

Stefan Leder, Maria M. Siwiak-Kobayashi

## PSYCHOTERAPIA POZNAWCZA A PSYCHOTERAPIA INTEGRACYJNA

### COGNITIVE AND INTEGRATION PSYCHOTHERAPY

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii  
Kierownik: doc. dr hab. Maria Siwiak-Kobayashi

**cognitive approach**  
**social learning**  
**history of cognitive psychotherapy**  
**psychagogy**  
**behaviorism**  
**psychotherapy integration**

*Pierwsza część pracy, autorstwa Stefana Ledera, przedstawia historię kształtowania się kierunku poznawczego w psychoterapii na świecie i w Polsce. W drugiej części Maria M. Siwiak-Kobayashi opisuje cele i praktyczne zastosowanie elementów behawioralnego i poznawczego uczenia w programie integracyjnej, intensywnej, krótkoterminowej terapii opartej na uczeniu społecznym.*

**Summary:** In the two complementary parts of the paper, the authors present the history of the cognitive approach and its development in psychology and psychotherapy along with the description of implementation of behavioural and cognitive learning into the integrative therapeutic program and theoretical background of their approach.

### Wprowadzenie

Przedstawiony poniżej tekst, składający się z dwu uzupełniających się części, został napisany przed prawie trzema laty i miał stanowić rozdział książki poświęconej terapii poznawczej. Ponieważ wydanie książki niezmiernie się odwlekało, Profesor Leder na tydzień przed swoją śmiercią zapytał jej redaktora, Andrzeja Kokoszkę, czy nie uważa, że — wobec niewiadomego terminu ukazania się całości — należałoby przynajmniej jej urywki przekazać czytelnikom już teraz. Byłam świadkiem tej rozmowy. Parę tygodni po śmierci Profesora pomyślałam, że wydrukowanie tekstu w „Psychoterapii”, piśmie głównie przez Niego stworzonym wiele lat temu, byłoby właściwą formą jak gdyby symbolicznego pożegnania z czytelnikami, a równocześnie sygnałem aktywnej obecności Jego myśli w tym zeszycie, na który składają się przede wszystkim prace Jego współpracowników i uczniów. Upewniłam się więc, czy redaktor monografii nadal nie ma nic przeciwko temu, i postanowiłam przesłać jeden jej rozdział do redakcji „Psychoterapii”.

Część pracy napisana przez Profesora Ledera jest niezmiernie istotnym przedstawieniem historii podejścia poznawczego w psychologii i psychoterapii. Zawiera informacje, które czytelnikowi trudno byłoby znaleźć gdzie indziej, dla większości bowiem terapia poznawcza zaczyna się od Becka czy Ellisa. Tutaj znajdziemy pełniejszą historyczną

panoramę tego podejścia. Równocześnie możemy prześledzić źródła inspiracji twórcy Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Ja zaś, w swojej części, starałam się pokazać, jak elementy podejścia poznawczego są wykorzystywane i działają w integracyjnej, intensywnej formie psychoterapii poznawczo-społecznej stosowanej w Klinice Nerwic.

I Stefan Leder

#### **HISTORYCZNE UWARUNKOWANIA PODEJŚCIA POZNAWCZEGO ORAZ INTEGRACJI W PSYCHOTERAPII**

Psychoterapia jako odrębna metoda leczenia ma na świecie krótką, w stosunku do historii medycyny, bo nieco ponadstuletnią przeszłość. Jak wiadomo, początki systematycznej teorii i praktyki klinicznej stanowiła psychoanaliza. Dominowała ona na przełomie i w pierwszych dekadach XX wieku. W Polsce przed II wojną światową stosowanie psychoterapii jako odrębnej specjalistycznej metody nie było szczególnie rozpowszechnione. Wojna i okupacja również zdziętkowały kadry psychiatryczne. Między innymi ten czynnik przyczynił się do zahamowania rozwoju psychoterapii. Braku związków ze współczesną wówczas myślą psychoterapeutyczną nie zastąpiło propagowanie spłyconej i uproszczonej interpretacji nauki Pawłowa. Nieliczni psychiatrzy jednak w tym okresie propagowali psychoterapię i nauczali jej. Można zaliczyć do nich profesorów i nauczycieli akademickich: Tadeusza Bilikiewicza, Stanisława Cwynara, Adriana Demianowskiego, Kazimierza Dąbrowskiego. Równocześnie psychoterapię indywidualną uprawiali: dr Zofia Szymańska, dr Mazur i dr Zajączkowski.

Dopiero w połowie lat pięćdziesiątych zaczęły powstawać pierwsze ośrodki stosujące psychoterapię jako podstawową metodę leczenia zaburzeń nerwicowych. Równocześnie w niektórych klinikach i szpitalach psychiatrycznych stosowano różne formy psychoterapii wspomagające leczenie.

Nielatwym zadaniem jest opis założeń teoretycznych, na których opierała się terapia w tych i innych ośrodkach w tym okresie. Np. zespół w Rasztowie i pracujący w latach 50. indywidualni psychoterapeuci odwoływali się do psychoanalitycznych i psychodynamicznych koncepcji. Zespół Kliniki Krakowskiej (prof. A. Kępiński) odwoływał się do założeń eklektycznych. Na Oddziale Nerwic Instytutu Psychoneurologicznego, po pierwszych próbach stosowania psychoterapii grupowej w klinice psychiatrycznej (Leder, Wolska), trwały poszukiwania i prace nad ukształtowaniem modelu teoretycznego określanego jako eklektyczny, ale opartego na założeniu, że psychoterapia pacjentów z zaburzeniami niepsychotycznymi jest procesem uczenia i przeuczania w celu uzyskania zmiany postaw, zwiększenia umiejętności rozwiązywania konfliktów wewnętrznych i zewnętrznych oraz poprawy funkcjonowania w rolach społecznych. Autorzy tego programu na podstawie swojej praktyki klinicznej odwoływali się do kilku znanych z literatury koncepcji:

- teorii i praktyki P. Dubois [1], którego w podręcznikach psychiatrii uznawano za twórcę metody perswazji skutecznej w leczeniu psychonerwic,
- psychagogiki A. Kronfelda [2],
- poglądów J. Franka, przedstawionych w sposób syntetyczny w książce „Persuasion and healing”[3]

- psychogenetycznej terapii W.N. Miasiszczewa [4],
- ujęcia problemu postaw G. Allporta [5],
- badań i charakterystyki zjawisk dynamiki grup w ujęciu szkoły K. Lewina,
- koncepcji Pawłowa dotyczącej wyższej aktywności nerwowej i roli II układu sygnałów.

