profesionalų bendruomenės stengiasi susisteminti naudojamus psichoterapijos metodus, atskirdami tuos, kurie turi empiriniais tyrimais pagrįstą (mokslinį) pagrindą, todėl yra (arba spėjama, kad gali būti) veiksmingi, nuo tų, kurie tokio pagrindimo neturi. Pavyzdžiui, Amerikos psichologų asociacijoje veikianči Klinikinės psichologijos draugija yra įsteigusi darbo grupę, atliekančią tarpininkės vaidmenį tarp akademikų ir praktikų, besidominčią informacija apie empirinius tyrimus ir sudarančią psichologinio gydymo būdų, kurie *yra* ir kurie *tikriausiai yra veiksmingi* (angl. *probably effective*), sąrašus, pavyzdžiui, gydant depresiją, valgymo sutrikimus, panikos sutrikimus su agorafobija ir be jos, potrauminį streso sutrikimą, socialines fobijas, rūkymo priklausomybę, šeimos nesantaiką ir kt. (Barlow ir kt., 1999).

Empiriniai tyrimai padeda atsakyti į kitą praktikai svarbų klausimą – *kas gali taikyti modelį, kokiems klientams, kokioms problemoms spręsti, t. y. kokioms sąlygoms esant modelis yra tinkamas ir veiksmingas?*

R. Nelsonas-Jonesas (2011) nurodo keturias grupes kintamųjų, į kuriuos dažniausiai atsižvelgiama tokio pobūdžio tyrimuose:

- o *Terapeuto* charakteristika: profesinis pasirengimas, tinkamas išsilavinimas ir patyrimas, emocinė savijauta, amžius, lytis, kultūra ir kt.
- o *Kliento* charakteristika: problemų prigimtis, ankstesnis psichoterapijos patyrimas, sutrikimų gilumas, šeimos ir aplinkos parama, medikamentinis gydymas, taip pat amžius, lytis, kultūra ir kt.
- o *Proceso* charakteristika: psichoterapinių susitikimų (sesijų) dažnumas, trukmė, psichologinės intervencijos būdai ir kiti konkretūs terapijos turinio bei valdymo ypatumai.
- o *Siekinių* charakteristika: prie jų priskiriami kriterijai, pagal kuriuos galima įvertinti pokyčius po psichoterapijos, ir rezultatų matavimo priemonės, pavyzdžiui, testai, psichometrinės skalės, terapeuto, kliento bei trečiosios šalies pastebėjimai ir pan.

Psichoterapinės praktikos tyrimuose yra naudojami ir kokybiniai, ir kiekybiniai metodai. Pirmuoju atveju detaliai aprašomi atvejai ir informacijai rinkti naudojami atviro tipo klausimynai, o antruoju – atliekamos apklausos ar matavimai, kuriais surenkama ir analizuojama kiekybinė informacija. Ypač produktyvus hibridinis tyrimas, kai yra derinami kokybiniai ir kiekybiniai metodai.

Taigi empiriniai tyrimai gali ne tik pateikti įrodymų apie psichoterapijos modelio mokslinį pagrįstumą, bet ir padėti įvertinti jo veiksmingumą, taip pat rasti atsakymus į konkrečius, praktikai svarbius klausimus. Tačiau, pasak R. Nelsono-Joneso (2011), geri tyrėjai, panašiai kaip ir geri praktikai, turi žinoti ir savo pastangų privalumus, ir ribotumą. Klinikinės praktikos patirtis gali pateikti svarių ir pakankamų įrodymų, patvirtinančių ar paneigiančių akademinų tyrėjų hipotezes. Psichoterapijos raidai, gal net labiau nei kitose srityse, yra svarbūs praktika patvirtinti faktai. Kita vertus, profesionalūs praktikai taip pat yra tyrėjai, kaip jau buvo minėta, terapijos procese jie kelia hipotezes apie savo klientus ir jų problemas, tačiau turi ribotas galimybes visas jas patikrinti. Tokios hipotezės gali būti tinkamas „užsakymas“ tyrėjams mokslininkams.

Psichoterapijos istorijoje, gal net dažniau nei kitose srityse, praktiko ir mokslininko vaidmenys buvo suderinti viename asmenyje, o empiriniai tyrimai yra padėję ne tik atrasti naujus faktus, bet ir pasiekti gilesnes išvalgas, praturtinusias ir psichoterapijos teoriją, ir praktiką.

Taigi dialektinė sąveika tarp teorijos ir praktikos, arba paprasčiau tariant, teoretikų ir praktikų bendradarbiavimas ir „susikalbėjimas“, – svarbi psichoterapijos pažangos sąlyga.

Svarbios sąvokos

psichoterapijos apibrėžimas
bendrieji psichoterapijos tikslai
psichoterapijos turinys
psichoterapijos procesas
psichoterapijos teorija
bendrieji nespecifiniai terapiniai veiksniai
bendrieji specifiniai terapiniai veiksniai
pokyčio procesai
terapiniai santykiai
teigiami lūkesčiai
Hotorno efektas
grįžtamasis ryšys
įsisąmoninimo išplėtimas
pasirinkimas
katarsis
koreguojančios emocijos
intrapsichinis konfliktas
tarpsmeninis konfliktas
individo konfliktas su visuomene
psichoterapijos efektyvumas
empiriniai psichoterapijos tyrimai
dialektinė teorijos ir praktikos sąveika

Literatūra

1. Barlow, D. H.; Levitt, J.; Bufka, L. F. *The dissemination of empirically supported treatments: a view to the future*. Behaviour Research and Therapy, 1999, 37, p. 147–162.
2. Chalmers, A. F. *What is this thing called science? An assessment of the nature and status of science and its methods*. Second edition. Buckingham: Open University Press, 1994.

3. Grissom, R. J. The magical number, 762: Meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996, 64, p. 973–982.
4. *Introduction to the Psychotherapies*. Edited by S. Bloch. Fourth edition. Oxford University Press, 2006.
5. London, P. Metamorphosis in psychotherapy: Slouching toward integration. *Journal of Integrative and Eclectic psychotherapy*. 1988, 7, p. 3–12.
6. Nelson-Jones, R. *Six Key Approaches to Counselling and Psychotherapy*. 2th edition. Sage Publications Ltd., 2011.
7. *Scientific approach to psychotherapy*. Danish Psychological Association. Fredericia, Denmark, 2007
8. Norcross, J. C. An eclectic definition of psychotherapy. *What is Psychotherapy?* Eds. J. K. Zeig & W. M. Munion. Jossey-Bass, 1990.
9. Prochaska, J. O.; Norcross, J. C. *Systems of Psychotherapy*. A Transtheoretical Analysis. 7th edition. Brooks/Cole, 2010.
10. *Psichoterapija*. Knyga profesionalams ir smalsiems. Sud. E. Laurinaitis ir R. Milašiūnas. Vilnius: Vaistų žinios, 2008.
11. *Twenty-First Century Psychotherapies*. Contemporary Approaches to Theory and Practice. Ed. By Joy L. Lebow. John Wiley & Sons, Inc., 2008.
12. Yalom I. D. *Terapijos dovana*. Vilnius: Alma littera, 2005.

Kontroliniai klausimai

- Kaip yra apibrėžiama psichoterapija?
- Kokie yra būtinieji psichoterapijos kaip praktinės veiklos apibrėžimo elementai?
- Kokie yra bendrieji psichoterapijos tikslai?
- Kokie gali būti konkretūs psichoterapijos siekiniai?
- Kuo psichoterapija skiriasi nuo kitokios profesinės veiklos?
- Kaip galima paaiškinti psichoterapijos įvairovę?
- Kuo skiriasi įvairūs psichoterapijos modeliai ir skirtingos kryptys?
- Kaip apibūdinamas psichoterapijos turinys?
- Kas yra psichoterapijos procesas?
- Kaip apibūdinami bendrieji psichoterapiniai veiksniai?
- Kokie yra bendrieji nespecifiniai psichoterapijos veiksniai?
- Kokie yra bendrieji specifiniai psichoterapijos veiksniai?
- Kokia gali būti empirinių tyrimų psichoterapijoje paskirtis?

2 skyrius

INTEGRATYVIOJI PSICHOTERAPIJA

- / Psichoterapijos integravimo prielaidos
- / Integratyviosios psichoterapijos požymiai
- / Psichoterapijos elementų integravimo būdai
- / Integratyviosios psichoterapijos raida

2.1. Psichoterapijos integravimo prielaidos

J. L. Lebowas (2008) knygoje „XXI amžiaus psichoterapijos“ retoriškai klausia: ką mums sako psichoterapijos įvairovė? Ar tai, kad psichoterapijos patyrimas yra toks individualizuotas ir unikalus, jog jį reikia nuolat kartoti iš naujo? Ar psichoterapeutai tiek mažai gali išmokti vieni iš kitų, kad turi atradinėti ratą vėl iš naujo? Ar iš tiesų atrandama vis naujų psichikos ir psichologinių reiškinių, kuriuos reikia permąstyti ir aprašyti iš naujo? Galbūt tų kelių šimtų psichoterapijos modelių autoriai nepastebi, kad jų kūriniai turi kur kas daugiau panašumų nei skirtumų? Kai kurie autoriai netgi mano, kad nors kiekvieno asmens patyrimas psichoterapijoje yra unikalus ir specifiškas, pernelyg didelis psichoterapijos „smulkinimas“ ir konkuruojančių požiūrių pateikimas gali būti naudingas psichoterapeutams, bet žalingas jų pacientams.

Integratyvioji psichoterapija formavosi peržengiant atskirų psichoterapijos mokyklų ribas. Šios krypties psichoterapija aprėpia psichoterapijos modelius, kuriuose pagal tam tikrus principus sujungtos dviejų ar kelių skirtingų psichoterapinių mokyklų teorijos ir prie jų priderintos arba su jomis nesusietos įvairių mokyklų technikos.

Reikėtų skirti du dalykus – *integratyviosios psichoterapijos koncepciją* ir *psichoterapijos integravimo praktiką*. Pirmuoju atveju kalbama apie terapeutų nuostatą, kad dauguma psichoterapijos mokyklų ir formų turi vertingų idėjų ir psichoterapijos teoretikams, ir praktikams, ir

klientams. Todėl, atsiribojant nuo kitokių požiūrių ar metodų, sukuriamos dirbtinės kliūtys mokytis, tobulinti psichoterapijos teoriją ir „savo namų“ metodą. Psichoterapijos integravimo praktika iš esmės reiškia naujų galimybių ir efektyvesnių būdų tyrinėjimą, derinant idėjas ir metodus iš kelių terapijos modelių, kurie pirmine forma egzistuoja kaip atskiros sistemos.

Daugelis tokios pozicijos šalininkų praktiniame psichoterapiniame darbe nuosekliai laikosi vienos pagrindinės psichoterapinės krypties teorijų ir nuostatų, t. y. praktikuoja remdamiesi viena psichoterapine paradigma, bet neatmeta galimybės praturtinti savo profesines pažiūras ir praktiką kitų idėjomis ir atradimais. Todėl kliento problemas ar terapijos procesą bando suprasti ir paaiškinti, taikydami įvairesnes koncepcijas ir požiūrius. Neretai, atsižvelgiant į kliento problemas, situacijos ypatybes ir savo prioritetus, naujas išvalgas ir patirtį, t. y. įrodymais pagrįstą praktiką (*angl. evidence-based-practice*), psichoterapeutai panaudoja kitų mokyklų procedūras ir technikas, arba jas nuosekliai suderindami (integracijos principas), arba netgi jų nesusiedami su savo teorinėmis pažiūromis (eklektikos principas).

Integratyvioji psichoterapija yra jauna psichoterapijos kryptis, atsiradusi psichoterapijos integracijos koncepcijos pagrindu, aprėpianti nemažai palyginti naujų psichoterapijos modelių, sukurtų arba integracijos, arba eklektikos principu, arba derinant juos abu. Tačiau bet kuriuo atveju psichoterapijos teorinių ir techninių elementų jungimas juose nėra atsitiktinis, bet paremtas suprantama logika, paremta arba teorija, arba empiriniais tyrimais, arba įrodymais pagrįsta klinikine praktika.

Daugelio integratyviajai psichoterapijai priskiriamų modelių atsiradimą paskatino tradicinių mokyklų psichoterapeutų nepasitenkinimas metodų efektyvumu bei siekimas juos tobulinti arba geriau pritaikyti pacientų reikmėms, tad galima sakyti, kad šios krypties ištakos ir yra empirika arba, madinga sakyti, įrodymais pagrįstas patyrimas (*angl. evidence-based-experience*) ar argumentuotas patyrimas¹. Vėliau tokie faktai yra (gali būti) patvirtinami empiriniais tyrimais ir pripažįstami mokslo kriterijus atitinkančiais ir naudingais klinikinei praktikai.

¹ Hipokratui priskiriamas teiginys „Nerekomenduojama (medicinoje) vadovautis pasitikėjimu grįstomis rekomendacijomis. Remkimės argumentuota patirtimi.“

Požiūris į psichopatologiją

Integratyvioji psichoterapija, kaip ir reikia tikėtis, psichologinių sutrikimų priežastis aiškina naudodama kelis, dažnai vienas kitą papildančius požiūrius. Sutrikimų priežastys integratyviu požiūriu neapsiriboja vienu veiksmu, bet apima biologinius, sąmonės, pažinimo procesus, emocijas ir tarpasmeninius santykius, t. y. manoma, kad kiekvienas iš minėtų veiksnių gali sutrikdyti, išvesti iš pusiausvyros asmens adaptaciją. Be to, problema, kylanti vienoje iš sričių, persmelkia visas kitas ir gali palikti ryškų pėdsaką kurioje nors vienoje žmogaus funkcionavimo srityje.

Pavyzdžiui, J. E. Youngas, J. S. Klosko ir M. Weishaaras (2003) psichopatologijos *schemos* modelyje parodyta, kaip traumuojančios įvykiai tarpasmeniniuose paciento santykiuose palieka patologinius pėdsakus biologiniu lygmeniu: pogumburio (hypothalamus), migdolinio kūno (amygdale) ir endokrininės sistemos, atsakingos už streso hormoną (cortisol), veiklai. Toks tarpusavio priklausomybės ryšys tarp psichologinių ir psichofiziologinių veiksnių paaiškina, dėl ko taip sunkiai įveikiamos emocinės, kognityvinės ir neurologinės reakcijos, prisidedančios prie psichopatologijos.

Kalbant apie sutrikimų priežastis daugiausia yra diskutuojama, kokie psichosocialiniai praeities veiksniai yra dabartinės paciento būklės pirmtakai (išimtis – kai kurios psichiatrinės ligos (šizofrenija, bipolinis sutrikimas), kai neabejojama, kad jos turi genetinį biocheminį ir neuropsichologinį pagrindą).

Vienas iš plačiai integratyviojoje psichoterapijoje naudojamų įvairių koncepcijų šaltinių yra J. Bowlby (1969, 1973, 1980) prisirišimo teorija. Prisirišimo teorija daro prielaidą, kad vėlesniame gyvenimo periode kylantys psichologiniai žmogaus sunkumai yra problematiškų ankstyvųjų ryšių pasekmė, kai vaikas per anksti patiria atskyrimą nuo globojančių tėvų arba kai artimų ryšių būdas (ypač ryšys su motina) pažeidžia vaiko saugumo jausmą ir formuojasi polinkis į bet kokią naują patyrimą reaguoti kaip į grėsmę. L. P. Watchelis, J. Goldas ir kiti autoriai mano, kad visos dabartinio gyvenimo problemos yra nulemtos tarpasmeninių sunkumų, patirtų praeityje, dėl kurių ir susiformavo siauras, iškreiptas, ribotas gyvenimo supratimas, neadekvatus požiūris į save ir į aplinką, todėl žmogus vengia naujų, nežinomų situacijų,

taip ir negalėdamas išmokti tinkamesnio elgesio, susiformuoti naujus, kitokiam gyvenimo būdui reikalingus įgūdžius (Gold, 1996; Watchel, 1977). Pavyzdžiui, pacientams, kurie augo priešiškoje, kritiškai nusi-teikusioje šeimoje, artimesni tarpasmeniniai ryšiai gali atrodyti skaus-mingi ir vengtini. Tikėdamiesi tokių, kaip ir anksčiau patirti, santykių, jie vengia artimesnių ryšių, taigi praranda galimybes pakeisti turimus įsitikinimus ir išmokti kitokio bendravimo. Todėl ir vėlesni bandymai „ištaisyti padėtį“, tobulinti bendravimą, būna nesėkmingi, nes pacientai kopijuoja ankstesnius bendravimo būdus ir, nemokėdami sklandžiai, šiltai, geranoriškai bendrauti, galiausiai patvirtina savo lūkesčius, t. y. pranašystės išsipildo.

Kai kliento problemos yra labai individualizuotos (*angl. idiographic*), sunkiai vienareikšmiškai formuluojamos, tuomet terapiją geriau apibūdinti ne formuluojant jos tikslus ir taikinius, bet patį terapinį procesą ir intervencijas. Kaip tik klientų problemų išskirtinumas (idiosinkretiškumas) skatina terapeutus integruoti psichoterapiją, nes vienos terapinės mokyklos pagrindu *a priori* numatomi terapijos tikslai ir metodai pasirodo neatitinkantys kliento problemos pobūdžio. Pakankamai neapibrėžti terapijos tikslai numato platesnį galimų pokyčių procesų diapazoną ir jų rezultatus. Kiekviena atskira integratyviosios psichoterapijos forma aprėpia joje integruojamas sistemas. Pavyzdžiui, multimodalinė A. Lazaruso psichoterapija (apie kurią plačiau bus kal-bama kitame skyriuje), pateikia problemos pasireiškimo sričių schemą, o psichoterapijos tikslai ir formuluojami pagal tas sritis, kurios aktu-alios klientui. Tarkim, jei kliento nerimo simptomai daugiausia pasi-reiškia mąstymo ir vaizduotės srityse, terapija ir sieks atsisakyti nerimą keliančių minčių ir pakeisti nerimą keliančius vaizdinius neutraliais ar raminančiais vaizdiniais. B. D. Beitmano (2006) integratyviosios tera-pijos modelyje svarbiausi terapijos tikslai bus siejami su problemišku ateities numatymu, pateiktu paciento pasakojime.

Empiriniai efektyvumo tyrimai

Sisteminių empirinių integratyviosios psichoterapijos efektyvumo tyrimų kol kas nėra daug. Įvairių duomenų, leidžiančių daryti prielaidas apie psichoterapijos integravimo galimybes ir netgi klinikinėje prakti-koje pastebimą integratyviosios strategijos pranašumą prieš vienos

krypties psichoterapiją, pateikia Sheffieldo projektas (Shapiro ir Firth, 1987; Shapiro ir Firth-Cozens, 1990), kuriame pradinė psichodinaminė pozicija buvo papildyta bendru atviro tipo klausimynu, o pagal jį kiekvienam pacientui buvo skiriami būtinesni psichoterapijos metodai. Netgi po dvejų metų psichoterapijoje pasiekti pokyčiai buvo stabilūs. L. Castonguay ir kt. (2005), G. Strickeris ir J. Goldas (2008) tyrinėjimai (cit. pagal G. Stricker ir J. Gold „Integrative Therapy” knygoje „Twenty-First Century Psychotherapies”) parodė panašius, stabilius klinikinės simptomatikos, sukeltus integruojant skirtingų psichoterapijos mokymų požyrius, pokyčius.

Kadangi integratyvioji psichoterapija palyginti nauja kryptis ir jos modeliai dažniausiai kurti tam tikroje vietoje individualios klinikinės praktikos kontekste, empiriniai tokių modelių tyrimai palyginti reti, tačiau, pasak kai kurių autorių (Scottenbauer, Glass, Arnkoff, 2005), gauti rezultatai yra ypač padrašinantys.

M. A. Scottenbaueris ir kt. (cit. pagal G. Stricker ir J. Gold, 2008) metaanalizė parodė, kad 29 integratyviosios terapijos formos gavo bent negalutinius empirinius efektyvumo įrodymus. Kai kuriais atvejais efektyvumą patvirtinančių tyrimų rezultatai nėra pakankamai validūs, nes gauti be palyginimo su kontrolinių grupių rezultatais arba kai kontrolinės grupės nebuvo atsitiktinės. Devynios integratyviosios terapijos formos buvo patvirtintos kaip efektyviai veikiančios pagal aukščiausius tokios rūšies tyrimams keliamus reikalavimus, o trylika – gavo pakankamai patikimus įrodymus. Pirmoje grupėje atsidūrė psichoterapija, integruojanti priėmimo ir įsipareigojimo terapiją, kognityvinę analitinę terapiją, dialektinę elgesio terapiją, į emocijas sutelktą porų terapiją, multisistemine kognityvinę terapiją ir kt.

Kai buvo palyginti 22 integratyvių modelių, taikytų skirtingiems pacientams ir skirtingoms problemoms, rezultatai su atsitiktinių dviejų kontrolinių grupių rezultatais, pasirodė, kad integratyvioji psichoterapija pasiekė tokius pačius arba geresnius rezultatus. Integratyvioji psichoterapija buvo naudinga poroms, asmenims, kenčiantiems nuo ūmios ar lėtinės depresijos, asmenims, pasižymintiems polinkiu iš naujo susirgti depresija, turintiems bendrą nerimo sindromą, rūkaliams, patiriantiems stiprų stresą darbe, turintiems valgymo sutrikimų (persivalgymo), antisocialiems paaugliams, taip pat asmenybės sutrikimų ir potrauminio streso sindromo sutrikimų atvejais (Scottenbauer ir kt., 2005).

Pasak G. Strickeris ir J. Goldas kol kas nepakanka įrodymų teigti, kad tam tikru būdu atlikta integracija (apie tam tikrus psichoterapijos integravimo būdus bus kalbama kitame skyriuje) yra pranašesnė už kitas psichoterapijos formas. Tiesiog akademinėse institucijose gimę psichoterapijos modeliai (pavyzdžiui, multimodalinė psichoterapija, analitinė elgesio arba kognityvinė elgesio) yra daugiau tyrinėjami, jų kūrėjai yra mokslininkai praktikai, kartu su terapinio modelio bandymu vertinantys ir jų veiksmingumą, tad ir skelbiama daugiau jų validumo bei veiksmingumo įrodymų (Stricker, Gold, 2008).

Šiuos duomenis papildo tyrimai, kuriuose bandyta atskleisti paties integracinio proceso nuoseklumo efektyvumą. Pavyzdžiui, jau minėtame Sheffieldo psichoterapijos projekte buvo lyginami du nuoseklumai, kai a) pradinėse sesijose taikyta psychodinaminė terapija, po jos – kognityvinė elgesio psichoterapija ir b) priešingai, pirmiausia taikyta kognityvinė elgesio, o po jos – psychodinaminė psichoterapija. Pacientai, pirmiausia gydyti psychodinamine psichoterapija, tik paskui į terapiją įtraukiant kognityvines elgesio intervencijas, pasiekė geresnių rezultatų, be to, aukštesniais balais įvertino pasitenkinimą psichoterapijos procesu (jautėsi patogiau). Tokius duomenis patvirtino ir tyrimo dalyvių įvertinimas po dvejų metų (Shapiro ir Firth, 1987; Shapiro ir Firth-Cozens, 1990).