Sądziliśmy, że wspólnym elementem tych koncepcji jest wywieranie wpływu, poprzez werbalne i niewerbalne sygnały, na psychikę drugiego człowieka. W leczeniu — na psychikę cierpiącego i bezradnego chorego poszukującego pomocy, ulgi, wsparcia u „uzdrowiciela”, obdarzanego odpowiednimi atrybutami (autorytet, wiedza, kompetencja i pozycja społeczna). „Uzdrowiciel” udziela wsparcia sam lub przy pomocy grupy osób, oddziałując na emocje, świadomość i zachowanie poszukującego pomocy. Często są one zmienione chorobowo na skutek działania całego zespołu czynników zarówno biologiczno-psychologicznych, jak i społeczno-kulturowych. Czynniki te kształtują swoiste cechy osobowościowe jednostki sprawiając, że każdy człowiek inaczej postrzega, przeżywa i reaguje na trudne sytuacje, w tym również na fakt choroby, cierpienie, zagrożenia, chaosu i utraty kontroli. „Uzdrowiciel” udziela mu pomocy, nazywając stan chorobowy, przedstawiając mu wyjaśnienie przyczyn tego stanu i przekazując możliwości zmiany i wyleczenia. Zaleca określone postępowanie i stosowanie określonych procedur, w tym np. zażywanie leków. Adresuje więc swoje przekazy i komunikaty do świadomości pacjenta, do jego rozumu i rozsądku, uznając, że one decydują o postępowaniu człowieka i o przeżywaniu przez niego uczuć i emocji.

Na ogół w podręcznikach psychiatrii jako pierwszych twórców spójnych koncepcji teoretycznych psychoterapii na przełomie XIX i XX wieku wymienia się Z. Freuda i P. Dubois. Wydaje się, że ten ostatni miał szczególne zasługi dla kształtowania późniejszych koncepcji poznawczych.

Warto tu gwoli przypomnienia historycznej prawdy zacytować niektóre wypowiedzi Dubois — internisty, profesora neurologii w Bernie, autora m.in. medycznej, popularnej przed I wojną światową książki: *Psychonerwice oraz ich leczenie moralne* (1904) [1]:

„Wprawdzie moje wrażenia i poglądy są oparte — ośmielam się twierdzić — na wiarygodnych obserwacjach i rozważaniach [...] lecz brakuje im do zwycięskiego uznania niezbędnego autorytetu naukowego [...] Jestem zdumiony, z jaką łatwością można usunąć chorobliwe stany duszy, które przez dziesięciolecia były dla chorego podstawą złowieszczych błędnych przekonań o jego cielesnym i psychicznym stanie, i doprowadzić do jasnego myślenia i zdrowej filozofii życia [...] Podatność chorego wzrasta na skutek jego cierpienie. Jeżeli uda się nam udowodnić mu, że jego stan psychiczny, że jego ułomności duchowe i charakterologiczne odegrały znaczącą rolę w rozwoju jego choroby, że zmiana tego stanu jest konieczna dla uzdrowienia, to mamy do czynienia z pojętym uczniem. Staje się on entuzjastycznym zwolennikiem terapii na skutek zrozumienia, że zmiana taka jest w jego własnym interesie [...] Rzeczą łatwą jest wykazanie, że on sam zwiększa swoje cierpienia swym strachem i obawami, nawet je w ten sposób hoduje [...] Właśnie strach jest głównym błędem słabych na duchu”. Ale „leczenie psychonerwic nie może się ograniczać do zwalczania aktualnych dolegliwości, stanów załamania poprzez leczenie somatyczne lub duchowe usuwające doraźne przyczyny. Aby zapobiec ponownemu wystąpieniu zaburzeń chorobowych, należy zmienić nastawienie psychiczne chorego. Muszę

podkreślić, że to zadanie wychowawcze jest o wiele łatwiejsze niż się uważa, szczególnie, gdy wychowanie dotyczy wymiaru etycznego i wartości życiowych [...] Tylko poprzez intymną, przyjazną rozmowę można zdobyć wiedzę o chorych [...] najważniejsze jest przywrócenie im zaufania do własnych możliwości, nauczenie ich pokonywania własnej niewiary i nauczenie samokontroli [...] Wszystkie nasze porywy uczuciowe wiążą się pośrednio z jakimiś wyobrażeniami intelektualnymi, które podlegają kontroli rozumu [...] Samowychowanie winno nas doprowadzić do takiego wglądu etycznego, który kontroluje nasze impulsy uczuciowe, póki nie uzyskają zgody rozsądku [...] Wyłącznie poprzez stałe ćwiczenie rozumu można to osiągnąć. Można pacjenta tego nauczyć. Wprawdzie nie poprzez matematyczne dowodzenie, lecz stosując dialektykę etyczną [...] Według antycznych Greków wiedza jest cnotą”.

Niezależnie od nieco archaicznego języka, wiele sformułowań świadczy o tym, że autor podziela przekonania Oświecenia i ideały postępu. Wierzy w wolną wolę człowieka i poczucie odpowiedzialności oraz możliwości dokonywania świadomych wyborów, rozwijania racjonalnego myślenia i poznawania samego siebie oraz samowychowania. Może temu sprzyjać psychoterapia — „moralna ortopedia”. Ten kierunek rozumienia powstawania zaburzeń nerwicowych, „które uszkadzają całą osobowość, najbardziej podstawowe elementy »ja« chorego” oraz metod ich skutecznego leczenia zakładał więc bliskie pokrewieństwo leczniczego oddziaływania psychologicznego z wychowywaniem, jakkolwiek to ostatnie uznawane jest za podstawę kształcenia dzieci i młodzieży. Stąd powstanie terminu „psychagogika”.

Praca Kronfelda [2]: „Psychagogika lub nauka o psychoterapeutycznym wychowaniu”, opublikowana w zbiorze: „Psychiczne metody uzdrawiania” (red. Birnbaum, Berlin, 1927) przyczyniła się do bardziej pogłębionego zrozumienia różnic między wychowaniem a psychoterapią. Autor uwzględnił też rozwój psychoanalizy, która m.in. również podkreślała znaczenie wglądu intelektualnego i emocjonalnego. Praca ta przeciwdziałała sprowadzaniu psychoterapii do prymitywnego i mechanicznego „belferstwa”.