2.2. Psichoterapijos integravimo būdai

Integratyviosios psichoterapijos tyrėjai aiškina, kad pagal integracijos logiką galima skirti keturis integracijos būdus arba principus: *techninį eklektizmą, bendrų veiksmių integraciją, asimiliacinę integraciją ir teorinę integraciją* (Gold, 1996).

Nesunku rasti pavyzdžių, iliustruojančių kiekvieną integracijos būdą, sunkiau tiksliai pavadinti integratyvų terapijos modelį, atsižvelgiant į jam sukurti panaudotą integracijos principą. Tyrėjai atkreipia dėmesį į tai, kad kai kurie integratyviosios terapijos modeliai peržengia vieno integracijos būdo ribas, kiti gali būti sukurti ne vienu integracijos būdu, o kai kurie – akivaizdžiai naudoja kelis iš jų.

Techninis eklektizmas

Techninis eklektizmas yra paprasčiausias ir dažniausias psichoterapijos integravimo būdas. Daugelis psichoterapeutų, net ir nenaudo-

dami ar nežinodami integratyviosios psichoterapijos sąvokos, dirbdavo eklektiškai, t. y. pasirinkdavo ir pritaikydavo intervencines technikas, kurios jų požiūriu buvo etiškos, efektyvios, tinkamiausios klientui ir jo problemoms spręsti.

Techninis eklektizmas – mažiausiai teoretizuojanti integracijos strategija, tačiau anaipol ne antiteorinė (Lazarus, Beutler ir Norcross, 1992). Techninio eklektizmo strategija siekiama padėti terapeutui pasirinkti tinkamiausias psichologines intervencijas, tinkamiausią gydymą tam tikram žmogui, atsižvelgiant į jo būseną ir tam tikrą problemą. Atsirenkant ir derinant intervencijas ir konkrečias technikas dažniausiai remiamasi duomenimis, koks metodas praityje labiausiai padėjo daugumai žmonių, turinčių panašius bruožus ir panašias problemas. Taigi prognozuojama, kad tokie metodai, labiausiai tikėtina, bus veiksmingi ir esamu atveju.

Pasak techninio eklektizmo šalininkų, jokių privalomų sąsajų tarp metaįsitikinimų ir technikų nėra, tad bandymas teoriškai pagrįsti teorijų ir technikų tarpusavio ryšį yra tiek pat bergždžias, kiek ir pastangos pavaizduoti žemės kraštą. Tačiau skaitant gausybę psichoterapinės literatūros, tikrai galima aptikti naujų technikų, praturtinančių klinikinę praktiką ir sustiprinančių terapiją (Lazarus, 1967).

Vienas iš tokios techninės eklektikos pavyzdžių – trumpalaikė *nurodančioji psichoterapija* (angl. *prescriptive therapy*) (Beutler ir kt., 2006), kuri remiasi kognityvinės elgesio terapijos tradicijomis ir empirinių tyrimų bei klinikinės praktikos pagrindu siūlo tinkamiausią technikų derinį. Terapeutas planuoja psichoterapijos eigą, pritaikydamas ją prie kliento/paciento reikmių ir galimybių. Bet tipiškas psichoterapijos modelis – du susitikimai per savaitę plius vienas susitikimas po trijų mėnesių, tarpuose tarp susitikimų klientas turi atlikti tam tikrus „namų darbus“ (Barkham, 1986).

Kitas techninės eklektikos pavyzdys – A. A. Lazaruso sukurtas *multimodalinės terapijos* modelis (Lazarus, 2006). Šiame modelyje elgesio terapijos technikos yra papildomos kognityvinėmis, vaizduote pagrįstomis, ir patirtinėmis intervencijomis. Šis modelis plačiau aptiriamas kitame metodinės priemonės skyriuje.

Be šių *sisteminių* eklektinės integracijos modelių, yra dar labiau į praktiką orientuotos terapijos pavyzdžių, kai apskritai nedaug dėmesio skiriama teorijai ar teoriniams požiūriams suderinti, o intervenci-

nių metodų ir technikų pasirinkimas yra toks individualizuotas, kad jų visuma atrodo gana atsitiktinė. Bene labiausiai „klinikinė“, skirtingas strategijas, technikas ir intervencines procedūras pagal individualius kliento/paciento poreikius derinanti, yra *ilgalaikė palaikomoji psichoterapija*. Pradžioje ji buvo vystoma pagal psichodinaminės terapijos kryptį ir vadinta *ilgalaikė psichodinamine palaikomąja terapija*, tačiau vėliau į palaikomąją terapiją buvo pradėtos įtraukti ir kitų paradigmu koncepcijos bei metodai, o terapinėje praktikoje – įvairios intervencinės strategijos ir techniku, paimtų iš skirtingų psichoterapijos mokyklų, deriniai. Palaikomoji terapija remiasi iš edukologijos perimtu *individualaus priėjimo* (prie kliento poreikių ir galimybių) *principu*, t. y. planuojama ir vykdoma pagal individualų planą, kuo labiau priderintą prie tam tikro atvejo ir žmogaus. Todėl jos eklektinės integracijos prologas – visapsis ir išsamus kliento (paciento) būklės, jo gyvenimo situacijos bei aplinkos ištyrimas ir įvertinimas. Manoma, kad lankstus, viena teorija neapribotas technikų pasirinkimas laiduoja, jog terapeutas pasirenks praktinio darbo schemą, kuri geriausiai atitiks aktualiausius kliento (paciento) poreikius bei realias (vidines ir išorines) jo galimybes.

Palaikomoji psichoterapija bus plačiau aptarta atskirame šios metodinės priemonės skyriuje.

Bendrųjų veiksmų integravimas

Ankstesniame skyriuje buvo apžvelgti bendrieji terapiniai veiksniai, daugiau ar mažiau būdingi bet kokiai veikiančiai psichoterapijai.

Kai kurie integratyviosios psichoterapijos modeliai kaip tik ir remiasi bendrųjų terapinių veiksmų integracija. Pavyzdžiui, palyginti naujas tokių pastangų rezultatas – S. Garfieldo (2000) terapijos modelis, kuriame terapija grindžiama išvalgomis, atskleidimu, naujos patirties gavimu ir viltį stiprinančiu terapiniu santykiu. Terapeutas, atsižvelgdamas į paciento patiriamus sunkumus, kaskart turi apsispręsti, koks terapinis veiksnys vyraus, o tuomet peržiūrėti ir atsirinkti, kokios sąveikos ir technikos geriausiai jį parems ir sustiprins. Kiek vėliau kiti autoriai į šį modelį įtraukė vaizduotės technikas (Spark, Miller, Duncan, 2006).

B. D. Beitmanas ir kolegos pasiūlė psichoterapiją integruoti vieno veiksnio – ateities -pagrindu. Jų požiūris į integraciją rėmėsi išvalga, kad visos psichoterapinės mokyklos „sueina į vieną tašką“ – kliento (paciento) ateities klausimą (Beitman ir kt., 2006). Šie autoriai atkreipė

dėmesį į tai, kad visų ar beveik visų efektyvios psichoterapijos formų „klinikiniam fokuse“ yra kliento mintys ir jausmai, susiję su savo ateities perspektyva. Tai, ką ir kaip klientas galvoja apie savo ateitį, kiek ją priima kaip pageidaujamą, nukreipia ir psichologines intervencijas, stengiantis padėti klientui susiformuoti malonų, realistišką ir priimtina požiūrį į gyvenimą, kurio jis norėtų pasiekti.

Autorių nuomone, subjektyvi kliento ateities koncepcija padeda suprasti daugumos psichologinių sutrikimų priežastis. Pavyzdžiui, pacientai, kamuoja nerimo, neretai bent iš dalies kenčia dėl to, kad nuolat įsivaizduoja, jų laukiantį kelyje ar už kampo pavojų ir katastrofas. Depresija taip pat dažnai būna ateities prognozių rezultatas, kai ateitis numatoma ne geresnė už dabartį, o pykčio problemos – būsimų frustracijų ir pažeminimų laukimo rezultatas. Todėl ateities koncepcija, kaip centrinis asmens funkcionavimą organizuojantis veiksnys, gali tapti ir psichoterapijos integravimo centru. Psichoterapeutas turi suprasti kliento „problematiškų lūkesčių vaizdajuostę“ (*angl. problematic expectation videos*) ir tai, kokių psichologinių pokyčių klientui reikia, siekiant ateities įsivaizdavimą paversti patrauklesnį, priimtinesnį ir tikroviškesnį.

Konkrečioms problemoms, slopinančioms ar blokuojančioms tokias kliento pastangas, spręsti terapeutas gali pasirinkti bet kokias atvejui tinkamas intervencijas iš bet kokios psichoterapinės mokyklos arsenalo. Pavyzdžiui, jeigu klientui būdingas niūrus, pesimistiškas požiūris į ateitį, jo problematiškus lūkesčius galima keisti taikant kognityvinį perstruktūravimą; kitų pacientų ateities lūkesčių vaizdajuostėje gali nuolat kartotis bauginantys traumuojančių įvykių praeityje vaizdai, tuomet jiems gydyti tiktų patyriminės ar psichodinaminės intervencijos. Kiti klientai gali turėti šviesesnę pageidaujamą ateities perspektyvą, bet stokoti tam tikrų elgesio ar tarpasmeninio bendravimo įgūdžių, kurie reikalingi savo tikslams pasiekti. Tuomet jiems tiktų socialinių įgūdžių treniruotė, tarpasmeninės ar šeimos terapijos intervencijos. Daugumai klientų (pacientų) greičiausiai reikėtų įvairių metodų kombinacijos, nes jų patologiškas ateities matymas yra nulemtas ir psichologinių, ir socialinių veiksnių.

Teorinė integracija

Pasak J. L. Lebowo, panašiai kaip Albertas Einšteinas paskutiniame mokslinės karjeros etape ieškojo bendros reliatyvumo teorijos, galinčios sujungti bendrąsias ir specifines iki tol sukurtas teorijas, kai

kurie psichoterapeutai ėmėsi kurti tokius teorinius psichoterapijos modelius, kurie konceptualių lygmeniu suvienytų dvi ar kelias psichoterapines sistemas.

Teorinė integracija yra sunkiausiai įgyvendinamas, sudėtingiausias integracijos būdas. Teoriškai integruoti terapijos modeliai yra vientisos sistemos, ne eklektiški senųjų koncepcijų ar technikų junginiai, bet iš esmės nauji psichoterapijos modeliai. Jų pagrindas – teorija, integratyviai paaiškinanti psychopatologiją ir terapinius pokyčius, logiškai sujungianti tradicinių psichoterapijos paradigmu koncepcijas. Jos interpretuoja ir įvairiapusiškai paaiškina žmogaus elgesį, psichologinį patyrimą, tarpasmeninius santykius, naudodamos integratyvias sąvokas, sujungdamos socialinės aplinkos, kultūrinius, psichologinius (motyvacinius, kognityvinius, emocinius) kintamuosius.

Vienas iš pirmųjų teoretikų bei praktikų teigiamai įvertintų teorinės integracijos pavyzdžių yra Wachtelio ciklinė psychodinaminė teorija (1977) ir jos pagrindu sukurtas integratyvus psichoterapijos modelis. Remdamasis psychodinamine tradicija, P. L. Wachtelis aiškina asmenybę, psychopatologiją, psichologinių pokyčių mechanizmus, bet įjungia daug koncepcijų iš elgesio ir socialinio mokymosi teorijų, plačiai naudodamas pastiprinimo ir socialinio mokymosi principų sąvokas, o į vėliau išplėtotą psichoterapijos modelį įtraukia koncepcijas ir metodus iš kognityvinės, sisteminės ir patyriminės terapijos (1997). Ši teorinės integracijos atvejį detaliau aptarsime atskirame skyriuje.

Kiti teorinės integracijos pavyzdžiai – kognityvinė-analitinė psichoterapija (Ryle, McCutcheon, 2006), integruojanti kognityvinę elgesio terapiją ir objektų ryšių teoriją; D. M. Alleno (1993) unifikauta psichoterapija, integruojanti individualistinį ir sisteminį požiūrius į psichoterapiją; H. Fensterheimo (1993) elgesio psichoterapija, integruojanti psychodinaminį ir biheivioritinį požiūrius (cit. pagal Lebow, 2008).

Asimiliacinė integracija

Asimiliacijos būdu integruota psichoterapija išsaugo pastovią teorinę kryptį (paradigmą), bet pasisavina ir priderina prie jos kitų orientacijų koncepcijas ir technikas. Būtent toks integracijos modelis yra populiariausias šiuolaikinėje integratyviojoje psichoterapijoje.

Pirmasis asimiliaciją kaip tinkamą integravimo būdą į elgesio pokyčius nukreiptoje terapijoje paminėjo S. Messeris (1992), atkreipdamas dėmesį į tai, kad žmogaus elgesį suprasti padeda fizinis, istorinis (biografinis) ir socialinis (tarpasmeninių santykių) kontekstai, o kiekviena psichologinė intervencija – terapeuto sąveika su klientu ir elgesys – dar vienas svarbus kontekstas. Todėl ir į elgesio terapiją reikėtų asimiliuoti šios sąveikos (t. y. dinamiškų terapinių santykių čia ir dabar) koncepcijas iš kitų kryptių psichoterapijos, asimiliuoti, išverčiant jas į elgesio teorijų kalbą (biheavioristinė terminologija), o gal netgi asimiliuoti technikas, padedančias tokią sąveiką kurti, taip išplečiant bendrą elgesio psichoterapijos kontekstą.

Taigi ir šiuo, ir kitais atvejais asimiliacinė integracija neapsiriboja išdėstytu požiūriu – išplėsti teorinį terapijos kontekstą ir eklektiškai sujungti technikas, bet prie išplėsto konteksto nuosekliai priderina naujas, anksčiau nebūdingas technikas. Kartais naujosios naudingos technikos tik šiek tiek pakeičiamos, pritaikant prie bendros psichoterapijos eigos, o kartais – keičiamos iš esmės. Kai asimiliuojamos visai skirtingos teorinės krypties metodikos (pavyzdžiui, gešaltinės technikos į psichodinaminę terapiją), sukurtos visai kitam kontekstui, iš esmės pasikeičia ir jų paskirtis bei taikymo procedūros.

Techninio eklektizmo ir teorinės integracijos palyginimas

Kaip minėta, psichoterapija gali būti integruojama pagal skirtingą strategiją ir principus, tačiau ryškiausiai skiriasi du psichoterapijos integravimo būdai – *techninis eklektizmas ir teorinė integracija*.

Pagal J. O. Prochaskos pateiktą kulinarinę metaforą, eklektikas gamina pietus iš skirtingų patiekalų, o integruotojas sukuria naują patiekalą, sumaišydamas skirtingas sudedamąsias dalis. Eklektikas į psichoterapijos modelį įterpia procedūras, nebūtinai sutikdamas su jas aprašančiomis teorijomis, o teorinės integracijos modeliai derina skirtingas sistemas, kurios gali būti filosofškai nesuderinamos. Apibendrinti eklektizmo ir teorinės integracijos bruožai yra pateikti lentelėje.

1 lentelė. Eklektizmo palyginimas su integracija
(šaltinis: Prochaska ir Norcross, 2010, p. 462)

Eklektizmas	Integracija
Techninis	Teorinis
Divergentinis (skirtumai)	Konvergentinis (panašumai)
Pasirenkama iš daug ko	Kombinuojama daug kas
Pritaikoma, kas yra	Sukuriama kažkas naujo
Kolekcija	Mišinys
Pritaikomos dalys	Suvienodinamos dalys
Ateoretinis (be pozicijos), bet empirinis	Daugiau teorinis nei empirinis
Dalių suma	Daugiau nei paprasta dalių suma
Realistinis	Idealistinis

Galima pastebėti, kad *eklektizmo* terminas turi „šešėlių“ – nemažai daliai klinacistų eklektizmas turėjo, o ir tebeturi, neigiamą emocinį atspalvį, nes asocijuojasi su *atsitiktinumu* ir *neapibrėžtumu*. Belieka stebėtis, kiek daug klinacistų jau seniai prisipažino, kad dirba eklektiškai (Garfield, 1980).

Kai kurie autoriai mano, kad iš tikrųjų panašūs kaltinimai turėtų būti peradresuojami *sinkretizmo* praktikai, kai naudojamos nekritiškos ir nesistemiškos technikų kombinacijos (Norcross, 1990). Atsitiktinis technikų kombinavimas psichoterapijoje, „sumetimas į krūvą“ be aiškios logikos, vien tik susitarimo ar net terapeuto užgaidos pagrindu, atsiranda dėl blogo profesinio pasirengimo, nekompetentingumo ir asmeninių tikslų prioriteto prieš profesinę etiką. Toks „savavaliavimas“ neturi nieko bendra su techninio eklektizmo strategija, kai technikų pasirinkimas remiasi loginiu nuoseklumu, sistemiškumu ir empirine patikra.

Empirinė patikra (verifikavimas) yra mokslo kriterijus, kai sprendimas apie metodikų tinkamumą pagrindžiamas klinikiniu patyrimu, sukauptu per ilgą laiką vykusius klinikinius tyrinėjimus ir praktiką. Prieš daugelį metų Rotteris (1954, cit. pagal Prochaska, 2010, p. 461) yra pastebėjęs: „Bet koks sisteminis mąstymas yra ankstesnių požiūrių sintezė. Nesvarbu, ar (modelis) eklektiškas, ar neeklektiškas, svarbu, ar jis yra, ar nėra nuoseklus ir sistemiškas.“

Teorinės integracijos strategija – neabejoja jos šalininkai – sukuria sistemiškus terapijos modelius, kuriuose skirtingų kryptių teorijos ir konceptualiai pagrįstas intervencijos metodų jungimas padeda ne tik nuodugniau, visapusiškiau suprasti paciento asmenybę bei pokyčių mechanizmus, bet ir atveria naujas terapinio poveikio galimybes, t. y. naudinga terapinei praktikai ir jos efektyvumui.

Kaip nurodo J. O. Prochaska, psichoterapeutai yra sukūrę daugybę savotiškų klinikinių hibridų, kombinuodami praktiškai visas psichoterapijos teorijas. Netgi yra ketinimų „sulydyti“ į vieną visumą visas pagrindines psichoterapines sistemas ir sukurti *transteorinės psichoterapijos* modelį. Vis dėlto tam tikri teorinių orientacijų deriniai iki šiol yra sėkmingiausi ir buvo tam tikru metu populiariausi.

Teorinės integracijos rezultatus tyrinėjo ne vienas autorius, tad jų atliktų metaanalizių pagrindu galima pamatyti, kokių teorinių orientacijų kombinacijos vienu ar kitu metu buvo populiariausios (2 lentelė).

2 lentelė. Dažniausios teorinių orientacijų kombinacijos
(šaltinis: Prochaska, Norcross, 2010, p. 462).

Kombinacijos	1976		1986		2003	
	%	Rangas	%	Rangas	%	Rangas
Bihevioristinė ir kognityvinė	5	4	12	1	16	1
Kognityvinė ir humanistinė			11	2	7	2
Kognityvinė ir psichoanalitinė			10	3	7	2
Kognityvinė ir tarpasmeninė			4	12	6	4
Kognityvinė ir sistemų			4	14	6	4
Humanistinė ir tarpasmeninė	3	6	8	4	5	6
Tarpasmeninė ir sistemų			5	7	4	7
Psichoanalitinė ir sistemų			4	9	3	8
Tarpasmeninė ir psichoanalitinė			4	15	3	8
Elgesio ir tarpasmeninė			4	13	2	10
Elgesio ir sistemų			5	7	2	11
Humanistinė ir psichoanalitinė			4	12	2	11
Elgesio ir humanistinė	11	3	8	4	1	13
Elgesio ir psichoanalitinė	25	1	4	9	1	14

P. S. Vienų metų informacija, pagrįsta tyrimu (Garfield ir Kurtz, 1976), kuriame pateikti ne visų kombinacijų procentai ir rangai.

2. 3. Integratyviosios psichoterapijos raida

Netgi pirmųjų pripažintų psichoterapijos krypčių (psichoanalizės ir bihevioristinės arba elgesio terapijos) klestėjimo laikotarpiu buvo terapeutų, abejojančių savo praktikuojamų metodų validumu ir išskirtinumu. Pasirodydavo straipsnių, kurių autoriai stengėsi suderinti psichoanalitines idėjas ir metodus su „akademines“, laboratorijose kuriamos psichologijos pasiekimais. Biheviorizmo atstovai, pradėję psichoterapijos praktiką, įsitikindavo, kad bihevioristinės koncepcijos

nepadeda suprasti giliųjų elgesio mechanizmų, ir nors terapijoje pasiekama išpūdingų elgesio pokyčių, per dažnai jie neišlieka ilgam.

Pirmuoju integratyviosios psichoterapijos leidiniu laikytinas T. Frencho (French, 1933) straipsnis (čia ir toliau šiame skyrelyje cit. pagal J. L. Lebow, 2008), kuriame jo autorius metė iššūkį psichoanalizei, skatindamas ją neignoruoti, bet integruoti klasikinio sąlygojimo koncepcijas, pripažintas akademinuose sluoksniuose kaip turinčias mokslinį pagrindą ir tinkamas ne tik gyvūnų, bet ir žmonių elgesiui paaiškinti.

Toks iš akademių sluoksnių autoriteto atėjęs kvietimas buvo išgirstas ir klinikinėje praktika užsiimančių psichoanalitikų, ir psichoanalizės praktika besidominčių bihevizizmo teoretikų. Žinomi psichoanalitikai ir akademiniai psichologai Frencho idėjų pagrindu ėmė kurti labai sudėtingas teorijas, supindami psichoanalizę ir elgesio teorijas (dabartine terminologija toks bandymas – teorinė integracija). Reikšmingi tokio tipo darbai – R. R. Searso (Sears, 1944) pastiprinimo reikšmingumo psichoterapiniams santykiams tyrinėjimai bei J. Dollardo ir N. E. Millerio (1950) knyga „Asmenybė ir psichoterapija“, kurioje autoriai bando sintezuoti pamatines psichoanalizės koncepcijas (pašąmoninės motyvacijos, konflikto, nerimo, gynybos mechanizmų) su laboratoriniais eksperimentais pagrįstomis teorijomis, vystytomis O. H. Mowrerio, E. Tolmano, C. Hullo, K. Spenco. Nors pasirodžiusi ši knyga nesusilaukė ypatingo dėmesio, po dviejų dešimtmečių ji buvo vėl atrasta ir davė stiprų postūmį naujiems bandymams kurti integratyvius terapijos modelius.