Warto tu przytoczyć kilka cytatów z dzieła Kronfelda. Ilustrują one zmiany, które zaszły w ciągu owego okresu w rozumieniu nerwic i psychoterapii w wyniku rozwoju psychoanalizy i metod sugestywnych oraz behawioralnych. Do zmian tych przyczyniła się też wiedza o genezie zaburzeń i mechanizmach ich leczenia zdobyta podczas I wojny światowej: „Wszystkie procedury i metody, które ukształtowały się w psychoterapii, należą do arsenału psychagogiki, sztuki lekarsko-ludzkiego prowadzenia cierpiącej jednostki [...] Jeśli terapeuci tego nie czynią, nie posiadają terapeutycznej samodzielności [...]. Psychagogika [...] czyli wiedza i umiejętność „uzdrawiania”, musi posługiwać się wszystkimi zmieniającymi się procedurami i metodami, zależnie od charakteru zaburzeń i objawów chorego [...]. Stosując psychoterapię lekarz nie może się ograniczać ściśle do zakresu medycznego, winien co najmniej w zakresie sobie stawianych celów wychowawczych wykraczać poza te granice [...]. Istnieje więc także zadanie, aby przybliżyć cierpiącą jednostkę do społeczności, pogodzić ją z nią zewnątrz, a — jeśli to możliwe — także i wewnątrz. Nie nawracanie, lecz przybliżenie do rzeczywistości. Psychoterapia zakłada osiągnięcie czterech celów: stanie się silniejszym, bardziej odpowiedzialnym, samodzielnym i zdrowym [...]. Wpływ wywierany przez leczącego ułatwia to m.in. poprzez zaapelowanie do naszej uczciwości, do zmierzenia się z prawdą i dotarcia do sensu własnego życia”.

Widzimy więc, że psychagogika stawiała sobie bardzo rozległe zadania, liczne cele, uwzględniając dorobek innych kierunków psychoterapii i różnych procedur dla osiągnięcia tych celów. Z dzisiejszej perspektywy można takie podejście zaliczyć do integracyjnego.

A. Adler po zerwaniu z ortodoksyjnym freudyzmem, zwłaszcza z tezą o decydującej roli libido, a także w wyniku doświadczeń nabytych w pracy z inną grupą pacjentów, w placówkach ubezpieczeń społecznych w Wiedniu, wyraźnie dostrzegł znaczenie czynników społeczno-kulturowych w genezie nerwic. Podkreślał więc rolę „dążenia do mocy” w warunkach społeczeństwa konkurencyjnego. Był jednym z pionierów psychoterapii grupowej dla pacjentów z nerwicami, zaburzeniami seksualnymi i chorobą alkoholową oraz ich rodzin. Nawiązując do genezy tych zaburzeń starał się oddziaływać na postawy i stosunek do problemów życiowych, między innymi na: „styl życia i plan życiowy”, „kompensowanie swoich deficytów” oraz „ucieczkę w chorobę”. Ten ostatni termin nabrał pewnego pejoratywnego znaczenia po doświadczeniach związanych z wprowadzeniem ubezpieczeń społecznych w Niemczech (1874), a zwłaszcza po obserwacjach i doświadczeniach w leczeniu nerwic „urazowych”, „roszczeniowych”, „wojennych” w czasie I wojny światowej. Namętne polemiki wśród psychiatrów niemieckich wokół problemów genezy i terapii tych zaburzeń odzwierciedlały zderzenie dwóch koncepcji człowieka: reaktywnej i poznawczej. Znalazły one odbicie w poglądach Kretchmera, znanych także w Polsce.

Wyjaśniając mechanizmy genezy zaburzeń histerycznych u żołnierzy w sytuacjach dramatycznego zagrożenia frontowego Kretchmer zwracał uwagę na znaczenie prymitywnych, biologicznych form adaptacji („hipobulicznych”). W związku z tym zalecał leczenie, które przewidywało łączenie metod dyrektywnych, ćwiczeniowych („protreptycznych”) z frakcjonowaną hipnozą oraz — uwaga! — z analizą psychologiczną mającą na celu wypracowanie określonego wglądu intelektualnego.

Takie postępowanie lecznicze dążyło do zmiany motywacji chorych poprzez budzenie w nich „woli wyzdrowienia”.

Po I wojnie światowej, zwłaszcza po emigracji wielu niemieckich psychoanalityków do USA, wyłonił się ruch psychoanalizy kulturowej, uwzględniający również dorobek Ernsta Mayera. Nurt ten podkreślał rolę czynników środowiskowych w powstawaniu braku poczucia bezpieczeństwa, uczucia wyobcowania, osamotnienia i bezradności. Uczucia te sprzyjają powstawaniu różnorodnych konfliktów wewnętrznych oraz kształtowaniu się nieprawidłowej osobowości, nie mającej możliwości samorealizacji, wiecznie goniącej za osiągnięciem wyidealizowanego i nierzeczywistego „ja”. Stąd znowu nacisk na konieczność „reorientacji” przez „samowiedzę”, w celu odkrycia lub wynalezienia sposobów rozwiązywania konfliktowych problemów życiowych i podjęcia odpowiedzialności poprzez zwiększenie zdolności i umiejętności dokonywania wyborów i podejmowania decyzji.

Nie mniejszą rolę w przemianach w psychoanalizie oraz ewolucji poszczególnych kierunków dynamicznych miały zmiany związane z wprowadzeniem powszechnej służby zdrowia w Anglii w 1948 r. oraz rozwój psychiatrii społecznej w krajach anglosaskich i w Niemczech.

Oznaczało to konieczność leczenia o wiele większej liczby chorych, skrócenia okresu terapii, zapewnienia możliwości resocjalizacji i rehabilitacji pacjentom zarówno z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, jak i somatycznymi. Zaczęto więc szeroko ekspe-

rymentować z nowymi formami pracy terapeutycznej, w tym z takimi, które zakładały aktywny współdziałanie w procesie leczenia oraz podjęcie współodpowiedzialności przez samych pacjentów.

Do realizacji tych celów wykorzystano aktywności grupowe, demokratyzację struktury organizacyjnej szpitali i zmianę relacji między grupami personelu oraz personelu z pacjentami. Tak ukształtowana koncepcja terapeutyczna stanowiła podstawę ideologii „społeczności terapeutycznej”. Była też ściśle związana z nowym ujęciem grupy i uznaniem jej za jeden z podstawowych czynników w genezie oraz leczeniu zaburzeń. Wpłynęło to na zwiększenie się współpracy lekarzy z innymi grupami zawodowymi i wkroczenie ich do zakładów pracy i miejsca zamieszkania pacjentów. Rozpowszechniały się grupy środowiskowe, rodzinne, samopomocowe, powstawały kluby i stowarzyszenia byłych pacjentów, grupy „działania” w zakładach pracy chronionej i w ośrodkach rehabilitacyjnych.

Zrodziła się konieczność ich integracji i zapewnienia ciągłości z grupami innego typu, działającymi w innych strukturach organizacyjnych. Nastąpiło rozszerzenie wykorzystania grup obejmujących zarówno pacjentów w wielu instytucjach medycznych, jak i personelu. Przykładem są np. Grupy Balinta dla lekarzy i pielęgniarek, grupy treningowe dla personelu medycznego i administracyjnego. Metody działania tych grup często się upodabniały. Zasady ich aktywności nawiązywały zarówno do koncepcji psychodynamicznych, humanistycznych (grupy spotkaniowe), jak i do teorii i praktyki małych grup (T-groups K. Lewina) oraz założeń grup dydaktyczno-psychologicznych.

Grupowe formy kształcenia psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów znajdowały również coraz szersze zastosowanie w Polsce.

W Związku Radzieckim aktywności grupowe wprowadzane w szpitalach psychiatrycznych w stosunku do pacjentów z różnymi rozpoznaniem, zgodnie z koncepcją racjonalnej aktywnej psychoterapii, łączono z socjoterapią i terapią pracą. Aktywność grup dydaktyczno-psychologicznych obejmowała tematyczne wykłady i dyskusje. Przedmiot dyskusji był odnoszony do problemów poszczególnych pacjentów. Wykorzystywano materiały dodatkowe, jak np. anonimowe historie choroby, filmy, ilustracje.

Równoległe do rozwoju różnych form psychoterapii, w wielu krajach rozwijało się poradnictwo zawodowe i psychologiczne. W poradniach tego typu zaczęli pracować psycholodzy, pedagodzy i pracownicy społeczni, często z wykształceniem akademickim. Przyczyniło się to do wzbogacenia porad o techniki psychoterapeutyczne. Stosowanie ich uzasadniano koniecznością zarówno uzyskania doraźnych zmian behawioralnych, jak i modyfikacji niektórych warunków środowiska i zwiększenia umiejętności lepszego wykorzystania własnych możliwości i poprawy funkcjonowania w określonych zakresach życia społecznego.

Wielu autorów starało się przezwyciężyć uproszczenia i ograniczenia terapeutyczne, np. w stosunku do pacjentów psychotycznych czy z zaburzeniami osobowości, uwzględniając w swoich działaniach terapeutycznych założenia filozofii egzystencjalnej i koncepcji personologicznych (V. E. Frankl, R. May, C. Rogers), teorii Gestalt i ról (F. Perls, E. Berne), teorii uczenia się (L. Krasner, A. Bandura, M. Lazarus), koncepcji komunikacji (G. Bateson, P. Watzlawick, R. Brandler) i poznawczych (G. Kelly, A. Ellis, M. J. Mahoney, D. Meichenbaum, A. T. Beck).

Wspólną cechą wielu z tych teorii jest podkreślanie humanistycznej istoty człowieka, przejawiającej się w jego potrzebach i dążeniu do rozwoju, samourzeczywistnienia i samostanowienia, do nawiązania bliskich i pozytywnych stosunków z ludźmi i do aktyw-

nego, twórczego podejścia do życia. Za punkt wyjścia konstruktywnego rozwoju teorii te uważają „bycie w terażniejszości”, ujmując zaburzenie jako zahamowanie i zablokowanie możliwości jednostki przez czynniki zewnętrzne. Istotą leczenia jest więc przewyciężanie tych barier. Sprzyja temu ułatwianie jednostce wyzwolenia się z nacisków i pęt, poszerzanie zakresu jej świadomości, umożliwiające dokonywanie wyborów na podstawie własnego systemu wartości — osiągnięcie wolności. Łączenie przez niektórych z tych autorów modeli psychodynamicznego i poznawczego powoduje, że określają oni niekiedy w sposób rozbieżny swoją przynależność do określonej szkoły lub teorii. Posługując się różną terminologią, w istocie mówią o tym samym. Najczęściej uznają w genezie zaburzeń znaczenie wrodzonych czy biologicznie zdeterminowanych potrzeb jako czynników kształtujących hierarchię motywacji. Równocześnie kładą nacisk na znaczenie czynników społeczno-kulturowych wpływających na nieświadome i świadome procesy kształtujące tę hierarchię, podkreślając też aktywną i twórczą rolę podmiotu.

Wspólny najczęściej jest również pogląd na celowość i skuteczność ujawniania, określania i odreagowania emocji, uświadamiania sobie swoich potrzeb i dążeń, sposobów odgrywania ról, komunikowania się i modyfikacji wzorców interakcji. Łączy ich także pogląd, że nakreślone cele łatwiej jest osiągnąć w grupie, choć różnią ich poglądy na rolę grupy i terapeuty oraz na wybór stosowanych technik.

Podobne procesy pogłębiania, wzbogacania i przekształcania zachodziły w zakresie behawioryzmu, bardzo znaczącego w USA w pierwszej połowie XX wieku w związku z pracami Watsona, Skinnera i in., opartego w dużej mierze na reaktywnym modelu człowieka. W latach 50. rozpowszechniły się metody lecznicze oparte na teoriach uczenia się (Wolpe, Eysenck, Franks, Rachman). Skuteczność ich uzasadniano podbudowanym empirycznie modelem S—R (bodziec—reakcja). Niektóre pozytywne efekty tych metod wzbudziły zbyt wygórowane oczekiwania. Dlatego też w latach 60. nastąpiło pewne rozczarowanie. Wykazano nieadekwatność modelu S—R polegającą na nieuwzględnieniu czynnika „O” — organizmu. Podjęto próby doskonalenia tych metod leczniczych biorąc pod uwagę zmienną „O”, obejmującą transformację napływających bodźców (informacji) i integrację ich z zakodowanymi w pamięci symbolami, schematami poznawczymi. Doprowadziło to do wprowadzenia heurystycznych reguł uczenia się zmian postępowania, samokontroli, rozwiązywania problemów, wykonywania zadań (Łuria, Wygotski, Galperin, Meichenbaum, Goldfried i in.). To zbliżenie podejścia behawioralnego z koncepcjami poznawczymi było ułatwione nie tylko poprzez dominujący udział psychologów w kształtowaniu takiej integracji, ale także poprzez popularność rozczarowanego psychoanalizą Alberta Ellisa, twórcy terapii racjonalno-emotywniej. Nawiązywał on w dużej mierze do dorobku Dubois, precyzując, doskonaląc i rozwijając jego myśli. Pogłębił je podkreślając związki pomiędzy myśleniem, emocjami a zachowaniem.