Kiti psichoanalitinės krypties klinicistai revizavo psichoanalizės technikas ir integravo naujoves, turinčias didelį poveikį tolesnei integratyviosios psichoterapijos plėtotei. Ypač reikšmingas šiuo požiūriu buvo F. Alexanderio ir T. Frencho veikalas „Psichoanalitinė terapija“ (1946). Jie siūlė reformuoti klinikinės psichoanalizės koncepcijas ir metodus, išplečiant veiksmų, galinčių sukelti pokyčius, kiekį; greta kartinės klasikinės psichoanalizės *įžvalgos* siūlė naudoti kitą – *koreguojančių emocijų patyrimo* – mechanizmą. Toks patyrimas, autorių nuomone, ir be *interpretacijos* galėjo perdirbti ir pagerinti pagrindinį psichodinaminį paciento konfliktą. Svarstydami *įžvalgų* vaidmenį psichoterapijoje, jie atkreipė dėmesį į tai, kad *įžvalga* tiek pat dažnai gali būti ir pokyčio priežastis, ir pasekmė; taip pat svarstė labiau suplanuotos ir į konkre-

tesnį rezultatą nukreiptos intervencijos galimybes. Nors tokias idėjas tradiciniai psichoanalitikai tuomet sutiko priešišškai, vėliau jos paskatino permąstyti psichoterapeuto vaidmenį ir išvalgos koncepcijos bei interpretavimo intervencijos unikalumą.

Vėliau, plėtodamas integratyvų požiūrį, F. Alexanderis (1963) domėjosi pastiprinimo ir sąlygojimo mechanizmų veiksmingumu bei jų panaudojimo galimybėmis psichoanalitinės orientacijos terapijoje, taip pat tarpasmeniniais veiksniais ir kaip terapeuto pritarimas ar palankumas gali pastiprinti sveiką arba problematišką paciento elgesį. Panašius klausimus panašiu metu sprendė ir kitas autorius – E. I. Baieris, bandęs sujungti Skinnerio ir Freudų teorijas. Jis aiškino, kad ir pašąmoninius reiškinius (fantazijas, motyvus, konfliktus), taip pat kaip ir elgesį, tiriamą laboratorijose, galima keisti elgesio terapijos technikomis (t. y. panaudoti teigiamą ir neigiamą pastiprinimą, formavimą, pripratimą ir kt.), o tam naudojama priemonė – atitinkamu būdu formuluojamos terapeuto interpretacijos (Baier, 1966).

Susidomėjimas psichoterapijos integravimu ir tokių galimybių tyrimai ypač sustiprėjo JAV kultūrinių ir socialinių revoliucijų dešimtmėčiu – 1960–1970 metais. Be minėtų autorių, į eksperimentavimą su kūrybiškais skirtingų terapijos mokyklų idėjomis įsitraukė kiti tyrėjai ir ypač praktikai. Tokių pastangų rezultatai – A. E. Bergino sensori- nės desensibilizacijos sintezė su į klientą orientuota terapija, skirta fobijoms ir nerimo sutrikimams gydyti (Bergin, 1968); B. W. Featherio ir J. W. Rhodeso psichoanalizės idėjų sujungimas su elgesio terapijos metodais (Feather ir Rhodes, 1973) bei kognityvinės ir elgesio terapijos idėjų, taip pat kai kurių metodų sujungimas į bendrą sisteminių modelių, kuris dabar netgi nevadinamas integratyviosios psichoterapijos vardu, bet laikomas savarankiška psichoterapine sistema (kognityvine ir elgesio terapija).

Reikšmingiausias kito dešimtmečio įvykis, tapęs lūžiu integratyviosios psichoterapijos istorijoje ir sukėlęs didžiulį susidomėjimą ne tik JAV, bet ir visoje vakarietiškoje psichoterapeutų bendruomenėje – P. L. Wachtelio knyga „Psichoanalizė ir elgesio terapija: integracijos link“ (Wachtel, 1977). Manoma, kad ji įteisino integratyviosios psichoterapijos kryptį ir atskleidė teorinės integracijos potencialą. Praėjo laikas, kai buvo jungiamos tik „didžiųjų“ psichoterapijos kryptių idėjos ir

metodai. Kaip iš gausybės rago pasipylė skirtingais integracijos būdais, dažniausiai – eklektiniais ir asimiliaciniais – sukurti psichoterapijos modeliai, derinantys humanistinės psichologijos idėjas ir patyriminius metodus (Watson, 2006), kognityvinius, elgesio ir psichoanalitinius komponentus (Ryle ir McCutcheon, 2006), integruojamos skirtingų mokslų *sistemos koncepcijos* (Heitler, 2006), filosofiniai ir epistemologiniai principai (Anchin, 2006), politiniai ir kultūriniai kintamieji (Consoli ir Chope, 2006).

Kas nulėmė tokį integratyviosios psichoterapijos spurtą per pastaruosius du dešimtmečius?

J. C. Norcrossas ir C. Newmanas (Norcross ir Newman, 1992) nurodo aštuonis tam įtaką padariusius ir tebedarančius veiksnius:

1. sparčiai didėja psichoterapijos mokyklų skaičius;
2. nėra moksliskai pagrįstų įrodymų, kad vienas metodas yra pranašesnis už kitus;
3. nėra vienos teorijos, galinčios paaiškinti ir prognozuoti elgesio, asmenybės, pokyčių įvairovę;
4. stiprus poreikis trumpalaikiai, į konkretaus tikslo pasiekimą orientuotai terapijai, atsiranda daug tokios terapijos formų;
5. geresnė komunikacija tarp praktikų ir mokslininkų, didesnės galimybės eksperimentuoti;
6. „niūrios realybės“ efektas ilgalaikės psichoterapijos atveju;
7. bendrų veiksnių išskyrimas bet kokioje veiksmingoje psichoterapijoje;
8. profesinių organizacijų, konferencijų, mokslinių publikacijų, skirtų psichoterapijos integravimo temai, atsiradimas.

Iš pateiktos apžvalgos galima pastebėti, kad ši kryptis atsirado ir buvo intensyviausiai plėtota JAV ir Didžiojoje Britanijoje, o pradiniai integratyvūs psichoterapiniai modeliai buvo skirti palyginti sveikiems pacientams, turintiems neurozinių ir (ar) nerimo sutrikimų.

Tačiau šiuo metu psichoterapijos integracija yra tarptautinė, jos šalininkų, praktikų ir tyrėjų yra visuose žemynuose, o ypač svarus indėlis priklauso tyrėjams iš Argentinos, Čilės, Italijos, Vokietijos, Nigerijos bei Naujosios Zelandijos. Integratyvi terapija taikoma ir gydymo įstaigose, ir privačioje praktikoje. Empiriškai patvirtintas jos tinkamumas labai dideliame pacientų skaičiui: nuo sergančių šizofrenija (Hellcamp,

1993) iki turinčių ribinių asmenybės sutrikimų (Allen, 2006), priklausomybių (Cummings, 1993) ir neurologinių sutrikimų (1993).

Nors pirminiai integratyvūs terapijos modeliai buvo kurti individualios suaugusių žmonių psichoterapijos kontekste, dabar yra parengti ir darbo su vaikais (Gold, 1992), su poromis (Lebow, 2006) ir šeimomis (Nichols, 2006) modeliai.

Perspektyvos

Kai kurie autoriai prognozuoja, kad viena ar daugiau formų integratyvioji psichoterapija atstovaus XXI amžiaus psichoterapijos *Zeitgeist* (angl. *Spirit of time*). Tie patys veiksniai, kurie stimuliuo pirmuosius psichoterapijos integravimo bandymus, toliau stums psichoterapiją teorijų ir gydymo metodų integracijos link. Pasak autorių, daugiau kaip 90 proc. psichoterapijos mokymo programų jau dabar supažindina studentus su specifinėmis integratyvios ir eklektinės terapijos formomis, su multimodaliniais, bendrųjų veiksnių ir transteoriniais modeliais (Lampropoulos ir Dixon, 2007). Objektivos sąlygos ir sociokultūriniai pokyčiai lems trumpalaikės, integratyvios ir nurodančios intervencijos poreikį (Prochaska, Norcross, 2010).

Terminuota (apibrėžta laike) psichoterapija ir jos integratyvus pobūdis daug kam atrodo patrauklus. Trumpas terminas įspėja, kad terapija bus aktyvi iš esmės, bendradarbiaujanti pagal santykius, eklektiška pagal orientaciją (Hoyt, 1995). Terapijos trumpumas ir integruotumas atitinka pragmatišką ir lankstų požiūrį į gydymą, priešingą tai ideologijai, kuri būdinga anksčiau vyravusioms psichoterapijos mokykloms.

Teorinė integracija ir techninis eklektizmas gali skirtis pagal tam tikrus jų pasireiškimo ypatumus. Kai kurie autoriai, pavyzdžiui, prognozuoja, kad sustiprės psichoterapijos kryptčių konsolidacija, įjungiant vis daugiau ir daugiau pažinimo mokslų ir neurobiologijos mokslų atradimų (Goldfried ir Castonguay, 1992). Nors galbūt nemažai psichoterapeutų, dirbančių vienos psichoterapijos kryptties pagrindu, toliau gerbs ir vertins savo teorinį tapatumą, vargu ar praktika neprivers jų pastebėti ir savo požiūrio ribotumą, nepaskatins bent išbandyti kitus metodus, t. y. tapti integralistais *de facto* (Goldfried ir Castonguay, 1992).

Techninio eklektizmo šalininkai (pavyzdžiui, A. Lazarusas), spėja, kad teorinės integracijos ribotumai ateityje turėtų dar labiau išryškėti, o konkrečiam sutrikimui pritaikytas gydymas – tapti kasdienybe. Kai bus iki galo apibrėžtos pagrindinės psichoterapeutų kompetencijos, nebe-

liks konkurencijos tarp skirtingų teorijų. Visos gerbiamos psichoterapijos mokyklos mokys įrodymais pagrįstos praktikos patvirtintų gydymo metodų ir tie metodai, kurie klinikinėje praktikoje bus pripažinti kaip veiksmingi, ir bus diegiami į standartinę klinikinę praktiką. Psichologinės intervencijos bus pritaikytos ne tik klinikinėms diagnozėms, bet taip pat nedideliems kiekybiniais standartizuotais klausimynais kliento charakteristikoms (pavyzdžiui, pasipriešinimo lygiui, pokyčio tarpiniui, kultūriniais veiksniais ir kt.).

Kita spėjama psichoterapijos integravimo kryptis – stiprės pastangos prie kliento individualybės pritaikyti psichoterapijos santykius. Eklektizmas nenurodinėja (ir negali nurodyti), kokie terapeuto santykiai turėtų būti su klientu, nes pagrindinis reikalavimas psichoterapeutui – jautriai prisitaikyti prie kliento ir jo problemos ypatumų.

Matyt, subrendusi psichoterapijos integracija bus instutualizuota ir pradėta traktuoti kaip dar viena atskira psichoterapinė sistema, užmirštant, kad pradžioje ji kūrėsi kaip *atvira* naujam žinojimui sistema ir kūrėsi tam, kad būtų *atvira* sistema. Bet kuriuo atveju integracija laiviuos kelyje tarp dviejų riboženklių – atsitiktinio sinkretizmo iš vienos pusės ir ideologinio institucionalizmo keliamų pavojų iš kitos (Prochaska, Norcross, 2010).

Pagrindinės sąvokos

integratyvosios psichoterapijos koncepcija

integratyvus psichoterapijos modelis

integratyvi psichoterapinė praktika

techninis eklektizmas

bendrujų veiksmių integracija

teorinė integracija

asimiliacinė integracija

įrodymais pagrįsta patirtis

ateities vaizdajuostė

trumpalaikė psichoterapija

sinkretizmas

idiosinkretinė problema

Literatūra

1. Barkham, M. *Brief Prescriptive Therapy in Two-plus-one Sessions: Initial Cases from the Clinic*. Behavioural Psychotherapy. Cambridge Journal online, Behavioral and Cognitive Psychotherapy 1989, 17, p. 161–175
2. Erskine, R. G.; Moursund, J. P. *Integrative Psychotherapy in Action*. Karnac Books, 2010.
3. Garfield, S. Eclecticism and integration: A personal retrospective view. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2000, 10, p. 341–356.
4. Lazarus, A. A. Technical eclecticism and multimodal therapy. *Twenty-first century psychotherapies* (ed. by J. L. Lebow), John Wiley & Sons, Inc., 2008, p. 424–452.
5. London, P. Metamorphosis in psychotherapy: Slouching toward integration. *Journal of Integrative and Eclectic psychotherapy*. 1988, 7, p. 3–12.
6. Moursund, J. P.; Erskine, R. G. *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship*. Thomson/Wadsworth: Brooks/Cole, 2003.
7. Prochaska, J. O.; Norcross, J. C. *Systems of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis*. 7th edition. Brooks/Cole, 2010.
8. Shapiro, D.; Firth, J. Prescriptive versus exploratory psychotherapy: Outcomes of the Sheffield Psychotherapy project. *British Journal of Psychiatry*. 1987, 151, p. 790–799.
9. Shapiro, D.; Firth-Cozens, J. Two year follow-up of Sheffield Psychotherapy project. *British Journal of Psychiatry*. 1990, 157, p. 389–391.
10. *Twenty-First Century Psychotherapies*. Contemporary Approaches to Theory and Practice. Ed. By Joy L. Lebow. John Wiley & Sons, Inc., 2008.
11. Young, J. E.; Klosko, J. S.; Weishaar, M. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press, 2003.

Kontroliniai klausimai

- Kas būdinga integratyviosios psichoterapijos koncepcijai?
- Kas būdinga integratyviai psichoterapijos praktikai?
- Kuo pasireiškia techninis eklektizmas?
- Kaip vyksta bendrųjų terapijos veiksmų sujungimas?
- Kaip pasireiškia teorinė psichoterapijos integracija?
- Kas būdinga asimiliacinei integracijai?
- Kokie yra eklektizmo ir teorinės integracijos skirtumai?

- Koks yra esminis validaus integratyviosios psichoterapijos modelio požymis?
- Kaip psichoterapijoje gali pasireikšti sinkretizmas?
- *Kas paskatino integratyviosios psichoterapijos atsiradimą?*
- *Kokie aštuoni veiksniai darė ir tebedaro įtaką integratyviosios psichoterapijos plėtrai?*
- *Kokie pavyzdžiai iliustruoja skirtingų integracijos būdų pritaikymą?*
- *Kokios yra integratyviosios psichoterapijos tolesnės raidos perspektyvos?*

3 skyrius

INTEGRATYVŪS PSICHOTERAPIJOS MODELIAI

3.1. A. Lazaruso multimodalinė terapija

/ Bendra charakteristika: Modelio integratyvumas ir eklektizmas

/ Asmenybės ir psichopatologijos teorija

/ Multimodalinės terapijos turinys

/ Multimodalinės terapijos procesas

/ Terapiniai santykiai

Bendra charakteristika: Modelio integratyvumas ir eklektizmas

A. A. Lazaruso multimodalinė terapija yra trumpalaikės integratyviosios psichoterapijos modelis, techninės eklektikos pavyzdys. Ji buvo vystoma tradicinės biheavioristinės psichoterapijos kontekste ir elgesio teorijos visada išliko teoriniu jos pamatu.

A. Lazarusas (gim. 1932 m.) buvo elgesio terapijos pradininko J. Wolpe'o mokinys, tačiau savo klinikinėje praktikoje gana anksti pastebėjo elgesio terapijos ribotumus – per terapiją pavykdavo pasiekti puikių rezultatų, bet nepasisekdavo jų įtvirtinti: po tam tikro laiko psichopatologinė simptomatika ir pacientų problemos atsinaujindavo (cit. pagal Stricker ir Gold, 2006). Tyrinėdamas savo ir kitų praktinį patyrimą bei mokslinę literatūrą, autorius įsitikino, kad kadangi žmogaus elgesys priklauso ne tik nuo pastiprinimų ir išmokimo, bet ir nuo įvairių kitų psichologinių, tarpasmeninių ir biologinių veiksnių, tad ir jo sutrikimus galima paaiškinti kur kas įvairesnėmis koncepcijomis ir sėkmingiau paveikti, derinant įvairesnes intervencijas. Iš pradžių A. A. Lazarusas plėtojo mintis apie įvairių psichoedukacinių, psichoterapinių

ir farmakologinių priemonių sintezę, linko prie teorinės integracijos, bet vėliau ėmėsi techninės integracijos ir siūlė elgesio terapiją papildyti kognityvinėmis intervencijomis (Lazarus, 1966).

Ir vėlgį toliau tyrinėdamas klinikinę praktiką, autorius nustatė, kad kognityvinės psichoterapijos technikomis papildyta elgesio terapija duoda stabilius teigiamus rezultatus tik tam tikrų problemų atvejais (pavyzdžiui, gydant situacijos paskatintas krizes ar aplinkybių sekos sukeltus sunkumus), bet menkai tepadeda žmonėms, kenčiantiems dėl kitų problemų (pavyzdžiui, obsesinio kompulsinio sindromo, panikos priepuolių, priklausomybių ir kitokio saviDestruktyvaus elgesio). Ieškodamas papildomų intervencijos būdų, autorius elgesį ir kognicijas susiejo su kitais modalumais (kontekstais), t. y. vaizduote, sensoriniais ir emocijų procesais.

1973 m. akademinėi bendruomenei ir profesionalams buvo pristatytas pirminis trumpalaikės, bet išsamios multimodalinės terapijos modelis, o 1981 m. – paskelbtas psichoterapijos klasika tapęs leidinys „Multimodalinės terapijos praktika“ (*angl. The Practice of Multimodal Therapy*). A. A. Lazarusas buvo ir tebėra labai produktyvus mokslininkas, paskelbęs daugiau nei 250 mokslinių publikacijų ir parašęs 18 knygų, vienas iš įtakingiausių pasaulio mastu psichoterapeutų, charizmatiška asmenybė ir puikus oratorius (cit. pagal Prochaska ir Norcross, 2010).

Multimodalinė A. Lazaruso terapija remiasi kognityvine socialinio mokymosi teorija, kuri nėra nei papildyta, nei kaip nors paveikta kitų psichologinių mokyklų pažiūrų. Tai – fundamentalusis A. Lazaruso terapijos pamatas. Šia teorija yra pagrįsta kognityvinė ir elgesio terapija. Tačiau A. Lazarusas, sujungdamas šią teoriją su kai kuriomis psichoanalitinės krypties teorijomis, sukūrė savitą, integratyvią asmenybės teoriją, vadinamą *cikline-dinamine asmenybės teorija*, o jos pagrindu sukūrė savitą, integratyvų dinaminės-elgesio psichoterapijos modelį. Be to, psichoterapinėje praktikoje jis kūrybiškai derino psichoanalitines, kognityvines ir elgesio terapijos technikas ir skatino terapeutus, ieškančius tinkamiausių intervencijos metodų, rinktis bet kokias tinkamas technikas iš bet kokio psichoterapijos modelio, jei tik turima empirinių įrodymų, kad jos yra arba gali būti veiksmingos esamai problemai spręsti. O jei empirinių tyrimų pritrūktų, A. A. Lazarusas siūlė remtis klinikine literatūra ir apibendrinta klinikine patirtimi.

Asmenybės ir psichopatologijos teorija

Multimodalinė asmenybės teorija, kaip ir reikėtų tikėtis iš pavadinimo, yra plati ir talpi. Pagrindinė filosofinė jos prielaida – kiekviena asmenybė yra tarpusavyje susietų veiksmų kompleksu padarinys. Tie veiksniai – biologinis genetinis pamatas, socialinio mokymosi istorija, fizinė aplinka. Genetika ir paveldėjimas yra svarbūs kai kurių sutrikimų kilmei (etiologijai) (pavyzdžiui, nuotaikos, šizofrenijos sutrikimams). Garsioji socialinio mokymosi triada – klasikinis sąlygojimas, operantinis sąlygojimas, netiesioginis sąlygojimas/modeliavimas – prisideda prie tam tikrų sutrikimų raidos, nors dauguma klininių sutrikimų veikiau kyla iš suvoktų asociacijų nei iš realaus sąlygojimo.

A. Lazarusas, nuo grynai bihevioristinės perspektyvos artėdamas prie fenomenologiškesnio ir ryškiau kognityvinio požiūrio, primindavo, kad žmonės nedažnai į išorinius stimulus reaguoja automatiškai, kur kas dažniau reaguojama į kognityvines stimulų reprezentacijas. Pripažindama, kad asmenybės vystymąsi veikia daugybė vidinių ir išorinių jėgų, multimodalinė teorija pabrėžia biologinį sluoksnį ir mokymosi istoriją plačiaja prasme.

Lazarusas psichologinėms pažiūroms terapijoje taikė *Occamo skustuvo* (angl. *Occamo Razor*)² principą ir siūlė remtis terapijos reikmes atitinkančiu ir pakankamai (mokslu ar klinicine praktika) pagrįstu, bet pačiu paprasčiausiu požiūriu į asmenybę ir psichopatologiją. Pavyzdžiui, kai kurie veiksniai, turintys įtakos asmenybės ir psichopatologijos raidai, pasak Lazaruso, turi būti „palikti ramybėje“: asociacijos ir ryšiai tarp įvykių; modeliavimas ir imitacija; neišsąmoninti procesai; gynybinės reakcijos; intymūs įvykiai; metakomunikacija; fiziniai apribojimai. Ir netgi tokia susiaurintame modelyje, pasak autoriaus, nėra reikalo ypač detaliam teoriškai išaiškinti (teoretizuoti) jo komponentus (Lazarus, 1997; cit. pagal A. Lazarus, 2008).

Multimodalinė terapija, laikantis to paties *Occamo skustuvo* principo, siūlo tam tikrą problemą analizuoti kaip *vieno ar kelių*, anksčiau asmens nesuprastų, veiksmų rezultatą. Tokie veiksniai gali būti: konf-

² XIV a. logikas, teologas ir pranciškonų vienuolis, kilęs iš Anglijos Ochamo kaimelio, suformulavo principą – „vienetai neturi būti be reikalo dauginami“ (lot. *entia non sunt multiplicanda practer necessitatem*), kuris pritaikomas įvairiuose moksluose ir teorijose ir kurio esmė – pakankamai tiesą įrodantis paprastumas.

liktuojantys ar ambivalentiški jausmai; klaidinanti informacija; neadaptyvūs įpročiai; biologinės disfunkcijos; tarpasmeninė įtampa; savęs nepriėmimas (neigiamas savęs priėmimas); išoriniai stresoriai; egzistenciniai rūpesčiai (Dryden ir Lazarus, 1991; Lazarus, 1985 ir 2005; cit. pagal A. Lazarus, 2008).

Taigi eklektinė multimodalinė psichoterapija nesistengia išsamiai paaiškinti psychopatologijos, bet siekia ją pašalinti. O tam jai nereikia psychoanalitinio pasąmoninių konfliktų ir išstumtų erotinių bei agresyvių impulsų interpretavimo ar sudėtingų, įvairiais sąlygojimo mechanizmais su(su)formuoto elgesio teorijų.

Multimodalinės terapijos turinys

Pagrindinė multimodalinės psichoterapijos prielaida – pacientus trikdo daugybė specifinių problemų, kurios ir turi būti pašalintos, naudojant panašią daugybę specifinių technikų. Skirtingai nei praktikuojant kai kurias kitas elgesio psichoterapijos formas, multimodalinėje terapijoje terapeutas niekada nenurodinėja, koks turėtų būti terapijos turinys, t. y. kliento problemų nebando suguldyti į *Prokrusto lovą*³, bet siekia išsamiai ir sistemiškai išsiaiškinti specifinius kliento trūkumus ir jo pastangas (Prochaska, Norcross, 2010).