Podobne poglądy przewijały się w późniejszych pracach Meichenbauma, Mahoneya i wielu innych amerykańskich psychologów. Mówiąc nawiasem, na ogół nie znali oni lub bagatelizowali dorobek wielu swoich europejskich poprzedników. Świadczą o tym cytowane przez nich pozycje bibliograficzne. Pod koniec lat 70. jeden z nich, Mahoney [6], opisywał w sposób następujący stan terapii poznawczej: „W chwili obecnej podejścia związane z koncepcją poznawczego uczenia się pozostają zlepkiem stosunkowo różnorodnych zasad i procedur, którym należy jeszcze nadać kształt jednolitego systemu lub

modelu. Zgadając się co do niektórych podstawowych założeń, rzecznicy tych podejść demonstrują szeroki wachlarz poglądów, zróżnicowany ze względu na specyficzne akcenty i procedury. Wydaje się, że za wspólne dla nich założenia można uznać następujące:

1 — przystosowawcze i nieprzystosowawcze zachowania oraz wzorce afektywne są przez ludzi rozwijane za pośrednictwem procesów poznawczych (np. wybiórcza uwaga, symboliczne kodowanie itd.);

2 — funkcje tych poznawczych procesów mogą być w zasadzie aktywowane za pomocą tych samych procedur, które są wykorzystywane w ludzkim laboratorium uczenia się (choć mogą istnieć procedury inne, również aktywujące procesy poznawcze);

3 — zadanie, które z tego wynika dla terapeuty, jest zadaniem diagnosty-wychowawcy, który dokonuje oceny nieprawidłowo przebiegających procesów poznawczych, a następnie aranżuje takie doświadczenia związane z uczeniem się, które przekształcają istniejące schematy poznawcze oraz korelują je z zachowaniami i wzorcami przeżywania” [6].

Sądzymy, że część zwolenników amerykańskiego modelu behawioralno-poznawczego w ciągu ostatnich 20 lat konsekwentnie realizowała przede wszystkim to ostatnie zalecenie. Wynikiem tego było dalsze precyzowanie niektórych czynników i mechanizmów kształtowania się nieprawidłowego przebiegu procesów poznawczych i poszerzanie arsenału procedur, które je modyfikują, korygują i aktywują. Równocześnie jednak prowadzi to w dużej mierze do absolutyzacji ich znaczenia i roli technik, i ignorowania w ten sposób celowości korzystania z dorobku innych podejść oraz przemian zaszłych w tych latach w naukach społecznych i humanistycznych. Stanowisko takie przeciwdziała tworzeniu się integracyjnego modelu psychoterapii.

Tendencje takie są częściowo wspierane przez antagonizmy między poszczególnymi szkołami, ambicjami ich zwolenników oraz motywacjami finansowymi i korzyściami związanymi z monopolem niektórych podejść i procedur na rynku usług. Sprzyjają temu ostatnie próby wprowadzenia pewnych standardów postępowania psychoterapeutycznego, ustalania priorytetów świadczących o rzekomej wyższości pewnych metod, tworzenia podręczników — „książek kucharskich” i zbiorów instrukcji oddziaływania psychoterapeutycznego. Wysiłki tego typu wiążą się — naszym zdaniem — w pierwszym rzędzie z próbami podporządkowania procedur medycznych ekonomicznym kryteriom oceny. Skutkiem będzie — siłą rzeczy — ograniczenie twórczego myślenia terapeutów oraz hamowanie dalszych poszukiwań innych kryteriów oceny spełnienia podstawowych funkcji psychoterapii.

W ostatnich 20 latach wystąpiło wyraźne nasilenie dyskusji wokół problemów filozoficznych, antropologicznych, hermeneutycznych dotyczących istoty człowieka. Również dotyczą one czynników społeczno-ekonomicznych i kulturowych oraz genetycznych uwarunkowań kształtowania się osobowości, jej struktury, zjawisk psychologicznych i mechanizmów ich funkcjonowania. Obserwuje się też duże zainteresowanie podejściami systemowymi, badaniami nad procesami myślenia i podejmowania decyzji, nad prawidłowościami funkcjonowania małych i dużych grup, nad skutecznymi formami nauczania (m.in. problemowego) oraz osiągnięciami teorii informacji i komunikacji. Wszystko to sprawia, że wyciąga się wnioski z różnorodnych koncepcji i modeli. Zwiększają się wysiłki w kierunku ich integracji.

Coraz więcej terapeutów uważa, że skuteczna psychoterapia wymaga zróżnicowanej dia-



gnozy problemów i deficytów pacjenta, jej zaś głównymi zadaniami są: modyfikacja schematów poznawczych, przeżywania i zachowania, oraz rozwijanie umiejętności skutecznego działania. Przyjmuje się, że kształtowanie oczekiwań, wartości, postaw, konstruktywnych aspiracji i adekwatnych strategii osiągnięcia celów wpływa na zachowanie się ludzi i ich relacje z innymi. Zwiększa się ich zdolność do sterowania sobą i rozwój samodzielności, powstaje bardziej spójne spojrzenie na siebie i świat. Psychoterapia może więc nie tylko zmniejszać cierpienia, dolegliwości i rozterki, co w medycynie jest jej głównym zadaniem, ale może również przybliżyć ludziom problemy sensu życia, realistycznego modelu zdrowia i człowieka, doskonalenia życia społecznego. Może ułatwić świadomą konfrontację z tymi zagadnieniami oraz bardziej świadome poszukiwanie ich optymalnych rozwiązań.

Dla osiągnięcia tych celów niezbędna jest stała dbałość o poziom i przygotowanie kadry terapeutycznej, systematyczne badania naukowe nad metodami oddziaływania i konsekwentnie prowadzona publiczna dyskusja oraz kontrola stosowanych procedur i metod oraz uzyskanych wyników. Rzeczą istotną jest też zmiana roli pacjenta, który winien się stać bardziej partnerem terapeuty i personelu leczącego.

II Maria M. Siwiak-Kobayashi

#### **INTEGRACYJNY MODEL TERAPII POZNAWCZO-SPOŁECZNEJ W KLINICE NERWIC INSTYTUTU PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE**

Gdy w roku 1956 Stefan Leder zaczynał tworzenie późniejszej Kliniki Nerwic, od małego oddziału dla pacjentów z nerwicami w Klinice Psychiatrycznej Instytutu Psychoneurologicznego, rozumiał patogenezę zaburzeń nerwicowych w kategoriach przede wszystkim psychospołecznych, ale z wyraźnym uwzględnieniem czynników biologicznych [7, 8, 9, 10]. A więc w modelu teoretycznym leżącym u podłoża systemu terapeutycznego wypracowanego w Klinice Nerwic IPiN od początku dominowało holistyczne rozumienie istoty człowieka i wieloczynnikowe pojmowanie genezy zaburzeń nerwicowych. Powstawanie zaburzeń nerwicowych widziano jako wynik nabywania określonych postaw, umiejętności i zachowań zależnych od indywidualnych cech biologicznych i określonych warunków społecznych [11].