Multimodalinės terapijos šerdis – išsamus kliento asmenybės ir jo problemų bei psichologinių, socialinių ir biologinių poreikių įvertinimas. Toks įvertinimas turėtų būti struktūruotas, nuosekliai išsiaiškinant visoms asmenybės funkcionavimo sritims (modalumams) būdingus ypatumus. Asmenybės modalumus arba sritis, kurios yra tyrinėjamos *pirminio įvertinimo* procese, A. Lazarusas užkodavo akronimu *BASIC ID*, sudarydamas jį pagal pirmąsias srities įvardijimų raides:

- B – elgesys (angl. Behaviour),
- A – emocijos (angl. Affect),
- S – jutimai (angl. Sensation),
- I – vaizduotė (angl. Imagery),
- C – mąstymas (angl. Cognition),
- I – tarpasmeniniai ryšiai (angl. Interpersonal relations),
- D – cheminės medžiagos/biologija (angl. Drugs).

³ *Procrustes* graikų mitologijoje buvo kalvis, nukaldinęs geležinę lovą, į kurią guldydavo netikėtus svečius, ir pritaikydavo juos prie šios dydžio: per mažus ištempdavo, per dideliems patrupindavo kojas.

Atlikęs pirminį asmenybės įvertinimą, terapeutas gali pamatyti, kurioje iš šešių BASIC ID modelio sričių atsiranda kliento problema ir kaip ji pereina į kitas sritis. Turėdamas tokią problemų išsidėstymo BASIC ID schemą (branduolius), terapeutas numato galimus intervencijos taikinius (*angl. targets*) ir *šūvio trajektoriją* (*angl. firing order*).

Pavyzdžiui, klientas, turintis nerimo sutrikimą, įvertinimo metu gali papasakoti, kad nerimo simptomai atsiranda, kai koks nors stimulus (įvykis) (pavyzdžiui, greitosios pagalbos automobilio sirena) sukelia baisaus įvykio vaizdą (vaizduotė), kuris paskatina mintis apie asmeninę grėsmę (mąstymas) ir įtampą bei baimę (jutimai ir emocijos). Tokie procesai gali sutrikdyti žmogaus veiksmus (elgesys) ir paveikti jo tarpasmeninį bendravimą (tarpasmeniniai ryšiai), o šis gali būti malonus ir nuraminantis, bet ir tokiu atveju – pastiprinantis neadaptyvų reagavimą, taigi – ir kliento problemą. Taikiniu gali būti pasirinkta sritis, kurioje aptikta problema (pavyzdyje – vaizduotė), bet gali būti pasirenkama ir bet kuri kita „šūvio trajektorijos“ dalis (mąstymas, emocijos, jutimai ir kt.). Atsižvelgiant į tai, kas pasirenkama, ieškoma, kokios paciento pastangos būtų reikalingos, kad problema nebekiltų, t. y. keliamos hipotezės apie būtinus pokyčius. Kitaip tariant, BASIC ID schema padeda nustatyti psichoterapijos siekinius ir apibrėžti jos turinį.

Galima pastebėti, kad nors pats autorius multimodalinę terapiją vadino techninio eklektizmo modeliu, G. Strickeris ir J. Goldas nuomone, Lazaruso BASIC ID modelis kartu yra ir integratyvus asmenybės modelis, todėl multimodalinė terapija galėtų pretenduoti ne tik į techninį eklektizmą, bet ir į teorinę integraciją.

Kitas etapas – psichoterapinių technikų, tinkamų pasirinktam taikiniui, pasirinkimas.

Techninis eklektizmas multimodalinei terapijai leidžia pasirinkti įvairius pokyčių mechanizmus. Plačiausią technikų repertuarą multimodalinės terapijos klientams pateikia kognityvinė ir elgesio psichoterapija. Bet jos konkrečiu atveju gali būti jungiamos ir su kitų kryptų terapijomis, taip pat kitų sričių (edukologijos, sveikatos psichologijos, medicininio gydymo) priemonėmis. Apibendrinami klinikinę multimodalinės psichoterapijos patyrimą, Prochaska ir Norcrossas (2010) pateikia tokius hipotetinius pokyčių mechanizmus:

- o *Elgesys*: pozityvus pastiprinimas; negatyvus pastiprinimas; priešingos krypties (priešpriešinis) sąlygojimas; reakcijų užgesinimas; stimulų kontrolė.
- o *Eemocijos*: jausmų pastebėjimas, atpažinimas, išaiškinimas; reagasavimas (patyrimo atgaminimas ir išgyvenimas) (*angl. abreaction*).
- o *Jutimai*: įtampos atpalaidavimas; malonumo patyrimas.
- o *Vaizduotė*: įveikos vaizdiniai; savojo aš vaizdo pokyčiai.
- o *Mąstymas*: kognityvinis perstruktūravimas; sąmoningumo stiprinimas; švietimas.
- o *Tarpasmeniniai ryšiai*: modeliavimas; socialinių įgūdžių lavinimas; nesveikų įtarinėjimų išsklaidymas; priėmimas be vertinimo.
- o *Vaistai/biologija*: somatinės ligos atpažinimas; priklausomybės nuo psichotropinių medžiagų nutraukimas; geresnė mityba ir mankšta; psichotropiniai medikamentai.

Psichoterapijos procesai

Kaip jau buvo minėta skyrelyje apie psichologinius pokyčius, dauguma psichoterapinių teorijų pateikia pokyčių koncepcijas, o kartu iš anksto apibrėžia, kokiais mechanizmais remsis terapija, t. y. *kaip* vyks pokytis, ir numato, rezultatą, t. y. *kas* pasikeis. Priešinga kryptis yra multimodalinės terapijos atveju: pirmiausia katalogizuojamos problemos (BASIC ID), t. y. nustatoma, *kas* turi keistis, o paskui sprendžiama, kokius mechanizmus panaudoti, t. y. *kaip* vyks pokytis.

Kliento darbas

Kliento, kaip ir terapeuto, darbas daugiausia priklauso nuo problemos modalumo ir naudojamų technikų. Terapija yra individualizuota, t. y. pritaikoma kliento (paciento) asmenybei ir nukreipta į konkretų tikslą. Pavyzdžiui, jei pasirenkamos vaizduotės technikos, klientui paaiškinama, kaip giliai atsipalaiduoti, vizualizuoti sceną ir apie ją papasakoti terapeutui, taip pat kaip lavinti vaizduotę tarp psichoterapinių sesijų. Jei siekiama sustiprinti kliento pasitikėjimą savimi, save įtvirtinantį elgesio stilių, greičiausiai bus panaudoti vaidmenų žaidimai, pasiūlyta perskaityti šia tema literatūrą, atlikti tam tikras namų užduotis ir t. t.

Palyginti su kitomis psichoterapijomis, A. Lazaruso multimodalinė terapija yra aktyvi ir direktyvi, reikalaujanti intensyvių intelektualinių ir

fizinių terapeuto pastangų bei nuoseklaus kliento bendradarbiavimo, tačiau kai kurie autoriai pastebi, kad reikalavimai, keliami multimodalinės psichoterapijos klientui, yra kur kas mažesni nei tie, kurie keliami psichoterapeutui, tad dažniausiai ji kur kas stipriau nuvargina terapeutą nei klientą (Dryden ir Lazarus, 1991; cit. pagal Prochaska ir Norcross, 2010).

Psichoterapeuto darbas

Pirmas terapinis susitikimas – pirminis psichologinis asmenybės įvertinimas. Įvertinant naudojamas pokalbio metodas ir Multimodalinės gyvenimo istorijos klausimynas (Lazarus ir Lazarus, 2005). Remiantis surinkta informacija yra sudaromas asmenybės *modalinis profilis* (angl. *modality profile*) *BASIC ID*. Tokiame asmenybės profilyje pažymimos kliento probleminės sritys, kartu įvertinant nustatytų sunkumų rangą (ryškumą). Tuo tikslu pagal septynių balų skalę įvertina kiekvieną pastebėtą problemą. Pavyzdžiui, norėdamas įvertinti neveiklumo problemą (elgesio modalumas), terapeutas gali sakyti: „Kai kurie žmonės yra veiklūs – jie orientuoti į tikslą, mėgsta užbaigti darbus, randa užsiėmimų, išitraukia į įvairius projektus“, o tada paklausti: „Kiek veiklus esate jūs? Įvertinkite savo veiklumą, kai 7 reiškia – labiausiai jus tenkinantis veiklumas.“ Taip pamažu, pereinant per visus modalumus, sudaromas *problemų struktūrinis profilis*.

Jei trūksta informacijos arba kai (vėliau) psichoterapija atsiduria aklaivietėje, atliekamas pakartotinis įvertinimas pagal *BASIC ID*.

Turėdamas tokią struktūruotą klinikinę informaciją, terapeutas gali kelti *darbines hipotezes* (numatyti), kokie pokyčiai reikalingi, kad konkreti problema būtų išspręsta, ir kokios priemonės (technikos) tam tiktų. Toliau, konsultuodamasis su klientu, terapeutas pasirenka tinkamiausias technikas (dažniausiai – jų derinius) iš visų jam žinomų.

Tolesnis terapeuto darbas priklauso nuo pasirinktų procedūrų, kartais reikalingų labai skirtingų įgūdžių (pavyzdžiui, paradoksalių intencijų strategija ir minčių srauto stabdymas). Kaip minėta, multimodalinė terapija nevaržo terapeuto laisvės rinktis technikas iš įvairiausių šaltinių, jei tik jos yra tinkamos klientui ir patvirtintos (empiriniais tyrimais bei klinicine praktika) kaip veiksmingos būtent tokio modalumo problemoms. Pats modelio kūrėjas yra pateikęs net 39-ių vien tik pagrindinių technikų sąrašą (Lazarus, 1989).

Kaip minėta, pirmasis technikų atrankos kriterijus – probleminė sritis (modalumas). Tačiau pagal darbinės hipotezės pasirinkta technika, tiksliau, jos taikymo procedūra toliau *individualizuojama*, pritaikoma kliento asmenybei. Jeigu technika ar jos taikymo procedūra pasirodo neveiksminga arba nepriimtina klientui, jos atsisakoma ir ieškoma kitos, nukreiptos į tą patį reikalingą pokytį. Multimodalinės terapijos aksioma – *technikų pasirinkimas yra mokslas, o jų taikymas – menas*.

Iliustruodamas šią mintį, A. Lazarusas aprašo vieną fobijos gydymo atvejį: jauna moteris paniškai bijojo kačių. Atliekant pirminį interviu paaiškėjo, kad jos baimė atsirado, pažiūrėjus televizijos laidą apie velnio apsėstas kates pabaisas. Pagal darbinės hipotezės jai buvo pradėta įprasta fobijų atvejais sisteminio jautrumo mažinimo (sisteminės desensibilizacijos) procedūra. Deja, ji neveikė. Tuomet Lazarusas prisiminė vieną neurolingvistinio programavimo (NLP) techniką, kuri jam pasirodė tinkama, nors apskritai NLP jis vertino kritiškai, laikė teoriškai ir moksliskai nepakankamai įrodytu jo tinkamumą psichoterapijai. Pagal NLP metodiką pacientei reikėjo įsivaizduoti baimę keliantį objektą – katę, mintyse subrukti ją į labai mažą dėžutę, o paskui tą dėžutę sutrypti. Toks vaizduotės pratimas labai patiko pacientei ir davė puikų rezultatą. (Dryden, Lazarus, 1991; cit. pagal Prochaska ir Norcross, 2010).

Apibendrinant galima teigti, kad multimodalinės terapijos psichoterapeuto darbas yra atlikti multimodalinį asmenybės įvertinimą, struktūruotą problemų rangavimą, apibrėžti intervencijos taikinius ir pasirinkti priemones, individualizuoti psichoterapijos procesą ir individualizuoti intervencijos procedūras, pritaikant jas prie tam tikro kliento poreikių.

Terapiniai santykiai

Terapiniai santykiai multimodalinėje terapijoje yra vertinami panašiai kaip ir tradicinėje elgesio terapijoje, t. y. kaip technikų panaudojimo dirva, išankstinė pokyčių sąlyga, bet ne priemonė pokyčiui pasiekti. Terapiniai santykiai gali tapti terapijos turiniu tais atvejais, kai konkretus tarpasmeninis kliento stilius (pavyzdžiui, nepasitikėjimas ar pykčio protrūkiai) pripažįstami kaip apsunkinantys terapijos pažangai reikalingą terapeuto ir kliento sąveiką.

Šiltas, užjaučiamas santykis yra pokyčių kontekstas, tačiau labai retai – svarbiausias pokyčių procesas. A. Lazarusas kritiškai vertino C.

Rodžerso į klientą orientuotos terapijos santykių koncepciją, pagal kurią darnūs terapeuto ir kliento santykiai, nuoširdi empatija, besąlyginis priėmimas yra ne tik *būtina, bet ir pakankama* sąlyga konstruktyviems asmenybės pokyčiams pasiekti. Lazaruso nuomone, toks požiūris nepriimtinas jau vien todėl, jog prieštarauja psichologijos nuostatai, kad kiekviena asmenybė yra unikali, todėl ir terapeuto santykis su klientu neturėtų būti unifikuotas. Kita vertus, Lazaruso žodžiais tariant, „Jie (karingieji į klientą orientuoti terapeutai) vis tiek nenustoja svarstyti, kada ir kokioms aplinkybėms esant ir su kuo jie turi būti kryptingai didaktiški bei pedagogiški, o kada tapti sfinksą primenantį guru.“ Svarbiausi terapeutui orientyrai, kuriant terapinius santykius, turėtų būti kliento pasirėngimas pokyčiams, gydymo prioritetai ir pasipriešinimo lygis (Lazarus, 1993, cit. pagal Prochaska ir Norcross, 2010).

Apibūdindamas savo terapinių santykių koncepciją A. Lazarusas vartojo sąvoką *autentiškas chameleonas*, pabrėždamas, kad multimodalinėje terapijoje terapeutas turi būti nuoširdus, bet ir prisitaikantis, turi sąmoningai rinktis direktyvumo, formalumo lygį, ir tai, kaip dažnai jis gali būti direktyvus, palaikantis ar reflektuojantis. Vieninteliai draudimai, su kuriais autorius besąlygiškai sutinka – terapeutas neturi būti rigidiškas ir nežeminti pagalbos ieškančio žmogaus bei jo orumo (Lazarus, 1991).

A. Lazarusas šią mintį iliustruoja, palygindamas savo bendravimą su dviem skirtingomis pacientėmis savo klinikinės praktikos pradžioje.

Pirmoji pacientė buvo ypač drovi jauna mergina, stipriai susigūžianti ir lengvai pažeidžiama rėksmingų bei įkyrių žmonių. Terapeutas su ja bendravo ypač mandagiai, kalbėjo tyliau balsu, kartais pereinančiu į šnibždėjimą. Kita vidutinio amžiaus pacientė buvo triukšminga ir tiesmukiška moteriškė, su ja terapeutas bendravo geraširdiškai pajuokaudamas ir paerzindamas.

Autorius taip prisimena savo dialogą per pirmąjį susitikimą, kai ji energingai įsiveržė pro jo kabineto duris ir, apžiūrėjusi jį nuo galvos iki kojų, pasakė:

Pacientė: Kodėl prie jūsų įstaigos – karstai?

Lazarusas: (nustebęs ir reaguodamas rodžersišku stiliumi) Karstai prie įstaigos?

Pacientė: Pažiūrėk gi pro langą, vėpla!

Lazarusas: (žiūrėdamas pro langą į dvi neseniai sukastas gėlių lyses palei taką tiesiai prieš įstaigos duris) Na, jeigu jau

paklausėt... pirmajame ką tik palaidojau vieną iš savo klinikinių nesėkmių, o kitą palikau jums tam atvejui, jei pasirodysit esanti nesukalbama klientė.

Multimodalinės psichoterapijos pavyzdys

Ponios C atvejo analizė (šaltinis: Prochaska, Norcross, 2010, p. 481–482)

Gyvenimo istorija (pirmų pokalbių su psichoterapeutu, kuriuose dalyvavo ponija C ir jos vyras, o vėliau – ir vaikai, informacija, gauta užpildžius A. Lazaruso *Gyvenimo istorijos klausimyną*)

Ponia C yra 47-erių metų amžiaus šešių vaikų motina: Arlenės, 17 metų, Bario – 15, Čarljo – 13, Debros – 11, Elenos – 9, Frederiko – 7. (*Galima pastebėti, kad vaikai gimė kas dveji metai, o jiems vardai duoti pagal abėcėlę, tai gali būti obsesinio kompulsinio sutrikimo požymis.*)

Pastaruosius 10 metų poniją C kamuoja nenumaldomas noras praustis: per dieną ji plauna rankas 23–50 kartų po 5–10 min. Kiekvieną rytą duše ji užtrunka apie 2 val. ir prausiasi griežtai pagal tam tikrą ritualą (nuoseklumą). Ne vieną kartą jos vyras Georgas, palikęs ją duše išeidamas į darbą, rado tebesiprausiančią grįžęs po 8 valandų.

Prieš porą metų, kad sutrumpintų žmonos prausimosi ritualą, vyras ėmėsi jai padėti ir nurodydavo, kurią kūno dalį dabar ji turėtų prausti. Kad nevēluotų į darbą, jis turėjo keltis bent porą valandų anksčiau nei buvo įpratęs ir po dvejų metų tokios dienotvarkės jautėsi bet kurią akimirką susprogsiantis.

Georgą piktino kiti žmonos įpročiai: niekam iš šeimos narių ji neleidė antrą kartą apsivilkti apatinių baltinių, o kartais – ir jų skalbti. Kiekviename namo kampe stovėjo stirtos neskalbtų baltinių. (*Kai Georgui vėliau buvo pasiūlyta nunešti baltinius į skalbyklą, besikaičiuodamas juos jis susimaišė ir galiausiai suprato, kad visų jų išskalbimas kainuotų per tūkstantį dolerių.*)

Kitas ponios C rūpestis – švara namuose. Joks trupinėlis ar nukritęs ant grindų daiktas negalėjo būti pakeltas ponios C akivaizdoje. (Kadangi ponija nei valė namų, nei virė valgyti, nei skalbė, namai, pasak vieno vaiko, atrodė kaip sąvarta.)

Ponia C kelias valandas per savaitę dirbo dantisto padėjėja – plaudavo ir dezinfekuodavo daktaro įrankius.

Tarsi to negana, ponia C visai nekreipdavo dėmesio į savo išvaizdą, aprangą, jau 7 metai nepirko naujų drabužių, nesilankė kirpykloje ar pas kosmetologą, retsykais pati pasitrupindavo ar (nevykusiai) nusi-dažydavo plaukus. Dėl dažno prausimosi oda ir plaukai buvo išsausėję ir atrodė nesveikai.

Šeimos narius, ypač paauglius sūnus, trikdė ir erzino nuogos ma-mos blaškymasis iš vonios kambario į dušą ir atgal, taip pat nuolatiniai jos raginimai nusiplauti rankas ir pasikeisti apatinius baltinius. Ponia C vaikams neleido atsivesti į namus jokių draugų.

Ponia C buvo „kaupikė“: dvi sieninės spintos buvo prikimštos rankšluosčių ir paklodžių, senų jos drabužių, nedėvėtų bent 20 metų, nenaudojamų papuošalų. Tai jai neatrodė blogai, nes prisiminė, kad taip elgėsi jos motina ir močiutė.

Ponia C turėjo seksualinio pobūdžio sunkumų, liaudiškai tariant, buvo šalta (frigidiška). Pasak jos, ji niekada nepatirdavo ypatingo sek-sualinio susijaudinimo, bet per pastaruosius 13 metų intymius santy-kius su vyru leisdavo, norėdama suteikti jam malonumą. Bet per pasta-ruosius dvejus metus su vyru intymiai bendravo du kartus, nes seksas jai tapo ypač nemalonus.

Ponia C patirdavo depresijos priepuolių ir kreipėsi į gydytojus, o neseniai buvo bandžiusi nusižudyti, išgerdama visą pakuotę aspirino tablečių, nes įtarė, kad jos terapeutas susimokė su vyru ir ketina ją už-daryti į psichiatrijos kliniką.

Ponios C kompulsyvus prausimosi ritualas buvo susijęs su įkyrio-mis mintimis apie spalines (žarnyno kirmėles). Prieš 10 metų jos vyres-nioji dukra per patį gripo epidemijos mieste įkarštį „parsinešė“ spalinių užkratą. Ponia C laukėsi, prižiūrėjo metų amžiaus kūdikį, pati sirgo gripu ir slaugė visą gripu sergančią šeimyną. Gydytojas perspėjo, jog reikia ypač saugotis, kad kiti šeimos nariai neužsikrėtų spalinėmis, dažnai keisti ap-atinius, virinti ir lyginti skalbinius ir t. t. Ponia C ir vyras Georgas kruopš-čiai tai darė, kad apsaugotų šeimą nuo spalinių epidemijos, kol visa šeima pagaliau pasveiko ir dukrelė visai atsikratė spalinių, bet ponia C nebegalė-jo sustoti taip elgtis ir tuomet, kai realus pavojus užsikrėsti praėjo.

Ponios C sutuoktinis iki įvykio su spalinėmis buvo visai patenkin-tas savo santuokiniu gyvenimu, o jo uždirbamos pajamos leido išlaikyti šeimą ir erdvų namą nepatiriant finansinių sunkumų. Nors tam tikrus ponios C kompulsyvumo simptomus per pirmuosius 13 bendro gyveni-

mo metų vyras buvo pastebėjęs, bet nelaikė jų problema. Ir vyras, ir vaikai prisiminė daug malonių akimirklų, praleistų su ja, ir tikėjo, kad meilė ir šiluma išliks jų tarpusavio santykiuose, nepaisant šios moters keistumų.

Ponia C buvo kilusi iš griežtos, autoritarinės katalikų šeimos. Ji buvo vidurinioji dukra iš trijų mergaičių, kurias griežtai auklėjo stambaus, išpūdingo stoto tėvas. Kai būdama paauglė ji eidavo į pasimatymus, tėvas visada jos laukdavo ir kamantinėdavo, ką ši veikusi; o kartą jis nuėjo kartu su dukra į pasimatymą. Jis nepakentė rodomo pykčio (ypač savo atžvilgiu) ir prieštaravimų, o kai mergaitė bandydavo ramiai paaiškinti savo nuomonę, liepdavo jai užsičiaupti. Ponios C motina buvo šalta, kompulsyvi moteris, nuolat įkyrėdavusi savo dukroms kalbomis apie tai, kaip ji bjaurisi seksu. Taip pat ji nuolat gąsdindavo mergaites ligomis ir reikalavdavo laikytis švaros bei higienos.

Rengiant ponios C psichoterapijos planą buvo taikomos įvairios diagnostinės priemonės, siekiant patikslinti, ar pastebimi simptomai apsiriboja obsesiniu kompulsiniu sutrikimu, ar jie slepia šizofrenijos procesą. Tačiau pagal daugybės testų rezultatus buvo apsisota ties pirmąja diagnoze. Prieš šešerius metus ponia C buvo pradėjusi lankytis pas psichiatrus, buvo gydyta vaistais nuo neurozės. Vieną kartą, įtarus šizofrenijos galimybę, buvo nusiųsta atlikti intensyvią individualią psichoterapiją, bet jokių pokyčių tuomet pasiekti nepavyko.