S. Leder określał wówczas swoją koncepcję i wyrastającą z niej metodę leczenia jako eklektyczną. Oznacza to, że tworząc ją, inicjując proces wypracowywania spójnego, złożonego systemu terapeutycznego, korzystał z ówczesnego i wcześniejszego dorobku twórców działających już wtedy, czy też rozpoczynających działalność szkół psychoterapeutycznych, i z obowiązujących teorii psychologicznych. Musimy pamiętać, że w tym okresie przymiotnik „eklektyczny” nie miał przydanego mu później znaczenia pejoratywnego, oznaczającego raczej zlepek technik niż twórcze korzystanie z dorobku różnych kierunków. Wielu twórców kierunków psychoterapeutycznych w latach 50. i 60. określało swoje teorie jako eklektyczne. Dziś tego typu podejście nazywane jest raczej integracyjnym.

Czasem uważa się, że integracja psychoterapii wynika nie tylko z przemyśleń teoretycznych, ale i z długoletniej praktyki, która uświadamia terapeutę wielorakość przyczyn zaburzeń i konieczność uwzględniania tego w terapii. W gruncie rzeczy bowiem praca jedynie nad jedną sferą życia psychicznego czy jednym okresem życia znacznie zmniejsza długotrwałą skuteczność leczenia, czyli osłabia możliwość zapobiegania ponownemu

występowaniu zaburzeń w przypadku napotkania przez pacjenta kolejnej trudnej sytuacji. Dotyczy to zarówno zajmowania się wyłącznie istniejącymi błędami poznawczymi, ograniczenia się do prób zmiany jednego rodzaju zachowań człowieka (w tym wypadku procesów poznawczych, czyli myślenia), jak i np. wypracowywania wglądu jedynie w najwcześniejsze doświadczenia i konflikty. Takie ograniczenie w terapii — niejako z założenia — pozostawia wiele istotnych obszarów poza pracą terapeutyczną, co ogranicza możliwości poradzenia sobie pacjenta z różnymi rodzajami trudnych sytuacji w przyszłości. Zazwyczaj więc terapeuci w miarę doświadczeń zawodowych dostrzegają potrzebę integracji. Należy ten termin rozumieć nie tylko jako integrowanie różnych sposobów widzenia problemów pacjenta i sposobów oddziaływania leczniczego, ale i różnych elementów składających się na to, jaki i kim pacjent jest, jak myśli, czuje i zachowuje się. Integracja wynikająca z praktyki dotyczy najczęściej stosowania różnych metod u tego samego pacjenta w celu uzyskania szerszego zakresu zachodzących w nim zmian. Nie zawsze towarzyszy jej, nie mówiąc o tym, że nie zawsze ją poprzedza, integracja na poziomie teoretycznego rozumienia istoty człowieka i jego zaburzeń.

Założenia teoretyczne naszego systemu terapii można byłoby nazwać eklektycznymi z uwagi na różnorodność źródeł inspiracji, z których czerpał, Prof. Leder, a potem jego współpracownicy [12]. Jednakże wyraźnie określona koncepcja zaburzeń i cele terapii, jak również wykorzystywanie różnych — ale opartych na określonych, podobnych założeniach — metod psychoterapeutycznych, wymaga określenia tej metody raczej jako „zintegrowaną”, a model leczniczy — jako integracyjny. Pojęcie „integracyjny” oznacza bowiem w naszym rozumieniu (a wydaje się, że również w ogólnie przyjętym dzisiejszym języku) większą dyscyplinę teoretyczną i konsekwencję w postępowaniu terapeutycznym niż pojęcie „eklektyczny”.

W pierwszej części tego artykułu Profesor Leder przedstawił źródła inspiracji założeń teorii leżącej u podstaw modelu terapeutycznego oddziały, a potem Kliniki Nerwic. Widoczne od początku wieloczynnikowe, **holistyczne, biopsychospołeczne widzenie człowieka** i zaburzeń zdrowia pozostaje do dzisiaj główną osią teoretyczną systemu terapeutycznego w Klinice Nerwic. A więc integracja (na poziomie teoretycznym) podejścia biologicznego, psychologicznego i społecznego była i jest podstawową cechą tego modelu terapii. Integracja różnych oddziaływań leczniczych była też od początku istotną cechą praktyki klinicznej w Klinice Nerwic. Było to nieuchronną konsekwencją rozumienia tych zaburzeń jako „uszkodzających całą osobowość, najbardziej podstawowe elementy »ja« człowieka” [2]? Cytowane przez Ledera fragmenty dzieła Kronfelda, dotyczące psychagogiki, ilustrują konieczność „posługiwania się wszystkimi zmieniającymi się procedurami i metodami zależnie od charakteru zaburzeń i objawów chorego” [2].

Drugim najistotniejszym elementem, zarówno naszej teorii, jak i praktyki terapeutycznej, jest podstawowe znaczenie przypisywane uczeniu się, w tym przede wszystkim **uczeniu się społecznemu** oraz szeroko rozumiana psychologia społeczna, zwłaszcza cytowane przez autora pierwszej części artykułu teorie ról i grup [13].

Leder [14, 15] wyróżniał w tym procesie społecznego uczenia się dwie fazy: pierwszą opartą na zjawisku efektu placebo, wiążącą się z zaspokojeniem oczekiwań pacjenta i mającą charakter uczenia się bardziej biernego, i drugą — polegającą na aktywnym poszukiwaniu rozwiązań i społecznym uczeniu się ze wszystkimi jego atrybutami.

Równoległe z kształtowaniem się zasad społecznego uczenia się, w teorii i praktyce psychoterapii stosowanej w Klinice Nerwic, na świecie powstawały i zyskiwały popularność kolejne teorie społecznego uczenia się, które z kolei wywierały wpływ na praktykę i badania prowadzone w klinice. Trzeba tu wymienić teorię społecznego uczenia się J. Rottera [16]. Pokrewne naszej teorii są zwłaszcza jej następujące elementy:

- również aktywność poznawcza, reakcje emocjonalne itp.,
- uwzględnianie oczekiwań jako zmiennej poznawczej kształtującej zachowania,
- podkreślanie znaczenia oczekiwań związanych ze źródłem rozwiązania problemu — wewnętrzne lub zewnętrzne miejsce kontroli wzmocnienia oraz
- znaczenie zaufania interpersonalnego.

W teorii społeczno-poznawczej Bandury [17] z kolei szczególnie zbieżne z naszym podejściem jest podkreślanie modelowania, obserwacji i naśladowania w procesie społecznego uczenia się, widzenie istoty uczenia się jako nabywania nowych przekonań na drodze poznawczego przetwarzania danych uzyskiwanych w interakcjach społecznych, czyli — jako procesu społecznego. Teoria ta więc łączy teorie społecznego uczenia się z teoriami poznawczymi.

Integralną częścią założeń teoretycznych terapii w Klinice Nerwic są też elementy psychologii humanistycznej (hierarchia potrzeb Masłowa, definicja postaw Allporta). Wpłynęły one przede wszystkim na sposób rozumienia etiopatogenezy zaburzeń nerwicznych i na określenie celu stosowanej psychoterapii jako zmiany postaw. Píše o tym Leder w pierwszej części artykułu. Wydaje się, że psychoterapia humanistyczna Rogersa i terapia egzystencjalna wywarły wpływ na praktykę terapeutyczną w naszej klinice, a przede wszystkim na sposób widzenia kontaktu terapeuty—pacjent i pogłębienie rozumienia roli terapeuty i grupy w procesie psychoterapii.

Behawioryzm wyrastający z Pawłowa, Thorndike'a i Skinnera w sensie warunkowania, ale również w sensie zwracania uwagi na biologiczny substrat tych zachowań, niewątpliwie miał znaczenie teoretycznych założeń i metod terapii. Klinika Nerwic była pierwszym ośrodkiem w Polsce, gdzie w latach 60. zaczęto wprowadzać behawioralne metody leczenia, przede wszystkim w terapii zaburzeń lękowych i w nerwicy natręctw [18, 19]. Stosowane metody obejmowały zarówno trening behawioralny w sensie stopniowej ekspozycji na bodziec, jak i metodę systematycznej desensytyzacji Wolpego [20], technikę zanurzania i modelowania (stosowaną zwłaszcza w odniesieniu do natręctw). Jednakże bardziej ogólne znaczenie teoretyczne i praktyczne miały teorie wykraczające poza system bodziec-reakcja, oparte na szkole uczenia się. Wydaje się, że znaczenie w kształtowaniu tych poglądów miała książka Dollarda i Millera (wydana po polsku w 1956 r. [21]), przedstawiająca całościowo, i wyjaśniająca w języku uczenia się, zjawiska opisywane wcześniej w terminach psychoanalitycznych. Uznanie uczenia się za podstawowy mechanizm kształtowania człowieka leży u podstaw wszystkich podejść poznawczych i behawioralnych.

Jak wynika z 1 części tego artykułu, twórca modelu terapeutycznego Kliniki Nerwic IPiN od początku kładł nacisk na znaczenie „błędnych przekonań i lęku” w etiopatogenezie zaburzeń. Opierał się na poglądach Dubois, który podkreślał znaczenie wglądu w psychologiczne uwarunkowania choroby jako warunku zmiany terapeutycznej i konieczność zmiany ogólniejszych „nastawień psychicznych” pacjenta w celu zapobiegania ponownemu

wystąpieniu zaburzeń.

Założenia te, leżące od początku u podłoża teorii i terapii w Klinice Nerwic, są identyczne z podstawami innych współczesnych kierunków, w tym poznawczych.

Teorie poznawcze, rozwijające się od końca lat pięćdziesiątych, zwracają uwagę na nieprawidłowe przekonania (Ellis) i zniekształcone procesy poznawcze (Beck) jako element patogenny w zaburzeniach psychicznych. Nie ustosunkowują się natomiast bezpośrednio do mechanizmów w historii życia pacjenta doprowadzających do wystąpienia błędnych przekonań czy błędów logicznych, nazywając je po prostu wczesnymi doświadczeniami. Coraz bardziej popularne terapie poznawcze, jak terapia racjonalno-emotywna Ellisa [22], terapia kognitywna Becka [23], terapia poznawczo-behawioralna Mahoneya oparta na tzw. wiedzy osobistej [6] czy terapia poznawczo-behawioralna Meichenbauma oparta na uczeniu się strategii rozwiązywania problemów [24] wykorzystują techniki uczenia się, często również zasady czy też techniki behawioralne, jak np. wykonywanie zadań domowych, sprawdzanie przekonań poprzez konfrontowanie z rzeczywistością [25]. Jednakże, choć różnią się od klasycznych metod behawioralnych — opartych na warunkowaniu klasycznym bądź instrumentalnym — rozumieniem istoty zaburzeń jako przede wszystkim poznawczych, odnoszących się do specyficznie ludzkich „zachowań”, jak myślenie, sążenie, ocenianie, poznawcze przetwarzanie informacji, to w gruncie rzeczy traktują terapię jako zmianę błędnych „zachowań poznawczych”. Nie odwołują się do przeszłości pacjenta, do wypracowywania wglądu w przebyte doświadczenia jako źródło błędnych przekonań, nie starają się wpływać na zmianę emocji związanych z przeżyciami z dawniejszych okresów życia. W gruncie rzeczy skupiają się na problematyce współczesnej okresowi leczenia, na błędnych przekonaniach, sposobach rozwiązywania problemów, zniekształceniach logicznych. W tym sensie można je porównać z metodami behawioralnymi nastawionymi na przeuczanie w zakresie objawów i zachowań. Obie te grupy metod charakteryzują się również wysokim stopniem dyrektywności terapeutycznej i dużym ustrukturalizowaniem zarówno całej terapii, jak i poszczególnych sesji terapeutycznych.

Założenia, o których mówi Leder, cytując Dubois, leżą od początku u podłoża teorii systemu terapeutycznego Kliniki Nerwic IPiN. Dotyczą one znaczenia „błędnych przekonań i lęku”, oraz wglądu w psychologiczne uwarunkowania choroby jako warunku zmiany terapeutycznej i konieczności zmiany ogólniejszych „nastawień psychicznych” pacjenta w celu zapobiegania ponownemu wystąpieniu zaburzeń. Założenia te są identyczne z podstawami innych współczesnych kierunków, w tym poznawczych.