BASIC ID profilis:

Elgesys: kompulsyvus prausimasis; negamina maisto ir nesirūpina vaikais; fiziškai apsileidusi, nesusitvarkiusi; stengiasi atsiskirti, užsi-
sklęsti; vengia bet kokios nešvaros.

Emocijos: nerimas, ypač pamačius netvarką ir nešvarumus; depresija; giluminis ir neišreikštas pyktis; bijo būti paguldyta į specialią gydymo įstaigą; pasikartojantys beviltiškumo priepuoliai.

Jutimai: nutolusi nuo savo kūno; nervinga; panikuoja, jei negali nusiprausti arba pastebi nešvarumą.

Vaizduotė: ryškūs tėvų cenzūros ir kontrolės vaizdai; šeimos, užsikrėtusios spalinėmis, vaizdai; vaizdai, kaip ji pati paguldoma į ligoninę; prisiminimai, kaip „eina iš proto“, jei negali atlikti savo ritualų.

Mąstymas: atgrasios mintys apie spalines; diktatoriški reikalavimai apsivalyti; perfekcionistinis, katastrofinis mąstymas; pasikartojančios mintys „esu beviltiška“ ir „galiu nusižudyti“.

Tarpasmeniniai ryšiai: aktyvios pastangos kontroliuoti kitus; vedybinės įtampos; vengia seksualinio suartėjimo; nutolę beveik visi draugai; atstumia vaikus ir jų draugus; susipykusi kompulsyviai griebsiasi švarinimosi ritualų.

Vaistai/biologija: galbūt netiksli diagnozė; reguliariai nesimankština; galbūt reikia vaistų nuo depresijos ir nerimo.

Pagal gyvenimo istorijos klausimyno duomenis kelta prielaida, patvirtinta ir pačios pacientės, kad jai labiausiai patiktų agresyvi, į veiksmą orientuota terapija, kuri padėtų išsaugoti šeimą ir išvengti gydymosi psichiatrinėje klinikoje. Į klausimą apie svarbiausius terapijos tikslus, ji pirmiausia pamini, kad nori nustoti nuolat praustis ir taip paniškai bijoti nešvaros. Jos pareikšta nuomonė ir prioritetai, ne terapeuto pomėgis ir ne bendra psichiatrinė diagnozė (obsesinis kompulsinis sutrikimas) toliau nukreipia jos asmeninę terapiją.

Kai toks klientas kaip ponias C patiria problemas beveik kiekvienoje gyvenimo srityje, kuo multimodalesnė psichoterapija bus pritaikyta, tuo geresnių rezultatų galima tikėtis.

Bet nuo ko pradėti? Pasak A. Lazaruso, nuo tos srities, kurią pats pacientas pabrėžia ir kuriai terapeutas gali pasiūlyti patvirtintus kaip tinkamus intervencijos būdus. Ponia C pasakojimas rodo, kad jos emocijas, vaizduotę ir elgesį pirmiausia sutrikdė spalinės ir nešvara, ir tokius sutrikimus gali pašalinti reakcijų užgesinimo ir desensibilizacijos technikų kombinacija, jos integravimas į vientisą sisteminę desensibilizacijos procedūrą.

Pirmiausia ponias C reikia išmokyti gilios relaksacijos pratimų, kad ji mokėtų visiškai atsipalaiduoti kaskart, kai pajunta nerimą. Relaksacijos pratimų ji galėtų mokytis namuose pagal terapeuto pasiūlytus garso įrašus. Kai toks rezultatas bus pasiektas, tuomet bus pamažu pereinama prie nerimą keliančių objektų, ponias C atveju – kirmėlių ir spalinių. Tam turės būti parengta hierarchinė stimulinė medžiaga, susijusi su spalinėmis ir nešvara. Pavyzdžiui, ponias C reikės įsivaizduoti, kad perka naujus, su gamintojo etikete, supakuotus celofane apatinius baltinius, paskui – įsivaizduoti, kad paliečia nesupakuotus naujus baltinius, vėliau – švariai išskalbtus ir išlygintus (be spalinių) baltinius ir t. t. Ponia C turės kaskart giliai atsipalaiduoti, kai tik pajus nerimą.

Pamažu toks gilus atsipalaidavimas taps automatiška reakcija į baltinius. Toks priešpriešinio sąlygojimo mechanizmas padės pacien-

tei iš tikrųjų prisiliesti prie vis nešvaresnių apatinių baltinių, nejučiant didesnio nerimo ir jo pasekmių. Naujai atrastas reagavimo būdas (atsipalaiduojant) į nešvarą ir įsitikinimas, kad gali kontroliuoti savo elgesį, padės jai pamažu, žingsnis po žingsnio, trumpinti laiką, sugaištamą savo įkyriam, anksčiau nekontroliuojamam ritualui – prausimuisi.

Taip sumažinus ponios C nerimą ir sutrumpinus ritualus (prausimosi), galima judėti prie neracionalių pacientės minčių. Tiek pasak tyrimų, tiek ponios C nuomone, jai tiktų kognityvinė psichoterapija. Todėl jai galima pasiūlyti skaityti populiarią kognityvinės psichoterapijos literatūrą, pavyzdžiui, save instrukuoti mokančią knygelę, kaip namų darbus tarp susitikimų su psichoterapeutu. O kadangi pacientei būdinga žema savivertė ir savęs įtvirtinimo stoka, terapiniai santykiai turėtų remtis empatija, palaikymu ir bendradarbiavimu.

Po kelių mėnesių kartą per savaitę arba kartą per dvi savaites pagal parengtą planą vykusios psichoterapijos ponios pamažu ėmė atsigauti: pasikeitė jos elgesys ir mąstymas. Bet kitos BASIC ID sritys išliko pažeistos, terapijos nepalietos. Greičiausiai dabar terapeutas būtų linkęs tolesnės intervencijos taikiniu pasirinkti iš karto jas visas, jei tik pacientė tam neprieštarautų. Pacientės jutiminio jautrumo stoka ir tai, kad ji vengia sekso, leidžia manyti, jog toliau pacientei būtų naudinga nuosekliai progresuojanti, į jautimus nukreipta sekso terapija. Galbūt įveikti jos tėvų suformuotus stereotipus padėtų skaitoma specialiai parinkta literatūra. Psichoterapijos dalį turėtų sudaryti šeimos terapija, psichoterapiniai susitikimai, kuriuose dalyvautų ponios C vyras ir vaikai, kad būtų galima pakoreguoti kontroliuojamą ponios C stilių šeimoje. Galima bandyti mokyti šeimos narius tvirčiau atsilaikyti prieš ponios C puolimus ir nepagrįstus reikalavimus, padėti jai tiesiau išreikšti savo neigiamus jausmus frustruojančioje situacijoje.

Pagal tai, kaip pacientė reaguotų į intervencijas, galima tartis dėl atitinkamų antidepresantų (dažnai skiriamų panašiais atvejais), ypač tuomet, jei pacientė nepajėgtų išmokti visiškai atsipalaiduoti arba „nepasiduotų“ kognityvinei psichoterapijai.

Taigi multimodali terapija parinks veiksmingiausias psichoterapines technikas, didaktiką, vaistus, tinkamus tam tikram atitinkamos būklės pacientui. Kaip matome, kai pritaikomos intervencijos tam tikram klientui ir tam tikrai problemai spręsti, klientas perpranta kons-

truktyvios įveikos reakcijas ir įgūdžius. Jeigu ponis C taps mažiau jautri nešvarai, išmoks relaksuotis ir alternatyviai, realistiškai mąstyti, drąsiau išreikš savo pyktį, pamažu patirs vis didesnę pasitenkinimą bendraudama su vyru, galima sakyti, pamažu grįš prie sveikatą palaikančio gyvenimo būdo.

Pagrindinės sąvokos

socialinio mokymosi teorija
ciklinė dinaminė asmenybės teorija
techninis eklektizmas
multimodalinė asmenybės teorija
BASIC ID
pirminis įvertinimas
probleminė sritis
problemų branduoliai
intervencijos taikiniai
šūvio trajektorija
modalinis asmenybės profilis
problemų struktūrinis profilis
darbinė hipotezė
intervencija
intervencijos individualizavimas
terapinio santykio koncepcija
multimodalinis terapijos turinys
procedūros individualizavimas
multimodalinės terapijos aksioma
kliento darbas
psichoterapeuto darbas
terapiniai santykiai
autentiškas chameleonas
Occamo skustuvas
Paciento pokyčių teorija

Literatūra

1. Lazarus, A. A. Brief psychotherapy: The multimodal model. *Psychology*. 1989, 26, p. 6–10.
2. Lazarus, A. A. Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy*. 1991, 30, p. 404–407.
3. Lazarus, A. A. Technical eclecticism and multimodal therapy. *Twenty-first century psychotherapies* (ed. by J. L. Lebow), John Wiley & Sons, Inc., 2008, p. 424–452.
4. Prochaska, J. O.; Norcross J. C. *Systems of Psychotherapy*. A transtheoretical analysis. 7th edition, Brooks/Cole, 2010.

Kontroliniai klausimai

- Kodėl multimodalinė terapija – integratyvus terapijos modelis?
- Kuo pasireiškia multimodalinės terapijos eklektizmas?
- Kas būdinga multimodalinės terapijos asmenybės koncepcijai? Kodėl ji multimodali?
- Kaip multimodalinė terapija aiškina problemų priežastis ir psichopatologiją?
- Kas yra BASIC ID?
- Kaip multimodalinėje terapijoje vyksta kliento problemų įvertinimas?
- Kokiais pokyčių mechanizmais remiasi multimodalinė terapija?
- Kaip apibrėžiamas multimodalinės terapijos turinys?
- Koks yra terapeuto darbas multimodalinės terapijos procese?
- Koks yra kliento darbas multimodalinės terapijos procese?
- Kokius etapus galima nurodyti multimodalinės terapijos procese?
- Kuo pasireiškia A. Lazaruso multimodalinės terapijos individualumas?
- Kokia yra A. A. Lazaruso pozicija C. Rodžerso terapinių santykių koncepcijos atžvilgiu?
- Kas būdinga terapeuto ir kliento santykiams multimodalinėje terapijoje?
- Ką reiškia Occamo skustuvo principas psichoterapijos teorijoje?

3. 2. Integratyvi psichodinaminė elgesio terapija

/ Asmenybės ir psichopatologijos teorija

/ Terapiniai procesai

/ Terapijos turinys

/ Terapiniai santykiai

/ Praktiniai aspektai

Daugeliu teorinių ir metodologinių klausimų psichodinaminė ir elgesio terapija laikosi ne tik skirtingų, bet netgi priešingų požiūrių, taigi, atrodytų, tarp šių paradigmų yra praraja. Tačiau ir virš jos galima nutiesti tiltą, tai ir įrodė P. L. Wachtelis, sukūręs integratyvų psichoterapijos modelį, kurį pats autorius pradžioje vadino tiesiog „integratyvia psichodinamine terapija“.

Tačiau atsižvelgiant į tai, kad modelyje sistemiškai suderintos psichoanalitinės krypties teorijos požiūriai ir elgesio teorija (socialinio mokymosi), psichoterapijos tyrėjai Wachtelio terapijos modelį sutartinai laiko kol kas geriausiu *teorinės integracijos* pavyzdžiu ir vadina jį „psichodinamine elgesio“ terapija.

Įdomu pastebėti, kad pagal išsilavinimą ir profesinį pasirengimą P. L. Wachtelis buvo psichoanalitikas ir savo klinikinę praktiką pradėjo būtent šioje kryptyje. Ir toliau laikydamasis psichoanalitinės paradigmos, praktiniame darbe, siekdamas geriau prisitaikyti prie klientų poreikių, jis ėmė naudoti įvairesnes procedūras ir požiūrius. Tačiau tokių skirtingų krypčių psichoterapijos integravimo idėjos jam kilo tuomet, kai ketindamas parašyti itin kritinį straipsnį apie biheivoristinę terapiją, „jos kvailumą, paviršutiniškumą ir galbūt netgi amoralumą“ (Wachtel, 1977), buvo priverstas išsigilinti į jos empirinius tyrimus, studijuoti svarbiausių tuo metu jos atstovų, iš jų ir J. Wolpe'o bei A. Lazaruso, darbus. Netikėtai sau pačiam P. L. Wachtelis suprato, kad tai, apie ką jis mąsto ir ką bando daryti, tobulindamas savo klinikinį metodą, yra labai panašu į tai, ką daro elgesio psichoterapijos praktikai.

Plėtodamas taip užgimusią psichodinaminės ir elgesio terapijos integracijos idėją, Wachtelis rėmėsi įžvalga, kad skirtingos psichoterapijos teorijos dažnai domisi tais pačiais reiškiniais, bet konceptualizuoja

skirtingus jų aspektus. Pavyzdžiui, ir psichodinaminei, ir elgesio terapijai yra svarbi nerimo koncepcija, tačiau jos skirtingai aiškina nerimo mechanizmus ir jo gydymo būdus. P. L. Wachtelio požiūriu, šios koncepcijos veikia papildo viena kitą, nei prieštarauja viena kitai. O jeigu atsiribotumėm nuo pačių pradinių psichoanalizės bei elgesio terapijos teorinių prielaidų ir remtumės intensyviai plėtota abiejų kryptių praktika, tai bendrų sąlyčio taškų būtų galima rasti kur kas daugiau.

Asmenybės ir psichopatologijos teorija

Galime prisiminti, jog viena iš svarbiausių psichoanalizės idėjų yra ta, kad neįsisąmoninta ankstyvoji patirtis daro nuolatinę įtaką suaugusio žmogaus gyvenimui. Kitaip tariant, dabartinį žmogaus gyvenimą, taip pat ir psichopatologiją, lemia praeitis – vaikystės konfliktai, baimės, neišsipildę troškimai, kurie, Wachtelio žodžiais tariant, tarsi „mamutas lede“ amžiams įšaldomi laikui nepavaldžioje sąmonėje.

Toks požiūris į praeitį, pasak P. L. Wachtelio, labiausiai ir trukdo suvienyti psichoanalitines ir elgesio koncepcijas apie neurozę ir jos gydymą. Bet jeigu peržiūrėtumėm tik vieną – *istorinį* – matmenį, atsakytumėm psichopatologijos „mamutizavimo“, tuomet atsivertų galimybės ir neurozės gydymui pritaikyti elgesio terapijos koncepcijas bei intervencijas. P. L. Wachtelis ir stengėsi nuosekliai tai daryti, įrodinėdamas, kad mes nesame nekintamai „užšaldyti“ laike, bet galime keisti savo pirmines fantazijas ir troškimus, remdamiesi dabartimi.

Ar tikrai neurozę reikia palikti po praeities griuvėsiais, kuriuos galima atkasti tik sluoksnis po sluoksnio, artėjant prie intrapsichinės struktūros? Gal ją galima susieti su dabartimi, o nesveikus paciento nuokrypius (simptomus) suprasti pagal dabarties atsiskleidimą, t. y. tai, kaip jis gyvena ir elgiasi? Galbūt tokius nuokrypius galima keisti, keičiant paciento dabartį, t. y. esamą elgesį ar gyvenimo būdą? Tokie yra P. L. Wachtelio kelti klausimai, iš kurių tik į pirmąjį autorius atsako neigiamai, ir klasikinei psichoanalitinei minčiai siūlo aktyvios, tarpasmeninius santykius įtraukiančios psichoterapijos alternatyvą, kurią atskleidžia vartodamas Karen Horney, Harrio Stacko Sullevano, Eriko Ericsono teorijų terminologiją. Psichoanalizei tinkančią *svogūno lukštenimo* metaforą P. L. Wachtelis keičia į *besiskleidžiančios rožės* metaforą, norėdamas pabrėžti, kad psichoterapija yra asmenybės išsiskleidimo ir savikūros procesas.

Pasak Wachtelio, atidžiau ir giliau tyrinėjant pasirodo, kad primityviosios jėgos (pasąmoniniai troškimai ir impulsai) nėra visai nepriklausomos nuo realybės, reaguoja į ją, nėra atkirstos nuo „ego percepcinių kontaktų su realybe“ (t. y. realybės reprezentacijų psichikoje). Todėl ir psichologinė pagalba gali būti aktyvi, naudinga intrapsichiniams paciento pokyčiams, net jeigu nagrinėjami ir keičiami ne intrapsichiniai konfliktai, o tarpasmeniniai ryšiai ir problemiško elgesio pasireiškimo dabartyje būdai.

Kalbant apie pokyčių mechanizmus buvo minėta, kad visos psichoterapinės mokyklos taiko konflikto koncepciją, tik orientuojasi į skirtingus asmenybės veikimo lygius. Konflikto koncepcija yra ir P. L. Wachtelio asmenybės teorijos ašis. Pagrindinė *ciklinės dinaminės asmenybės teorijos* mintis – konfliktai, valdantys žmogaus gyvenimą, gali būti ir gyvenimo būdo pasekmė, ir jo priežastis: intrapsichinis (vidinis) konfliktas sukuria problematišką elgesį; problematiškas elgesys kuria intrapsichinius konfliktus. Toks etiologinis procesas, kai susiformavęs priežasties–pasekmės–priežasties ciklas kartojasi, įtraukia žmogų, vadinamas *cikline psichodinamika*. Į tokį užburimą *ydingą ratą* pakliuvęs žmogus negali lengvai iš jo ištrūkti. Tokia ciklinė psichodinamika ir yra emocijų ir elgesio sutrikimų (psichopatologijos) priežastis.

Pavyzdžiui, nuolankus, save žeminantis gyvenimo būdas ir tarpasmeninių santykių stilius, gali būti užgniaužto pykčio pasekmė, bet nuolankus ir save žeminantis gyvenimo būdas ir pats kelia pyktį. Kitaip tariant, žmogaus gyvenimo būdas išsišakoja iš problemos ir kartu įamžina problemą.

Kaip galima interpretuoti tokią nepertraukiamą praeities ir dabarties sąveiką, jos cikliškumą?

Psichoanalizė interpretuoja šį ryšį, atlikdama kruopščius „*archeologinius kasinėjimus*“ vieno žmogaus teritorijoje (*intrapsichiniu lygiu*), sluoksnius po sluoksnio nuvalydama laiko paliktas dulkes; tradicinio bihevioristinio požiūrio dėmesio centre – pastiprinimai, lemiantys tokį dvikryptį perkėlimą. P. L. Wachtelio požiūriu, ryšys tarp praeities ir dabarties – cikliškas *tarpasmeninių įvykių* atgaminimas.

Pritaikydamas Piaget *schemas* sąvoką, autorius aiškina, kad mes *asimiliuojame* naują patirtį į jau turimą patyrimą, panaudodami senas schemas, t. y. mums įprastus mąstymo ir įprasminimo būdus. Pavyz-

džiui, apie naujus žmones ir santykius sprendžiame pagal panašumą su tais, kurie jau buvo praeityje.

Taigi neurozę įtvirtina cikliška konflikto dinamika. Pavyzdžiui, jauna pacientė išgyveno stiprų vidinį konfliktą, susijusį su savo seksualiniu elgesiu. Šis vidinis konfliktas kėlė stiprų nerimą dėl seksualinių santykių ir trukdė formuotis adekvatiems elgesio būdams („normaliai“ reaguoti) situacijose, kai kas nors parodydavo jai bent menkiausią dėmesį. Ji pakliuvo į ydingą ratą, kai vidinis konfliktas gimdo nerimą dėl seksualinio sužadavimo, kuris savo ruožtu verčia vengti intymesnio bendravimo situacijų. Taigi su potencialiais partneriais ji elgiasi nenatūraliai, nevykusiai ir dar labiau pradeda nerimauti dėl savo seksualinio elgesio. Toks nesuskaičiuojamą daugybę kartų pasikartojęs ciklas, atrodo, kur kas geriau padeda suprasti, kodėl mergina dabar yra užsisklendusi ir paniškai bijo artimesnio bendravimo, negu egzotiškas ir simbolistinis jos nerimo interpretavimas psichoanalizėje (Wachtel, 1997).

Terapiniai procesai

Kadangi neurotiško reagavimo būdą (*angl. pattern*) palaiko cikliška tarpasmeninių įvykių dinamika, svarbiausias psichoterapeuto uždavinys – padėti žmogui išstrukti iš ydingo rato, pakeisti įsitvirtinusių neurotiškus reagavimo būdus.

Terapeutas turi užimti aktyvią poziciją, spręsdamas kasdienes kliento problemas. P. L. Wachtelio nuomone, interpretacija kaip intervencinė technika neturi psichoanalitikų jai pripažintos „aukso monetos“ vertės; išvalga automatiškai neatveria vartų pozityviems pokyčiams. Neurotiško elgesio priežasčių ar motyvų interpretacijos ir dėl jų kylančios išvalgos gali būti naudingos pacientui, bet jos – tik vienas iš daugelio galimų būdų, kaip nutraukti ydingą, destruktivų įvykių ciklą. Veiksmingesnis būdas – *visuose terapijos etapuose jungti veiksmą ir išvalgą*.

P. L. Wachtelis aiškina, kad tai, kas mes esame, negali būti atskirta nuo to, ką mes darome, todėl tam, kad vyktų fundamentalūs vidiniai pokyčiai, turi fundamentaliai pasikeisti tai, ką kasdieniame gyvenime darome. Tad ir klausimą psichoterapijoje reikėtų kelti ne *arba veiksmai, arba išvalga*, arba *pirma vienas, paskui – kitas*, arba priešingai, bet *arba abu, arba nei vienas, nei kitas*.

Terapeuto darbas

Integratyvios dinaminės elgesio terapijos psichoterapeutas derina dinامينius ir bihevioristinius metodus. Jis gali dirbti kaip dinaminis terapeutas, taikydamas interpretacijų metodą, ir panašiai kaip bihevioristinis terapeutas, naudodamas priešpriešinio sąlygojimo ar elgesio repecijų technikas.

Tačiau *sinergetinės* dviejų ar kelių metodikų *integracijos* esmė – naujas produktas, iš esmės – naujas intervencijos metodas, jo rezultatai pranoksta bendrą rezultatą, kuris būtų gautas, taikant metodikas po vieną. Toks, Wachtelio žodžiais tariant, „susiuvimas be siūlės“ reikalauja iš integratyvaus terapeuto įtempto protinio darbo. Be įprastos skirtingų mokyklų terapeutams reikalingos techninės kompetencijos, jis taip pat turi pasižymėti gebėjimu kūrybiškai, alternatyviai mąstyti ir turėti lankstų, stereotipų neužterštą požiūrį į skirtingų mokyklų koncepcijas.

Pasak autoriaus, atsiribojant nuo teorinių spekuliacijų, o tiesiog stebint, ką realiai daro bihevioristas ir psichodinaminis terapeutas, neretai galima pastebėti daugiau panašumų nei skirtumų.

Objektyvių panašumų tarp psichodinaminės ir elgesio psichoterapijos buvimą P. L. Wachtelis iliustruoja, aptardamas dviejų metodikų – sisteminio jautrumo mažinimo (desensibilizacijos) ir savęs įtvirtinimo (*angl. assertiveness*) – taikymo procedūras elgesio ir psichodinaminėje terapijoje.

Sensorinė desensibilizacija – įprasta metodika baimių (phobijų) atvejais. Jos esmė – pamažu klientui, bijančiam tam tikrų objektų, demonstruojami vis labiau gąsdinantys stimulai – objektai ar jų vaizdai, kartu mokant jį atsipalaiduoti. Sunku ir dažniausiai nepavyksta sukelti pirminės paciento reakcijos – simptomų, pasireiškiančių realiomis sąlygomis. S. Freudas panašiai yra sakęs, kad pacientas turi nuosekliai ir pamažu grįžti atgal nuo dabartinės simptomų raiškos, kol pagaliau atgaminamas pirminis įvykis ir susitaikoma su juo. Kai dinaminiai terapeutai raginami „dozuoti nerimą“ (neleisti pacientui pasiekti tokio lygio, su kuriuo nesusidoros), „synchronizuoti interpretacijas“ (interpretuoti laiku, kai pacientas yra priartėjęs prie išvalgos), „leisti klientui diktuoti tempą“ – jie mokomi kurti panašias situacijas, kaip ir sisteminėje desensibilizacijoje. Ir bihevioristui, ir moderniam psichoanalitikui svarbūs tie patys komponentai – paciento relaksacija, priartėjimo prie

traumuojančio įvykio nuoseklumas, kliento nusiteikimas pasikliauti terapeutu ir atskleisti savo baimes. Panašiai ir stiprinant savęs įtvirtinimą (asertyvumą) psychodinaminėje terapijoje iš pradžių nustatomi sunkumai, vyksta elgesio treniruotė, terapeutas demonstruoja tinkamą elgesio modelį, klientas jį atkartoja, klientas motyvuojamas perkelti elgesį į realų gyvenimą ir t. t. Pasak Wachtelio, savęs įtvirtinimas psychodinaminėje terapijoje yra desensibilizacija *in vivo* (Wachtel, 1977).

Apibendrinant galima teigti, kad ciklinės psychodinamikos terapeutas integruoja intervencijas, tradiciškai siejamas su psichoanalize, su elgesio ir su objektinių santykių/sistemų teorijomis. Ir daro tai tokiu būdu, kad jos pastiprina viena kitą ir duoda sinergetinį efektą.

Psychoterapijos dėmesio centrą P. L. Wachtelis perkėlė nuo intrapsichinio lygmens į tarpasmeninio funkcionavimo (santykių) lygmenį. Vietoje tradicinei psichoterapijai įprastos *vieno žmogaus* koncepcijos (*angl. one-person concept*) jis pasiūlė daug daugiau galimybių tyrinėti aktualias žmogaus problemas ir integruoti praeitį į dabartį suteikiančią koncepciją *du žmonės* (*angl. two-person concept*) (Wachtel, 2010).

Ciklinę dinamiką perkeldamas į tarpasmeninių santykių sritį P. L. Wachtelis kartu pagrindė prielaidas peržengti intrapsichinės realybės ribas ir pakviesti į terapeuto kabinetą kitus pacientui reikšmingus asmenis, aktyviai paskatinti ir palengvinti pacientus ištraukti į socialinį gyvenimą, atrasti malonių užsiėmimų ir užsiimti veikla, naudinga psichoterapijai, ir realiame gyvenime, už terapeuto kabineto sienų.

Kliento darbas

Kliento, skirtingai nei terapeuto, integracinis, sinergetinis požiūris į terapiją ir būtinybė derinti veiksmus su išvalgomis ypač neapsunkina, nes paprastai žmonės nori ir suprasti savo sunkumų priežastis, ir daryti konkrečius žingsnius joms spręsti, o terapeutas aktyviai jam talkina. Skirtumas nuo kitokios psichoterapijos lūkesčių kliento atžvilgiu yra tas, kad čia tikimasi, jog jis, terapeuto padedamas, pasiektą išvalgą pavers veiksmais, o veiksmus – nauja išvalga. Kitas konkretus paciento darbas psichoterapeuto kabinete priklauso nuo to, kokios konkrečios technikos yra naudojamos.

Psichoterapijos turinys

Integratyvus psichodinaminis elgesio terapijos modelis yra pastangų sinergetiškai sujungti koncepcijas ir empirinius faktus, gautus remiantis skirtingais požiūriais į asmenybę ir psichopatologiją, rezultatas. Tokia sintezė sukuria kontekstą įvairioms klinikinėms intervencijoms, bet neapibrėžia konkretaus psichoterapijos turinio. Galima sakyti, kad kontekstas pasiūlo tik tam tikrą klinikinių reiškinių tyrinėjimo būdą ir universalesnį terapinio darbo su jais stilių (Watchel ir kt., 2005).

Ciklinės psichodinaminės teorijos kontekste terapijos turinys – hipotetiškai numatomi ydingų ciklų mechanizmai ir jų įtaka patologiško nerimo atsiradimui bei palaikymui. Integratyvios psichodinaminės elgesio terapijos dėmesio centre yra ne pati fiksacija ar traumuojantis įvykis, o ydingų ciklų seka, sukėlusি tokias fiksacijas ir įvykius, ir būdai, kuriais jie stabiliai reiškiasi dabartiniame kliento gyvenime.

Kadangi toks nepertraukiamas procesų ratas gali atsirasti ir intrapsichiniame, ir tarpasmeninių santykių lygiuose, P. L. Wachtelio modelyje psichoterapijos turinys iš pradžių jungė psichoanalizės ir bihevizmo akcentus (charakterologinius ir situacinius) (Wachtel, 1977), o vėliau – į bendrą visumą buvo sujungti individulios psichodinaminės ir santykių, šeimos, sistemų psichoterapijos požiūriai ir technikos (Wachtel, 2010).

Terapiniai santykiai

Psichoterapija yra pirmiausia ir daugiausia žmogiškieji santykiai (Wachtel, 1990). Dėmesys realaus terapinio santykio vystymui ir perkėlimo analizei nurodo psichoanalitines P. L. Wachtelio psichoterapijos šaknis. Tačiau, skirtingai nei psichoanalizėje, interpersonalinei ir integratyviai terapijai reikia kur kas aktyvesnio terapeuto vaidmens ir dalyvavimo sprendžiant kasdienius kliento rūpesčius.

P. L. Wachtelio mėgstamas posakis – „būdamas neutralus, toli nenuėisi“. Kaip minėta, šiame psichoterapijos modelyje terapeutui skiriama kur kas aktyvesnė, direktyvesnė ir kūrybiškesnė pozicija nei psichoanalizėje, kur baiminamasi, kad tiesioginis analitiko įsikišimas ir neutralumo pažeidimas sutrikdys asociacijų srautą arba „užterš perkėlimo vandenį“. Bet minimalus įsikišimas sukelia minimalius pokyčius (Wachtel, 1983; 1987).

Teigiama, palaikančia laikysena ir aktyvesniu elgesiu grįsti terapiniai santykiai integratyvioje psichoterapijoje yra ir būtina (nors nepakankama) pokyčių sąlyga, ir pats pokyčio mechanizmas. Tik kartais – esant tam tikroms problemoms (pavyzdžiui, liguistam gėdos jausmui) – paciento ir terapeuto santykiai tampa ir pokyčio turiniu. Empatija, nuoširdumas ir pagarba yra derinami su nurodymais, instrukcijomis ir kitomis elgesio terapijos intervencijomis. Apskritai P. L. Wachtelis daug dėmesio skyrė terapinei komunikacijai ir taip pavadintoje savo knygoje (*angl. Therapeutic Communication*) (Wachtel, 1993) plačiai aiškino kliento informavimo, pagrįsto pagarba ir bendradarbiavimo dvasia, principus, kurie turi stiprinti, bet jokių būdu nesilpninti kliento savivarbos ir pasitikėjimo terapiniu aljansu (susivienijimu).

Praktiniai aspektai

Tipiška P. L. Wachtelio integratyvinė psichoterapija trunka ilgiau nei „grynai“ elgesio terapija, bet trumpesnė nei „grynai“ psichodinaminė. Kadangi joje taikoma daugiau aktyvių intervencijų, ji gali būti ir trumpalaikė. Kai kada ji būna terminuota, atsižvelgiant į problemų pobūdį ir kliento poreikius trunka tam tikrą nustatytą laiką, bet gydymo kursas paprastai nebūna trumpesnis nei vieni metai.

Modelis buvo taikytas beveik be išimčių individualiai, ambulatoriškai neuroziniam sutrikimams gydyti, nors bendrieji jo principai jau išbandyti šeimos ir socialinės kritikos kontekstuose (Wachtel, McKinney, 1992; Wachtel ir kt., 2005; cit. pagal Prochaska ir Norcross, 2010).

Svarbios sąvokos

istorinis matmuo

psichopatologijos mamutizavimas

svogūno lukštenimas

besiskleidžianti rožė

ego percepciniai kontaktai

realybės psichinės reprezentacijos

teorinė integracija

sinergetinė integracija

ciklinė psichodinamika

ciklinė dinaminė asmenybės teorija
ydingas ratas
intrapsichinis lygis
tarpasmeniniai įvykiai
Piaget schema
patirties asimiliavimas
neurotiškas reagavimas
veiksmo ir įžvalgos integracija
sensorinė desensibilizacija
savęs įtvirtinimas
direktyvus santykis
integratyvios terapijos kontekstas
integratyvios terapijos turinys

Literatūra

1. Prochaska, J. O.; Norcross, J. C. *Systems of Psychotherapy*. A Transtheoretical Analysis. 7th edition. Brooks/Cole, 2010.
2. Wachtel, P. L. *Psychoanalysis, behavior therapy, and relation world*. Washington, DC: American Psychological Association, 1997.
3. Wachtel, P. L. Psychotherapy and psychotherapy integration: An international perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2008, 18, p. 66–69.
4. Wachtel, P. L. Research on psychotherapy integration: Throw away the manual. *Psychotherapy Bulletin*. 2009, 44 (4), p. 35–45.
5. Wachtel, P. L. One-person and two-person conceptions of attachment and their implications for psychoanalytic thought. *International Journal of Psychoanalysis*. 2010, 91(3), p. 561–81.

Kontroliniai klausimai

- Kokiomis asmenybės koncepcijomis remiasi Wachtelio integratyvioji terapija?
- Kas yra asmenybės ciklinė dinamika?
- Kaip psichopatologiją aiškina ciklinė psichodinaminė teorija?
- Kaip paaiškinama „ydingo rato“ koncepcija?
- Apibūdinkite terapeuto darbą psichodinaminėje elgesio terapijoje.

- Kas sieja biheavioristines sisteminės desensibilizacijos ir dinaminio savęs įtvirtinimo procedūras?
- Kokie reikalavimai keliami klientui?
- Kokie reikalavimai keliami psichoterapeutui?
- Kas būdinga terapeuto ir kliento santykiams psichodinaminėje elgesio terapijoje?

3.3. Palaikomoji psichoterapija

/ Samprata

/ Apibrėžimas ir teorinės prielaidos

/ Ištakos

/ Tikslai ir tinkamumas

/ Terapiniai santykiai

/ Komponentai

/ Praktiniai aspektai

Samprata

Palaikomoji psichoterapija – eklektinis psichoterapijos modelis. Ji nesiremia viena teorine paradigma, o naudojasi atskiromis psichologijos, edukacinių mokslų, socialinio darbo teorijomis ir koncepcijomis, yra daugiau įrodymais pagrįsto patyrimo, nuolat papildomo empirinių tyrimų duomenimis, rezultatas. Jos praktikos esmę sudaro principinės nuostatos ir kompleksas metodų, kurie klinikinėje praktikoje ir empiriniuose tyrimuose pasirodė esą veiksmingi.

Palaikomoji psichoterapija yra taikoma keliuose kontekstuose. Psichiatrijoje palaikomoji psichoterapija yra psichoterapijos metodas pacientams, kurių būklė negali iš esmės pasikeisti, ir jos tikslas – pasiekti, kad psichopatologiniai procesai turėtų kiek galima mažesnę įtaką paciento gyvenimui, t. y. siekiama sustabdyti psichologinio ir socialinio funkcionavimo blogėjimą.

Tačiau šis metodas naudojamas ir bendrojoje medicininėje praktikoje, ir socialiniame darbe (pavyzdžiui, kartu su paliatyviu gydymu ar slauga, kurių tikslas – palengvinti simptomus, neišvengiamai progresuojančius sergant nepagydoma lėtine liga (*lot. pallio — pridengiu*)), taip pat

asmenims, kuriems nenustatytos psichiatrinės diagnozės, kurie turi ribinių, o kartais vidutiniškų ir negilių asmenybės sutrikimų (Bloch, 2006).

Dažniausiai dėl lėtinio ligos ar sutrikimų pobūdžio palaikomoji psichoterapija yra ilgalaikė, o kartais, esant nežymiems asmenybės sutrikimams, sustiprėjusiems dėl nepalankių ar traumuojančių gyvenimo aplinkybių, ji skiriama ir jos trukmė nustatoma pagal kliento poreikį. Kartais palaikomoji psichoterapija naudinga praktiškai sveikiems žmonėms, išgyvenusiems stresinius įvykius ir nesugebantiems susidoroti su situaciniais sunkumais, neturintiems kitų emocinio ir socialinio palaikymo šaltinių (pavyzdžiui, praradus darbą, išsiskyrus, susirgus šeimos nariui ar ilgai jį slaugant ir kt.).

Palaikomosios psichoterapijos kaip psichologinio gydymo metodo ištakos siejamos su P. Šilderiu (Schilder, 1938), pavadinusiu *patarimą, nuraminimą, katarsį ir modeliavimą „palaikymo technikomis“*. Vėliau kiti psichonalitinės krypties atstovai F. Aleksanderis ir T. Frenchas (Alexander ir French, 1946) rašė apie pacientus, kurių „iškreiptas ego“ ir kuriems yra mažai vilties pasiekti pastovių teigiamų asmenybės pokyčių, todėl reikia ilgalaikio, o kartais ir nenutrūkstamo vadovavimo, pastiprinimo, nuraminimo bei globos.

Nors ne visi autoriai *bona fide* (lot. sąžiningas, tikras) tiki, kad palaikomoji psichoterapija yra savarankiškas psichoterapijos modelis, o daugelis pabrėžia, kad emocinis palaikymas yra sudėtinė psichoterapeuto darbo dalis, terapinio aljanso (*angl. therapeutic alliance*) sąlyga, daugėja empirinių tyrimų ir mokslinių publikacijų apie palaikomąją psichoterapiją kaip savarankišką terapijos formą. Pavyzdžiui, B. Alfordas ir A. Beckas (Alford, Beck, 1997), remdamiesi bent keturiomis metaanalizėmis, padarė išvadą, kad: (1) palaikomoji terapija ir terapinis aljansas (susivienijimas) yra du skirtingi vienetai; (2) reikia skirti palaikymą kaip vertingą gydymo aspektą ir kaip tikslingai organizuotą palaikymo metodų sistemą.

Kai kurių autorių nuomone, nors palaikomoji psichoterapija ir neturi bendro teorinio pagrindo, jos metodų pasirinkimas nėra atsitiktinis, ji pasižymi savo skiriamaisiais požymiais – tikslais, principais, intervenciniais metodais – tad yra pakankamas pagrindas įteisinti palaikomąją psichoterapiją kaip atskirą psichoterapijos modelį (Piper ir kt., 2002; S. Bloch, 2006).

Apibrėžimas ir teorinės prielaidos

Įvairių formų palaikymas gali būti sudėtinė bet kokios psichoterapijos dalis, tačiau palaikymo psichoterapija nagrinėjama kaip atskira psichoterapijos forma, kai paciento (kliento) parėmimas bei sustiprinimas yra *pirmaeilis psichoterapijos tikslas*. Kartais psichoterapijos paciento somatiniai ar asmenybės sutrikimai yra tokie gilūs, jog tam, kad išgyventų iki „kitos dienos“, jam reikalinga profesionali *psichologinė* pagalba. Toliau šiame skyriuje palaikomoji psichoterapija bus pristatoma daugiausia remiantis S. Blocho (2006) tyrinėjimais ir apibendrinimais, pateiktais jo redaguotoje monografijoje „Įvadas į psichoterapijas“.

Palaikomoji psichoterapija gali būti apibrėžta kaip ilgalaikis psichologinis gydymas, taikomas pacientams (klientams), kurie dėl skirtingų sutrikimų nepajėgia savarankiškai adekvačiai gyventi, siekiant paremti ir sustiprinti asmens geresnio ir brandesnio ego funkcionavimo potencialą adaptacijos ir vystymosi tikslais (Gilbert ir Ugestad, 1994). W. Piperis ir bendraautorai apibrėžia palaikomąją psichoterapiją kaip gydymą, dažniausiai skirtą mentalinėms (psichinėms) struktūroms, kurios yra aktyviai ar chroniškai nepakankamos, stiprinti, skirtingai nei įžvalgų siekimas atskleidžiamojame (gelminėje) psichoterapijoje (Piper ir kt., 2002).

Suprantama, kad pacientų *psichologinis neįgalumas* pasikliauti savo paties jėgomis gali būti ir trumpalaikis, ir ilgalaikis. Pirmaisiais atvejais paprastai asmuo būna sukrėstas stresinio patyrimo dėl traumuojančio gyvenimo įvykio (pavyzdžiui, netekties, skyrybų, darbo praradimo ir kt.), su kuriuo negali susidoroti, pasikliaudamas tik savo vidiniais ištekiais ar įprastais socialinės paramos būdais. Tuomet žmogus gali patirti krizę ir jam būtų tikslinga taikyti krizių intervencijos metodus⁴.

Tačiau kartais palaikomosios psichoterapijos intervencijos gali būti veiksminga krizės prevencijos priemonė, neleidžianti sustiprėti ir ilgam įsitvirtinti neadaptyviam elgesiui bei psichopatologiniams simptomams, netaikant kitų terapinių priemonių, kai jos žmogui neprieinamos, nepasiekiamos arba nepriimtinos, o kitų paramos šaltinių nėra. Vis dėlto dažniausiai, kai kalbama apie palaikomąją psichoterapiją, turima omenyje ilgalaikė jos forma, susijusi su *ilgalaikiu asmens psichologiniu neįgalumu*.

⁴ Plačiau apie krizių intervenciją žr. Polukordienė, K. Krizių intervencija. *Psichoterapija*. Knyga profesionalams ir smalsiems. Sud. E. Laurinaitis ir R. Milašiūnas, 2008, p. 393–404.

Ilgalaikis psichologinis neįgalumas bendrąja prasme ir šiame kontekste nereiškia jokios medicininės diagnozės, tik nurodo, kad dėl psichologinio pobūdžio sutrikimų ar sunkumų žmogus nepajėgia savarankiškai tvarkytis, spręsti kasdienių klausimų, ieškoti pagalbos ar tinkamai ja pasinaudoti. Tuomet jiems gali būti naudinga terminuota palaikomoji psichoterapija. Siauresne ir labiau įprasta prasme ilgalaikis psichologinis neįgalumas siejamas su psichiatrinėmis diagnozėmis. Pavyzdžiui, jis gali būti būdingas žmonėms, kurių ir psichologinis, ir socialinis funkcionavimas yra pažeistas lėtinės psichozės ar neurozės arba ženklios asmenybinės disfunkcijos; tuomet jiems reikalinga palaikomoji psichoterapija yra neapibrėžtos trukmės.

Palaikomosios psichoterapijos ir atskleidžiamosios skirtumams daug dėmesio yra skyrę psichoanalitinės krypties atstovai. Pavyzdžiui, O. Kernbergas (1984) palaikomąją psichoterapiją ir psichoterapiją, pagrįstą išvalgomis ir jausmų ar savitumo raiška, laikė kraštutiniais vienos skalės poliais, o jų proporciją terapijos procese siejo su paciento neįgalumo lygiu ir klinikine pažanga; F. Pine (1986) psichoanalitinėje perspektyvoje aiškino specifinius interpretavimo būdus, kuriuos analitikas taiko psichologiškai pažeidžiamiems pacientams, kai būtent palaikymo strategijos yra vienintelis įmanomas intervencijos būdas.

H. Pinskeris, apibūdindamas palaikomosios psichoterapijos specifiką, teigė, kad ji nesiremia viena psichinių reiškinių, asmenybės ar psichopatologijos teorija, tad neturėtų būti vertinama kaip teorinis terapijos modelis. Tiksliau būtų ją apibrėžti kaip eklektinę psichoterapiją, taikančią skirtingas priemones, taktikas bei technikas ir galinčią funkcionuoti pagal skirtingas teorines orientacijas (Pinsker, 1994, 1997; cit. pagal Barber, 2001).

Vėliau ir kiti autoriai pabrėžė, kad nors palaikymo technikos gali papildyti ir dažnai papildo kitokią psichoterapiją, bet pati palaikomoji psichoterapija turi savo atskirus, tam tikrus tikslus ir procedūras (Barber ir kt., 2001).

S. Blochas (2006) atkreipia dėmesį į tai, kad šiuolaikinė palaikomoji psichoterapija negali būti suprantama tik kaip eklektiška praktika, nes savo intervencijas ji modeliuoja aiškiai suvokiant, į kokius pokyčius intervencija yra nukreipta ir kokios teorinės koncepcijos pagrindžia jų reikalingumą. Dažniausiai palaikomoji psichoterapija naudoja atskiras koncepcijas ir intervencijų principus, perimtus iš psichoanalizės, elge-

sio ir kognityvinės psichoterapijos, H. Kohuto savasties psichologijos, J. Bowlby prisirišimo teorijos ir objektų ryšių mokyklos (A. Freud, M. Klein, D. Winnicott ir kt.).

Autoriai, apibūdindami palaikomosios psichoterapijos teorinius požiūrius tam tikrais klausimais, dažnai vartoja psichoanalitinę terminologiją, taip pat pastebi, kad psichoterapijoje yra problematiška atskirti *palaikymą* ir *atskleidimą*, tačiau pripažįsta, jog palaikomoji terapija nėra psichoanalitinės terapijos modifikacija (Buckley (1994).

Vis dėlto igalaiakėje palaikomojoje psichoterapijoje ryški psichoanalizės įtaka. Pavyzdžiui, psichodinaminės krypties atstovai (Kernberg, 1984 ir Rockland, 1989; 1993) išsamiai aiškino, kaip palaikomojoje psichoterapijoje gali būti pritaikytos psichoanalitinės koncepcijos (tiesa, pakeistos formos). Nemažą įnašą į palaikomosios psichoterapijos raidą yra įnešę kognityvistai ir elgesio psichoterapijos praktikai.

Taigi palaikomoji psichoterapija yra įtraukusi įvairių psichologinių paradigmu koncepcijas. Pavyzdžiui, P. Buckley'us (1994), kalbėdamas apie palaikomosios psichoterapijos teorinius pagrindus, pateikia V. Kohuto *empatijos* koncepciją, pagal kurią empatija suprantama kaip teigiamas perkėlimas, D. Winnicotto *palaikančios aplinkos koncepciją*, kuri yra veiksnys, padedantis su(si)kurti klientui saugią realybę ir autentiškus ryšius su kitais. Palaikomoji psichoterapija naudoja kognityvinės psichoterapijos *palaikymo* sampratą. Šiuo atveju daug naudingų įžvalgų yra pateikę B. Alfordas ir A. Beckas (1997), aptardami tarpasmeninio palaikymo vaidmenį kognityvinėje psichoterapijoje. Kognityvinę psichoterapiją jie apibūdina kaip palaikomąją ta prasme, kad terapeutas joje yra „pagalbininkas“, „geradarys“ (*angl. benefactor*), kuris padrašina, paskatina pacientą ir jo pastangas koreguoti neadaptivias savo mąstymo schemas, t. y. atlieka ne tik direktyviają, bet ir palaikymo funkciją. Autoriai pabrėžia palaikymo sąsajas su atsakomybe už paciento priklausomybę nuo palaikančio terapeuto, nes pacientas neturi regresuoti, tapti nesavaranikiškas, bet priešingai, visame terapijos procese aktyviai bendradarbiauti.

Vis dėlto, pasak kai kurių autorių, pastangos sukurti bendrą, apibrėžtą teorinį palaikomosios psichoterapijos pamatą yra nepakankamai vaisingos arba ir toliau diskutuotinos (Berlinicioni, Barbieri, 2004, cit. pagal S. Bloch, 2006). Tad į klausimą, koks teorinis modelis – kiek ir

kokios krypties teorines pažiūras integruojantis – labiausiai tinka palai-
komajai psichoterapijai, vienareikšmiškai nėra atsakyta.

Ištakos

Silpnesnių, pažeidžiamų, vargingų žmonių palaikymas – sena tradicija įvairiose kultūrose, kaip ir tradicija religijai priskirti terapinę funkciją. Artimieji ir draugai – kitas svarbus psichologinės paramos šaltinis kenčiančiam. Kai XIX a. paskutiniajame dešimtmetyje atsirado profesionali klinikinė psichoterapija, psichiatrai ir kiti sveikatos specia-
listai savo veikloje ėmė taikyti psichologines intervencijas ir strategijas, tačiau dažniausiai – neurotikams ir (kiek vėliau) asmenybės sutrikimų turintiems pacientams. Lėtinėmis ligomis sergantys (pavyzdžiui, tu-
rintys psichozės diagnozę) asmenys buvo guldomi į uždaras psichia-
trinių ligoninių slaugos palatas ir prižiūrimi. Apie 1950-uosius pasiro-
dę antipsichoziniai vaistai ir maždaug po 20 metų išbandyti gydymo bendruomenėje metodai sudarė galimybes ir šios grupės pacientams gydytis „laisvėje“, t. y. už ligoninės ribų, ir palaikomoji terapija tapo pagrindiniu jų gydymo būdu. Pagrindinis klausimas sveikatos specia-
listams ir tada, ir šiandien lieka toks pats – kaip už ligoninės ribų užti-
krinti profesionalų palaikymą tiems pacientams, kurie ilgą laiką būna nepajėgūs gyventi savarankiškai, dažnai paliekami izoliuoti ir be bent menkos aplinkinių paramos.

Tikslai ir tinkamumas

Tikslai

Bendroji palaikomosios psichoterapijos paskirtis – pagelbėti ilga-
laikiams ligoniams ir kitiems kenčiantiems žmonėms kuo geriau prisi-
taikyti prie realios jų gyvenimo situacijos, prisitaikyti pirmiausia psi-
chologiškai ir socialiai, bet taip pat ir praktiškai.

Bendrieji palaikomosios psichoterapijos tikslai, pasak S. Blocho, yra:

- o Užtikrinti geriausią psichologinę ir socialinę paciento adapta-
ciją, atkuriant arba sustiprinant jo gebėjimus įveikti gyvenimo
sukrėtimus ar iššūkius;
- o Sustiprinti adaptyvius psichologinės gynybos mechanizmus ir
susilpninti neadaptyvius;

- o Sustiprinti savigarbą nustatant ir išryškinant stipriąsias savybes ir pasiekimus;
- o Padėti aiškiai suprasti situacijos realybę, pavyzdžiui, vidinį ribotumą ar ribotas gydymo galimybes, ir atskirti tai, kas realiai gali būti pasiekta ir yra realiai nepasiekiamo;
- o Sutrukdyti (užbėgti už akių) atkryčiui, siekiant, kad nepablogėtų būklė ir netektų gultis į ligoninę;
- o Sudaryti sąlygas pacientui naudotis tik tokio lygio profesionalia parama, kuri būtina geriausia jam adaptuotis, vengiant perdėtos priklausomybės;
- o Perkelti palaikymą iš profesionalų (nebūtinai visiškai, dažnai – iš dalies) į kitus šaltinius (artimuosius ir draugus), sustiprinant paciento psichologinius ir materialiuosius išteklius.

Svarbus palaikomosios psichoterapijos principas – išsamus ir įvairiapusiškas žmogaus ir jo gyvenimo situacijos ištyrimas ir geriausiai jo poreikius atitinkančių psichoterapijos tikslų iškėlimas. Konkretūs palaikomosios psichoterapijos tikslai formuluojami, atsižvelgiant į paciento diagnozę, sutrikimo stiprumą, fizines ir socialines gyvenimo aplinkybes, asmenybės išteklius, kitus palaikymo ir paramos šaltinius.

Tinkamumas

Ilgalaikė palaikomoji psichoterapija paprastai yra skiriama psichiatrijos pacientams, kurių sutrikimai emocijų, kognityvinių funkcijų, elgesio ir tarpasmenybinių santykių lygmenimis yra tokie, kad objektyviai prognozuojama, jog jų būklė ateityje negerės. Tuomet psichoterapijos tikslu tampa tolesnio paciento būklės blogėjimo arba ligos atkryčio prevencija.

Kaip jau buvo minėta, palaikomoji terapija praktiškai taikoma ne tik pacientams, kuriems nustatyta psichiatrinė diagnozė, bet ir, pasak D. Wermano (1984), visada, kai nustatoma, kad pacientų psichologiniai ištekliai „fundamentaliai neadekvatūs“ ir be papildomos išorinės paramos jie nebebajėgs prisitaikyti gyventi. Stipresnis stresas ar net nedidelė įtampą kitiems sukkeliantis įvykis gali daryti juos dar labiau pažeidžiamus. Jiems gali būti sunku ieškoti ir prašyti pagalbos (profesionalų ar kitų asmenų) arba prasmingai pasinaudoti pasiūlyta pagalba. Gyvenimo įvykiai sutrikdo jų vidinę pusiausvyrą ir sukuria patologinę simp-

tomatiką arba sustiprina priklausomybę. Situaciją ypač apsunkina, kai artimiausios aplinkos žmonės nenori arba nesugeba tinkamai palaikyti, paremti ar bent suprasti tokio paciento poreikių. Konkretios paciento padėtį apsunkinančios ir jo pažeidžiamumą stiprinančios sąlygos gali būti pakoreguotos taikant palaikomąją terapiją, pagrįstą išvalgomis ir „struktūriniais“ pokyčiais (Bloch, 2006).

P. A. Dewald (1994), remdamasi savo ir kolegų klinicine patirtimi, nurodo požymius, kurie padeda apsispręsti, ar pacientui skirti daug sąnaudų reikalingą palaikomąją psichoterapiją:

- o paciento socialiniai ryšiai riboti, nestabilūs ir (ar) komplikuoti;
- o pacientas nesidomi savimi ir savo psichologiniu funkcionavimu, neturi polinkio savęs analizuoti;
- o dėl objektyvių fizinių ir (ar) materialinių sąlygų pacientas negali sau leisti intensyvios psichoterapijos (per brangi, būtina dažnai susitikti ir pan.);
- o pagrindinis paciento interesas – simptominiai pokyčiai;
- o pacientas turi ribotas galimybes tikslingai pats save nukreipti.

Ir priešingai, palaikomoji psichoterapija nereikalinga ir neskiriama tiems pacientams, kurių asmenybės adaptacinių išteklių pakanka, kad sėkmingai pasitiktų somatinės ar psichinės ligos sukeltus apribojimus ir gyvenimo situacijos reikalavimus.

Terapiniai santykiai

Dauguma palaikomosios psichoterapijo pacientų labai sunkiai užmezga kontaktą ir artimesnius ryšius, nes aktyvesnis bendravimas, kuriam reikia artumo ir atvirumo, kelia nerimą ir baimę. Tai būtina turėti omenyje, bandant suprasti terapeuto ir palaikomosios psichoterapijos paciento bendravimą. Tai kaipgi užmegzti ir palaikyti terapinius santykius, kurie, kaip ankstesniuose skyriuose buvo minėta, yra psichoterapijos esmė ir bendrasis terapinis veiksnys?

Ryšys tarp terapeuto ir kliento palaikomosios psichoterapijos atveju yra ypatingas: terapeutas prisima padedančiojo vaidmenį, jautriai rūpinasi paciento poreikiais, naudodamas įvairias strategijas, bet išlaiko tik vidutinio lygio artimumą (Crown, 1988, cit. pagal S. Bloch, 2006).

Kita savotiško terapinio santykio priežastis labiau pragmatiška. Šios terapijos pacientams palaikymas reikalingas ilgą laiką, kartais – ir

visą gyvenimą, ir realiai nedaugelis terapeutų galės likti su savo pacientu iki psichoterapijos pabaigos. Artimesnių santykių nutrūkimas pacientui būtų pernelyg skausmingas praradimas ir galėtų sukelti būklės pablogėjimą. Todėl geresnė alternatyva pacientui – ilgalaikė sutartis su psichoterapiją teikiančia įstaiga, bet ne su konkrečiu terapeutu.

Perkėlimas, apie kurį daugiausia kalba psichoanalitinės (psichodinaminės) krypties atstovai, realiai vyksta bet kokioje psichoterapijoje ir yra sudėtinė terapeuto bei paciento (kliento) sąveikos dalis. Skirtingai nei psichoanalizėje, kurioje perkėlimo reiškiniai yra identifikuojami ir interpretuojami, palaikomosios psichoterapijos terapeutas atpažįsta, bet ne interpretuoja, o valdo perkėlimą: teigiamos perkėlimo formos panaudojamos terapiniam bendradarbiavimui sustiprinti, neigiamos skubiai, bet jautriai, koreguojamos (Misch, 2000).

Kitas skiriamasis terapinio santykio bruožas palaikomojoje psichoterapijoje – terapeuto direktyvumas. Atsižvelgiant į prielaidą, kad pacientas nepajėgus gyventi savarankiškai, terapeutas prisiima didesnę atsakomybę, palyginti su kitomis psichoterapijos formomis. Galima sakyti, jog panašiai kaip protingo tėvo ir vaiko santykiuose atsakomybė ir direktyvumas turi būti tokio lygio, kad užtikrintų paciento saugumą ir priežiūros poreikius. Be to, terapinis santykis yra ir priemonė, padedanti terapiniame procese panaudoti tam tikras konkrečias startegijas.

Komponentai

Realiame terapijos procese yra lanksčiai derinamos įvairios poveikio priemonės (intervencijos), apie kurių tinkamumą atvejui sprendžia pats terapeutas. S. Blochas (2006) nurodo ir apibūdina kelias palaikomosios psichoterapijos strategijas, jungiančias įvairias technikas ir procedūras.

Nuraminimas arba patikinimas (angl. reassurance)

Terapeutas palaikomosios terapijos pacientus nuramina dviem būdais: (1) išsklaidydamas abejones ir klaidingą supratimą ir (2) pabrėždamas stipriąsias jų savybes. Šios priemonės tikslingai panaudojamos, kai reikia, pavyzdžiui, sumažinti paciento baimę, kad jis išprotės, kad pakliūs į ligoninę, kad turi rimtą somatinę ligą, kad jo simptomai yra unikalūs (tik jam vienam būdingi).

Ilgai sergantys psichikos ligomis pacientai dažniausiai būna praradę pasitikėjimą savimi. Peržvelgdami savo gyvenimą paprastai mato tik

nesėkmes ir neišnaudotas galimybes, o vertindami save nepastebi savo teigiamų savybių ir stipriųjų ypatumų. Terapeutas gali sustiprinti paciento savigarbą, atkreipdamas jo dėmesį į tai, perspėdamas apie paciento šališkumą, neobjektyvumą savo atžvilgiu.

Kad būtų veiksminga, nuraminti arba įtikinti (nenuogąstauti) reikia tikroviškai. Nepagrįstos vilties ar nenuosaikaus dvasinio pakilimo sukūrimas yra nepriimtinas, nes nors ir gali sukelti laikiną būklės pagerėjimą, ilginiui duoda priešingą rezultatą. Taigi terapeutas turi gebėti sukurti teigiamų lūkesčių nuotaiką, bet išlikti realistiškas ir sąžiningas.

Išaiškinimas (angl. explanation)

Ši technika palaikomojoje psichoterapijoje taikoma labai skirtingai, palyginti su psichoterapija, kurioje pagrindinis siekinys – paciento įžvalgos. Tokių reiškinių kaip, pavyzdžiui, perkėlimas, pasipriešinimas, gynyba ar kiti neišsąmoninti elgesio dėmenys, paaiškinimas (psichoanalitine terminologija – interpretavimas) palaikomosios psichoterapijos pacientams laikomas netinkamu ir vengtiniu. Šiuo atveju išaiškinimo turinys yra praktinio pobūdžio klausimai ir realybė, su kuriais pacientai kasdien susiduria.

Išaiškinimo tikslas yra ne padėti pacientui geriau suprasti savo vidinę dinamiką (psichoanalitine terminologija – išplėsti įsisąmonimo ribas), bet sustiprinti įveikos gebėjimus, išaiškinant problemų ir iššūkių, su kuriais pacientas susiduria, pobūdį ir kaip geriausiai jis galėtų juos valdyti. Kitaip tariant, terapeutas padeda pacientui mokytis daryti tai, ką jis turi daryti, tad išaiškinimą šiuo atveju tiksliau vadinti ne interpretavimu, o psichologiniu švietimu.

„Realybės testavimas“ yra lemtingai svarbus tam, kad pacientas aiškiai žinotų ir teisingai vertintų savo situaciją, taip pat neturėtų klaidinančių, nerealių fantazijų. Taip pat jis turi žinoti terapeuto galimybių ir jo taikomų technikų ribotumus. Kai tinkamai naudojama išaiškinimo strategija, pacientas lengviau susitaiko su mintimi, kad, nepaisant ilgalaikių sunkumų ir objektyvių apribojimų, jis turi gyventi kiek galima geriau. Pacientas turi pripažinti „Turėsiu gyventi su tuo ilgai, gal net visą likusį gyvenimą. Ką aš, bendradarbiaudamas su terapeutu, galiu padaryti, pasitikdamas savo ateitį?“ (Bloch, 2010, p. 222).

Terapeutas pacientui suprantama kalba turi paaiškinti daugybę klausimų, pavyzdžiui: kokia liguistų simptomų prigimtis (pvz., „Šiuos

galvos skausmus sukelia kraujo kapiliarų spazmai smegenyse, kai jūs jaučiate įtampą, bet ne smegenų auglys“); kokia yra vaistų paskirtis (pvz., „Šios tabletės padės jums atsipalaiduoti ir taip bus galima išvengti atkryčio“); kodėl simptomai sustiprėjo (pvz., „Taip atsitiko, nes buvote įsitempusi, kol vyras sirgo“).

Vadovavimas (angl. guidance)

Patarimas

Palaikomojoje terapijoje terapeutas gali vadovauti pacientui įvairiais būdais, bet dažniausiai – *duodamas patarimą*. Panašiai kaip ir išaiškinimas, patarimas paprastai būna susijęs su praktinio pobūdžio klausimais, pavyzdžiui, dienos tvarka, vaistų vartojimu, miegu, asmenine higiena, biudžeto tvarkymu arba darbu, šeima, laisvalaikiu ir kt.

Vadovavimu apskritai siekiama ne tik padėti spręsti konkrečių klausimą, bet ir formuoti įgūdžius, būtinus sprendžiant panašius klausimus kitose situacijose. Idealiu atveju – pacientas išmoka įvertinti jam keliamus reikalavimus bei su jais susijusią įtampą ir adaptyviai reaguoti į juos, t. y. išmoka geriau įveikti savo įtampą ir priimti tinkamesnius sprendimus. Ypač dažnai pacientui naudinga išmokti tinkamai ieškoti reikiamos pagalbos, t. y. žinoti, kada, kur ir kaip prašyti pagalbos, ko realiai galima tikėtis ir reikalauti (iš žmonių, specialistų, tarnybų ir t. t.).

Įtikinimas

Kita vadovavimo forma, kai paaiškinimų ir patarimų nepakanka, yra *įtikinimas*. Kartais terapeutas turi griežčiau kontroliuoti paciento sprendimus ir veiksmus, žinoma, kai neabejoja, kad teisingai supranta situaciją ir kad tokia kontrolė yra naudinga pacientui. Įtikinimo atveju yra pavojus, kad terapeutas remsis ne objektyviomis, bet subjektyviomis prielaidomis, t. y. terapeuto sprendimus apie paciento poreikius gali paveikti jo paties nuostatos, įsitikinimai, patirtis ar vertybės.

Įtaiga (angl. suggestion)

Įteigimas dar labiau nei įtikinimas apriboja paciento laisvę rinktis, nes tiesiogiai ar netiesiogiai nulemia paciento mintis ir (ar) veiksmus, todėl ši strategija turėtų būti taikoma tik tuomet, kai kiti vadovavimo būdai, paremti didesniu bendradarbiavimu su pacientu, yra neveiksmingi.

Padrąšinimas (angl. encouragement)

Profesionalo padrąšinimas – svarbi paskata pacientui keistis, jei tik terapeutas tinkamai pasirenka, kada ir kaip tai daryti. Pacientams, pati-

riantiems ilgalaikių funkcionavimo sunkumų, apskritai reikia „drąsos injekcijų“, bet padaršinimas psichoterapijoje turėtų būti tikslingai susietas su konkrečiomis aplinkybėmis, konkrečiais veiksmais, aiškiai suvokiant, ką ir dėl ko svarbu pastiprinti padaršinimu. Todėl ir padaršinimas turėtų būti ne abstraktus, miglotai išreikštas, bet konkretus, tinkamas pacientui (jo poreikiams) ir kontekstui (situacijai, aplinkybėms).

Nors padaršinimas gali ir turi būti labai specifinis, pritaikytas atvejui, apskritai padaršinimo tikslai palaikomojoje terapijoje yra:

- o konfrontuoti su menkavertiškumu, stiprinti savigarbą;
- o paskatinti pacientą priimti tam tikrus veiksmus ar elgesio modelius, dėl kurių jis abejoja ar nerimauja.

Padaršinimo formos gali būti labai įvairios. Pavyzdžiui, terapeutas kaip geranoriškas ir kompetentingas autoritetas gali pakomentuoti paciento veiksmus, sakydamas: „Esu daug kartų susidūręs su tokia problema ir net neabejoju, kad tu pajėgsi susitvarkyti su ja“ arba, kitas pavyzdys: „Prieš metus įrodei, kad gali puikiai susitarti su darbdaviu dėl individualaus darbo grafiko. Žinau, kad tau užteks „parako“ padaryti tai ir dabar.“

Savo pritarimą, optimizmą kaip ir kitus padaršinimo ženklus terapeutas siunčia savo pacientui ne tik žodžiais, bet ir neverbaliniu (nežodiniu) elgesiu. Šiuo požiūriu ypač svarbu, kad žodžiai neprieštarautų neverbaliniam elgesiui (kūno kalbai)

Tačiau padaršinimas gali būti ne tik naudingas: netinkama forma, netinkamą elgesį ar nuomonę pastiprinantis, pacientui neigiamus jausmus sukeliantis padaršinimas gali būti ir žalingas terapiniam procesui. Pavyzdžiui, nerealistiškas padaršinimas, stumtelėjęs pacientą realiai nepasiekiamo tikslo, neįmanomo atlikti uždavinio link, arba padaršinimas elgtis tam tikru būdu, kuris pacientui atrodo labai gąsdinantis, gali pabloginti psichologinę ar fizinę paciento būklę, sustiprinti nepasitikėjimą savimi, psichoterapiją ir psichoterapeutu.

Taigi padaršinimas turėtų skatinti elgseną, kuriai pacientas yra emociškai ir fiziškai pasirengęs, paprastai – skatinantis padaryti mažą žingsnelį, kurio sėkmės tikimybė didžiausia, o nesėkmės – minimali. Toks sėkmės patyrimas, stiprindamas savigarbos jausmą ir pasitikėjimą terapija, pastiprina paciento motyvaciją žengti ir kitus žingsnius, imtis ir kitų iniciatyvų.

Poveikis pokyčiams paciento aplinkoje

Pacientai, kuriems nustatyta psichiatrinė diagnozė ar turi ryškių asmenybės sutrikimų, patiria stiprų socialinių veiksnių (žmonių ir institucijų) poveikį. Pavyzdžiui, vien tik emocinė atmosfera šeimoje gali daryti įtaką šizofrenija sergančiųjų emociniam ekspresyvumui (Left ir Vaughn, 1985, cit. pagal S. Bloch, 2006).

Taigi palaikomoji psichoterapija aprėpia ir terapeuto pastangas padėti keisti paciento artimiausią aplinką taip, kad stiprėtų terapiniams rezultatams reikalingų veiksnių įtaka ir mažėtų (geriau – išnyktų) juos stabdantys veiksniai. Tuo tikslu yra detalios išsiaiškinami ir įvertinami esamos socialinės aplinkos ypatumai bei pacientui nuolatinį stresą keliantys veiksniai. Dažnai jie būna susieti su artimųjų elgesiu, tarpusavio santykiais, problemomis darbe, finansiniais sunkumais ir kt., bet beveik visada – ir su socialine izoliacija, aplinkos ir saviraiškos galimybių skurdumu. Tad tipiška terapinė strategija ir yra – skatinti paciento aplinkos pokyčius dviem kryptimis: praturtinti, praplėsti, pajvairinti aplinką ir pašalinti (sumažinti) stresą keliančius veiksniai.

Siekiant teigiamų aplinkos pokyčių, patys pacientai gali būti skatinami įsitraukti į bendruomenių, reabilitacinių ar dienos centrų veiklas, skatinami atrasti prasmingus ir kūrybiškus pomėgius, prienamąs laisvalaikio užsiėmimus ir pan. Tokios iniciatyvos padeda įveikti socialinę izoliaciją, tam tikrą išpūdžių, ypač malonių, stoką, stiprina gyvenimo ir jo visavertiškumo jausmą. Praktiškai įgyvendinant tokius tikslus, paprastai pasitelkiami socialiniai darbuotojai.

Kita pokyčių aplinkoje skatinimo kryptis – terapeuto darbas su reikšmingais paciento aplinkos žmonėmis, ypač dažnai – artimaisiais ir šeimos nariais. Dažniausia tokio darbo forma – konsultavimas, taip pat minėtų palaikomosios psichoterapijos strategijų mokymas. Tiesioginė pagalba artimiesiems kartu yra ir netiesioginė pagalba terapijos pacientui, ji apima ir psichologinę pagalbą, sprendžiant artimųjų emocines problemas, ir jų psichologinę bei praktinę parengimą būti terapijos pagalbininkais.

Artimieji, gyvendami kartu su ilgai sergančiu ar sutrikusios psichikos ligoniu, patys patiria daug praktinio pobūdžio ir emocinių sunkumų. Kad jie galėtų (ir norėtų) būti patikimu ramsčiu ir pagalbininku, reikia kad jie žinotų ir mokėtų daryti tai, kas naudinga sergančiam ir kenčiančiam žmogui, dažnai – stokojančiam emocinės pusiausvyros,

nepasitikinčiam, irzliam, nusivylusiam. Kaip buvo minėta kalbant apie palaikomosios psichoterapijos tikslus, vienas iš jų – perkelti paramos šaltinius į paciento aplinką. Tad kuo geriau artimieji ir draugai (jei tik tokių yra) bus pasirengę palaikyti pacientą, kuo tiksliau jie žinos, ką ir kaip daryti paciento atžvilgiu, tuo bus didesnė sėkmės tikimybė.

Iš tikrųjų, palaikomoji terapija pabrėžia, kad jos taikynys – kenčiantis žmogus ir konkreti jo aplinka, o siekiant terapinių tikslų negalima pasikliauti vien tik paties kliento psichologiniais ir kitais turimais ištekliais. Teigiamų rezultatų galima pasiekti tik tuomet, jei aplinka (ypač šeima) bus terapeuto sąjungininkė.

Taigi terapeutas negali ignoruoti šeimos poreikių ir atsizvelgdamas į juos turi informuoti, konsultuoti, instrukuoti ir mokyti. Galima pastebėti, kad palaikomosios psichoterapijos teoretikai pripažįsta artimiausios aplinkos, ypač šeimos reikšmę, siūlo pacientą „matyti kartu su jo šeimos nariais“, tačiau nenurodo laikytis sisteminės paradigmos ir terapeutui šeimos atžvilgiu numato tik psichoedukacines funkcijas.

Koreguojančios emocijos arba „leidimas katarsiui“ (angl. *permission for catharsis*)

Palaikomoji psichoterapija sudaro saugias sąlygas pacientui išlieti savo neigiamas emocijas – pyktį, gedėjimą, apmaudą, apgailestavimą, susirūpinimą, nevilgtį, pavydą ir kt. Vadovaudamasis humanistinės psichologijos nuostatomis, besąlygiškai priimdamas pacientą, reaguodamas empatiškai, naudodamas aktyvaus klausymo technikas, terapeutas sukuria saugią atmosferą ir skausmingo, kartais – socialiai nepriimtino, paciento patyrimo atsiskleidimą. Nors pati savaime stiprių, dažnai – užgniauztų, emocijų raiška nesiejama su konkrečiais palaikomosios terapijos tikslais ir ne visada yra jiems tiesiogiai naudinga, bet šis procesas sukelia emocinį palengvėjimą ir padeda pritaikyti kitas strategijas.

Papildomi komponentai

Kiti terapiniai metodai, technikos ir procedūros gali papildyti palaikomąją psichoterapiją. Kartais specifinių būsenų ar simptomų prevencijai ar jiems palengvinti gali būti naudojami atitinkami *psichotropiniai vaistai*. Į palaikomąją psichoterapiją dažnai įtraukiamos *relaksacinės technikos, socialinių įgūdžių treniruotės ir profesinių įgūdžių lavinimas*.

Praktiniai aspektai

Palaikomoji psichoterapija, kaip minėta, nesiremia viena sisteminė teorija, bet derina įvairias psichologijos, medicinos, socialinio darbo idėjas, siūlydama eklectinį praktinio darbo modelį, sudarytą iš skirtingų terapinių metodų, pritaikyti konkrečiam atvejui (pacientui ir jo aplinkai).

Palaikomosios psichoterapijos procesas, konkretūs siekiniai, procedūros, priemonių taikymo formos nėra nei aprėptos, nei pagrįstos vienu universaliu psichoterapijos modeliu. Daugiausia tai, ką realiai daro arba nedaro psichoterapeutas, turėtų priklausyti nuo paciento ir kliento poreikių, objektyvios jo būklės ir objektyviais duomenimis pagrįstų prognozių, taip pat nuo konkrečių aplinkos (fizinės, socialinės) ypatybių.

Kiekvienas, pradedantis palaikomąją psichoterapiją, turi aiškiai ir konkrečiai atsakyti į keletą praktinio pobūdžio klausimų. Kai kurie iš jų – apie patį *psichoterapijos procesą, jo organizavimą*. Pavyzdžiui, kaip dažnai susitikti su pacientu? Kokios trukmės susitikimai turi būti? Ar šiam žmogui tinka tik individuali terapijos forma, ar naudinga taikyti grupinius susitikimus? Kaip dažnai bus vertinamas efektyvumas? Kas dar bus įtrauktas į terapiją (tarkim, artimieji, socialiniai darbuotojai, tarnybos ir kt.)? Ar bus panaudoti kiti paramos šaltiniai (tarkim, šeima, visuomeninės organizacijos, draugijos, fondai)? Ar bus reikalingi vaistai? Jei taip, kas juos paskirs?

Kita grupė klausimų susijusi su *psichoterapijos turiniu*. Kokiose srityse pacientui reikalinga pagalba? Kokios problemos jam aktualiausias? Į problemą orientuotas požiūris padeda suformuluoti konkrečius tikslus ir efektyvumo vertinimo kriterijus. Paprastai tai nustatoma bendradrbiaujant su pacientu.

Psichoterapeutas turėtų apsvarstyti ir galimus *apribojimus, numatyti galimus sunkumus*. Pavyzdžiui, kokia rizika, kad pacientas taps per daug priklausomas? Ar reikia nusibrėžti kokias nors ribas (tarkim, bendravimo taisykles)? Kaip pacientas ypatingais atvejais susisieks su terapeutu, kaip suras kitus pagalbos šaltinius?

Taikant palaikomąją psichoterapiją susiduriama su tam tikromis rizikomis. Viena iš jų – rizika (suformuoti) padidinti paciento ir kliento priklausomybę, kai pacientas neprisiima jokios atsakomybės ir visiškai

pasikliauna terapeutu. Tokios priklausomybės pavojus yra ir kitokios psichoterapijos atvejais, bet palaikomoji psichoterapija iš principo leidžia klientui „atsiremti į terapeuto petį“. Tad kokios turi būti palaikymo ribos? Bene svarbiausia, kad pasikliovimas terapeutu neparalyžiuotų paciento laisvės, galėjimo veikti pačiam ir patirti savo asmeninius pasiekimus, kurie pastiprintų pasitikėjimą savimi.

Savianalizė

Savianalizė, periodinis pasitikrinimas – būtina ilgalaikės terapijos sąlyga. Savianalizėje reikėtų atsakyti į keletą konkrečių klausimų, kurie gali padėti išvengti nebūtinų klaidų ir pasiekti geresnių rezultatų. Pavyzdžiui, ar pirminis planas veikia? Ar kaip nors nepakenkia pacientui? Ar pacientas netampa per daug priklausomas? Ar neatsiranda kokių naujų problemų? Ar reikia kaip nors pakeisti anksčiau keltus tikslus? Ar atsirado kitų paramos ir palaikymo teikėjų? Kas iš artimosios paciento aplinkos galėtų perimti šį vaidmenį?

Palaikomosios psichoterapijos specialistams ypač svarbu patiems turėti kolegų, šeimos narių, draugų emocinį palaikymą ir supratimą, galimybę bedradarbiauti su kitų sričių specialistais, diskutuoti ir keistis patyrimu.

Efektyvumo tyrimai

Palaikomosios psichoterapijos veiksmingumą ir efektyvumą sunku įvertinti dėl kelių priežasčių. Visų pirma tam reikia parengti specialius kriterijus ir vertinimo priemones, nes bendri, kitokiai psichoterapijai taikomi, efektyvumo kriterijai ir procedūros nėra tinkami (Conte ir Plutchick, 1986; Rockland, 1993; Conte, 1994, cit. pagal S. Bloch, 2006). Kodėl?

Klinikinė palaikomosios psichoterapijos pacientų simptomatika yra ilgai išliekanti arba visai neišnykstanti; pacientų grupės diagnostiniu požiūriu labai heterogeniškos; kartu su palaikomąja terapija paprastai veikia kiti, rezultatams darantys reikšmingą įtaką ir sunkiai įvertinami veiksniai (pavyzdžiui, bendrasis ligos gydymas, natūralus šeimos palaikymas); kontrolinės grupės sudarymas beveik visada problematiškas vien jau etiniu požiūriu.

Kadangi galutinius psichoterapijos rezultatus ir juos nulėmusius veiksnius sunku įvardyti, palaikomosios psichoterapijos efektyvumo rodikliais gali būti pati terapijos eiga, pacientų įsitraukimo, dalyvavimo psichoterapijoje ypatumai (pavyzdžiui, susitikimų nelankymas, susita-

rimų pažeidimai), padidėjusios vaistų dozės, psichopatologinės simptomatikos sustiprėjimas, atkryčių arba hospitalizacijos dažnis, bendravimo su šeima kokybė, kasdienių reikalų tvarkymas ir t. t.

Kai kurie autoriai pastebi, kad beveik visi paskelbti empiriniai palaikomosios psichoterapijos efektyvumo tyrimai stokoja metodologinio nuoseklumo, tad nenuostabu, kad ir išvados gaunamos nevienodos. Daugiausia tyrimų kol kas atlikta apie palaikomosios psichoterapijos taikymą lėtiniais psichiatrijos pacientams.

Pavyzdžiui, tiriant šizofrenija sergančius asmenis pastebėta, kad kartu su medikamentiniu gydymu taikant palaikomąją psichoterapiją mažėja poreikis gydytis stacionare (eksperimentinės grupės tiriamieji per stebimą laikotarpį klinikos stacionare praleido mažiau dienų negu kontrolinės grupės tiriamieji) (Brandwin, 1976); švelnėja simptomatika, retėja paūmėjimai, demonstruojama geresnė įveika (Masnik et al., 1980); lyginant kognityvinės psichoterapijos, palaikomosios psichoterapijos ir paprastos slaugos grupių pasiekimus buvo nustatyta, kad pirmosiose, palyginti su slaugos grupe, ryškiau sumažėjo susirgimo paūmėjimo atvejų, o pagal teigiamus pokyčius klinikinėje simptomatikoje palaikomosios psichoterapijos poveikis atsидūrė per vidurį (Frank ir Frank, 1991, cit. pagal S. Bloch, 2006).

Specialistų pasirengimas

Teorinis specialistų pasirengimas yra mažiau pabrėžiamas nei kitų formų terapijoje. Kur kas labiau akcentuojami dalykai – praktiniai įgūdžiai ir asmenybės savybės. Ir tai suprantama, nes, kaip jau minėta, palaikomoji psichoterapija nesiremia kokia nors viena paradigma, neturi bendro terapijos modelio.

Kita vertus, palaikomoji psichoterapija yra įtraukusi ir savaip pritaikiusi nemažai psychodinaminės, kognityvinės, elgesio psichoterapijos koncepcijų, humanistinės ir egzistencinės psichologijos nuostatų ir konkrečių technikų. Tad nors palaikomoji terapija yra daugiau praktinio darbo principų ir metodų modelis nei vienos teorijos vystymas, specialistui reikia būti susipažinusiam su pagrindinių psichoterapijos mokyklų pirminėmis koncepcijomis ir jų taikymu palaikomosios psichoterapijos kontekste.

Tinkamos teorinės žinios – žinios apie lėtinų psichiatrinių ligų prigimtį ir sunkius asmenybės sutrikimus, t. y. psichopatologiją, jos at-

siradimą, eigą, galimas komplikacijas, lydinčiąsias pasekmes, prognozes. Tokios žinios turėtų padėti giliau suprasti palaikomosios psichoterapijos pacientų grupes, jų poreikius ir problemas, t. y. leistų numatyti potencialų palaikomosios psichoterapijos turinį ir tikslus. Būsimam specialistui reikia ir psichiatrijos, klinikinės psichologijos, socialinio darbo ir slaugos, profesinės reabilitacijos pagrindinių žinių.

Esminė pasirengimo sudedamoji dalis – praktinio darbo supervizijos sąlygomis patyrimas. Tik ne trumpesnė kaip metų trukmės praktika gali padėti susiformuoti teisingas, pozityvias nuostatas savo darbo atžvilgiu ir susiformuoti būtinus, specifinius, įgūdžius. Tolesnei pažangai labai svarbu tęsti praktiką ir ją nagrinėti, gauti grįžtamąjį ryšį ir palaikymą iš praktikuojančių kolegų, domėtis naujovėmis ir tyrimais, t. y. plėsti savo žinias psichiatrijos, klinikinės psichologijos, socialinio darbo ir slaugos, profesinės reabilitacijos srityse (Bloch, 2006).

Apibendrinant galima teigti, kad palaikomoji terapija yra *bona fide* terapinis požiūris, ne vien tik „sveiko proto“ pritaikymas klinikinėje praktikoje arba sinkretizmas. Kaip teigia W. Piperis ir kolegos (2002), yra pakankamas pagrindas įteisinti palaikomąją psichoterapiją kaip atskirą psichoterapijos modelį, turintį savitus skiriamuosius bruožus. Bendroji jos paskirtis – padėti ilgalaikiams ligoniams ir kitiems kenčiantiems žmonėms kuo geriau prisitaikyti prie realios jų gyvenimo situacijos, prisitaikyti visų pirma psichologiškai ir socialiai, taip pat ir praktiškai. Tuo tikslu terapeutas sukuria tam tikrą emocinį (empatišką, priimančią, globėjišką, bet ne per daug artimą) ryšį su pacientu ir taiko įvairias strategijas (paaiškinimo, įtikinimo, vadovavimo), emociškai paremdamas, padrąsindamas, kartais – pakankamai direktyviai nukreipdamas paciento mąstymą ir elgesį. Priklausomybės susiformavimas – didžiausia palaikomosios terapijos rizika, nes ji varžo paciento savarankiškų iniciatyvų galimybes, ir reikia ypač gerų įgūdžių, kad būtų galima išvengti pernelyg stipraus paciento priklausymo nuo terapeuto. „Institucinio aljanso“ koncepcijos taikymas padeda išvengti šios problemos ir padidina psichoterapijos sėkmę.

Svarbios sąvokos*įrodymais pagrįstas patyrimas**eklektinė terapija**individualus priėjimas**psichologinis neįgalumas**fizinis neįgalumas**socialinis neįgalumas**psichikos sutrikimas**somatinė liga**tikslinė grupė**terapiniai santykiai**direktyvumas**darbas su perkėlimu**orientacija į problemą**paramos šaltinių perkėlimas**palaikymo technikos**patarimas**nuraminimas**leidimas katarsiui**modeliavimas**savianalizė***Literatūra**

1. Alford, B.; Beck, A. Therapeutic interpersonal support in cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 1997, 7, p. 105–117.
2. Barber, J.; Stratt, R.; Halperin, G.; Connolly, M. Supportive techniques: Are they found in different therapies? *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 2001, 10, p. 165–172.
3. Dewald, P. A. Principles of supportive psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*. 1994, 48, p. 505–518.
4. *Introduction to the Psychotherapies*. Edited by S. Bloch. Fourth edition. Oxford University Press, 2006.
5. Misch, D. Basic strategies of dynamic supportive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and research*. 2000, 9, p. 173–189.
6. Piper, W.; Joyce, A.; McCallum, M.; Azim, H.; Ogrodniczak, J. *Interpretive and supportive psychotherapies*. American Psychological Association, Washington, DC, 2002.

Kontroliniai klausimai

- Kokie yra būdingieji palaikomosios psichoterapijos požymiai?
- Kaip formuluojami palaikomosios psichoterapijos tikslai?
- Kokioms klientų (pacientų) grupėms ir kokiais atvejais tinka palaikomoji psichoterapija?
- Kokios yra palaikomosios psichoterapijos ištakos?
- Kas būdinga terapiniams palaikomosios psichoterapijos santykiams?
- Kokios strategijos ir procedūros yra taikomos palaikomojoje psichoterapijoje?
- Kaip palaikomojoje psichoterapijoje panaudojamos įžvalgos?
- Kaip palaikomojoje terapijoje taikomas interpretavimas?
- Kaip terapeutas reaguoja, atpažinęs perkėlimo reiškinius ir psichologinę gynybą?
- Kokie gali būti kiti palaikomosios psichoterapijos komponentai?
- Kas būdinga palaikomosios terapijos praktikai?

Literatūra

1. Alford, B.; Beck, A. Therapeutic interpersonal support in cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 1997, 7.
2. Barber, J.; Stratt, R.; Halperin, G.; Connolly, M. Supportive techniques: Are they found in different therapies? *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 2001, 10.
3. Barkham, M. Brief Prescriptive Therapy in Two-plus-one Sessions: Initial Cases from the Clinic. *Behavioural Psychotherapy. Cambridge Journal online, Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 1989, 17.
4. Barlow, D. H.; Levitt, J.; Bufka, L. F. *The dissemination of empirically supported treatments: a view to the future*. Behaviour Research and Therapy, 1999, 37.
5. Beitman, B. D.; Soth, A. M.; Good, G. E. Integrating the psychotherapies through their emphases on the future. *A casebook of psychotherapy integration*. American Psychological Association, 2006.
6. *Introduction to the Psychotherapies*. Edited by S. Bloch. Fourth edition. Oxford University Press, 2006.
7. Chalmers, A. F. *What is this thing called science? An assessment of the nature and status of science and its methods*. Second edition. Buckingham: Open University Press, 1994.

8. Dewald, P. A. Principles of supportive psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*. 1994, 48.
9. Garfield, S. Eclecticism and integration: A personal retrospective view. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2000, 10.
10. Grissom, R. J. The magical number, 762: Meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996, 64.
11. Lazarus, A. A. Brief psychotherapy: The multimodal model. *Psychology*. 1989, 26.
12. Lazarus, A. A. Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy*. 1991, 30.
13. Lazarus, A. A. Technical eclecticism and multimodal therapy. *Twenty-first century psychotherapies* (ed. by J. L. Lebow), John Wiley & Sons, Inc., 2008.
14. London, P. Metamorphosis in psychotherapy: Slouching toward integration. *Journal of Integrative and Eclectic psychotherapy*. 1988, 7.
15. Misch, D. Basic strategies of dynamic supportive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and research*. 2000, 9.
16. Nelson-Jones, R. *Six Key Approches to Counselling and Therapy*. Sage Publications Ltd, 2011.
17. Norcross, J. C. An eclectic definition of psychotherapy. *What is Psychotherapy?* Eds. J. K. Zeig & W. M. Munion. Jossey-Bass, 1990.
18. Piper, W.; Joyce, A.; McCallum, M.; Azim, H.; Ogrodniczak, J. *Interpretive and supportive psychotherapies*. American Psychological Association, Washington, DC, 2002.
19. Prochaska, J. O.; Norcross, J. C. *Systems of Psychotherapy*. A Transtheoretical Analysis. 7th edition. Brooks/Cole, 2010.
20. *Psichoterapija*. Knyga profesionalams ir smalsiems. Sud. E. Laurinaitis ir R. Milašiūnas. Vilnius: Vaistų žinios, 2008.
21. Shapiro, D.; Firth, J. Prescriptive versus exploratory psychotherapy: Outcomes of the Sheffield Psychotherapy project. *British Journal of Psychiatry*. 1987, 151.
22. Shapiro, D.; Firth-Cozens, J. Two year follow-up of Sheffield Psychotherapy project. *British Journal of Psychiatry*. 1990, 157.
23. *Scientific approach to psychotherapy*. Danish Psychological Association. Fredericia, Denmark, 2007.
24. Stricker, G.; Gold, J. Integrative therapy. *Twenty-first century psychotherapies*. Ed. by J. L. Lebow, 2006.
25. *Twenty-First Century Psychotherapies*. Contemporary Approaches to Theory and Practice. Ed. By Joy L. Lebow. John Wiley & Sons, Inc., 2008.
26. Wachtel, P. L. *Psychoanalysis, behavior therapy, and relation world*. Washington, DC: American Psychological Association, 1997.

27. Wachtel, P. L. Psychotherapy and psychotherapy integration: An international perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2008, 18.
28. Wachtel, P. L. Research on psychotherapy integration: Throw away the manual. *Psychotherapy Bulletin*. 2009, 44 (4).
29. Wachtel, P. L. One-person and two-person conceptions of attachment and their implications for psychoanalytic thought. *International Journal of Psychoanalysis*. 2010, 91 (3).
30. Yalom, I. D. *Terapijos dovana*. Vilnius: Alma littera, 2005.
31. Young, J. E.; Klosko, J. S.; Weishaar, M. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press, 2003.

Bandzevičienė, Rita

Ba373 PSICHOTERAPIJOS KRYPTYS. Integratyvioji psichoterapija. Metodinė priemonė. – Vilnius: Mykolo Romerio universiteto leidyba, 2011. 108 p.
Bibliogr. 39–40, 59, 76, 85, 104, 105–107 p.
ISBN 978-9955-19-358-6

Metodinė priemonė supažindina su palyginti nauja integratyviosios psichoterapijos kryptimi, jos plėtote ir ypatumais, ją iliustruojančiais terapijos pavyzdžiais: techniniu eklektizmu pagrįsta A. Lazaruso multimodaline terapija, teorine integracija paremta P. Vachtelio psichodinamine elgesio terapija ir įvairius integravimo būdus derinančia palaikomąja psichoterapija. Pradžioje aptariami bendrieji įvadiniai klausimai apie klinikinės psichoterapijos sampratą, bendruosius nespecifinius ir specifinius veiksmus, terapijos reikšmę ir tuos psichoterapijos komponentus, pagal kuriuos galima apibūdinti skirtingus psichoterapijos modelius. Metodinė priemonė yra skirta psichologijos bakalauro studijoms, kai studentai dar tik susipažįsta su psichoterapijos teorija ir praktika, jos plėtos tendencijomis ir įvairiomis sistemomis, bet jau turi žinių apie žmogaus kognityvinius procesus, emocijas ir motyvaciją, neurofiziologiją, asmenybės teorijas ir psichopatologiją.

UDK 616.89(075.8)

Rita Bandzevičienė

**PSICHOTERAPIJOS KRYPTYS
Integratyvioji psichoterapija**

Metodinė priemonė

Redagavo *Ramutė Pinkevičienė*
Viršelio dailininkė *Jūratė Dusevičiūtė*
Maketavo *Daiva Šepetauskaitė*

SL 585. 2011 11 05. 5,16 leidyb. apsk. l.
Tiražas 300 egz. Užsakymas 14 415
Išleido Mykolo Romerio universitetas
Ateities g. 20, Vilnius
Puslapis internete www.mruni.eu
El. paštas leidyba@mruni.eu
Parengė spaudai UAB „Baltijos kopija“
Kareivių g. 13B, Vilnius
Puslapis internete www.kopija.lt
El. paštas info@kopija.lt
Spausdino UAB „Vitaie Litera“
Kurpių g. 5–3, Kaunas
Puslapis internete www.bpg.lt
El. paštas info@bpg.lt