### **Zasady zintegrowanej terapii społeczno-poznawczej w Klinice Nerwic**

Kompleks oddziaływań psychoterapeutycznych w Klinice Nerwic, który rozwijał się równolegle i w sposób porównywalny z głównymi kierunkami psychoterapii, psychologii i medycyny na świecie, nadal ma za podstawę dwie osie — podejście holistyczne i społeczne uczenie się. Warto tu przypomnieć, że w połowie lat pięćdziesiątych, gdy psychoterapia zdominowana była przez psychoanalizę, a na świecie zaczynał rozszerzać się behawioryzm i rodziła się psychiatria humanistyczna, teoria ta, mająca charakter holistyczny, zgodny z biopsychospołecznym modelem zaburzeń zdrowia, reprezentowała sposób myślenia, który miał się upowszechnić dopiero w latach siedemdziesiątych w postaci — wyartykułowanych w ostatnich dziesięcioleciach — zasad medycyny holistycznej, postrzegającej każdy proces

chorobowy jako wynik współdziałania różnych czynników — od biologicznych poprzez psychospołeczne do egzystencjalnych — filozoficznych.

Wokół tych założeń kształtuje się **zintegrowana praktyka kliniczna** będąca ich konsekwencją. Ma ona wytyczone cele, specyficzny dobór metod terapeutycznych dla osiągnięcia tych celów, określony sposób analizowania pacjenta i jego problemów oraz swoisty rodzaj i znaczenie kontaktu terapeutycznego i zjawisk grupowych.

**Cele terapeutyczne** wykraczają poza uzyskanie poprawy objawowej. Obejmują zmianę postaw w allportowskim, trójwymiarowym ich rozumieniu i zmierzają do poszerzenia i zmiany repertuaru mechanizmów i strategii radzenia sobie pacjentów w celu bardziej efektywnego i satysfakcjonującego działania w przyszłości [26]. Tak rozumiane cele wymagają uwzględniania również biologicznych podstaw zaburzeń. Metody stosowane w Klinice Nerwic mają charakter krótkoterminowej, zintegrowanej, intensywnej psychoterapii opartej na poznawczo-społecznym uczeniu się. Celem intensywnego, dziesięciodniowego programu leczniczego jest nie tylko uzyskanie poprawy objawowej, ale uzyskanie czy też zapoczątkowanie i ukierunkowanie zmian w osobowości pacjentów, przede wszystkim poprzez modyfikację postaw, które składają się, w rozumieniu Allporta, z części poznawczej (sądów, ocen, przekonań) [27], emocjonalnej (sposobów emocjonalnego przeżywania wydarzeń wewnętrznych i zewnętrznych) oraz zachowaniowej, behawioralnej (odpowiadającej widocznym reakcjom zachowaniowym). Postawy te dotyczą różnych osób znaczących i wydarzeń zarówno współczesnych, jak i z przeszłości, szczególnie z okresu dzieciństwa, w którym procesy uczenia się mają szczególny wpływ na sposób widzenia świata, przeżywanie i zachowania w okresie późniejszym, a więc wpływają w znacznym stopniu na późniejsze dezadaptacje i trudności [28, 29, 30].

Cel terapii jest więc szerszy niż w większości innych współczesnych szkół poznawczo-behawioralnych, obejmuje bowiem nie tylko zmianę zachowań, sposobu myślenia i przeżywania w sytuacjach obecnych, ale również wypracowanie wglądu w psychologiczne mechanizmy kształtujące te dezadaptacyjne postawy. Wgląd taki ma ułatwić pacjentowi zmianę przeżywania i „uniezależnienie się” od ewentualnych destrukcyjnych wpływów dawnych wydarzeń. Terapia zorientowana jest więc zarówno na przeszłość, jak i teraźniejszość i przyszłość. Wszyscy pacjenci poddawani są leczeniu w ramach tego samego programu terapeutycznego, choć każdy pacjent traktowany jest indywidualnie i może liczyć na zrozumienie i omówienie jego spraw przez zespół kliniki, a także na dodatkowe formy terapii, zależnie od szczególnych problemów.

Uczenie się czy też raczej przeuczanie społeczne odbywa się w różnych kontekstach — od indywidualnego (w dualnym kontakcie z psychoterapeutą) poprzez grupę terapeutyczną (kontakt z małą grupą współpacjentów) aż do społeczności terapeutycznej (poprzez uczestniczenie w życiu społeczności oddziału składającej się ze wszystkich pacjentów i członków personelu) [31].

**Drogi osiągnięcia zmian** obejmują więc oddziaływania psychologiczne i społeczne, oparte na **społecznym uczeniu się w różnych kontekstach** (psychoterapia indywidualna i grupowa, różne pozawerbalne formy grupowe, działanie społeczności terapeutycznej) [32]. Oddziaływania te adresowane są do różnych aspektów życia psychicznego człowieka, definiowanego jako poznawcze, emocjonalne i behawioralne komponenty postaw.

**Działania poprzez poznawcze uczenie się** mają na celu wypracowanie wglądu nie tylko

w typowe, charakterystyczne dla danego pacjenta schematy poznawcze, sposób postrzegania i oceny zjawisk, ale również powiązanie ich z przeżywanymi emocjami i zachowaniami. Niektóre z technik pokrewne są bardziej społecznemu uczeniu się poprzez naśladowanie, modelowanie (Rotter, Bandura), inne — poprzez rozwiązywanie problemów, jeszcze inne — poprzez wykonywanie zadań takich, jak prowadzenie dziennika (patrz tekst M. Siwiak-Kobayashi i C. Brykczyńskiej [33]).

**Działanie na zachowanie i poprzez techniki behawioralne** obejmują zarówno *różne formy treningu behawioralnego skierowanego na zmianę w zakresie objawów* (stopniowa ekspozycja na bodźce lękorodne, techniki zanurzania, desensytyzacji, modelowania behawioralnego), jak i *aktywne ćwiczenie złożonych zachowań społecznych* poprzez pełnienie różnych ról w społeczności, rozwiązywanie doraźnych sytuacji interpersonalnych. Pomaga w tym trening asertywności czy pokrewna mu technika tzw. sporu konstruktywnego.

**Wywieranie nacisku społecznego** — zgodnego z dynamiką grupy i społeczności terapeutycznej jest również katalizatorem zmian zachowań społecznych i uczenia się w szerszym tego słowa znaczeniu. Branie udziału w terapii zajęciowej wpływa m.in. na zmianę zachowań i nawyków dotyczących pracy.

Od paru lat wielu pacjentów, którzy mają specyficzne problemy życiowe, jest zachęcanych już w okresie leczenia w klinice do *korzystania z pomocy specyficznych grup samopomocowych poza kliniką* (np. grup Al-Anon, DDA czy Anonimowych Żarłoków). Działanie takie ma na celu ułatwienie pacjentowi definiowania samego problemu i jego uwarunkowań poprzez społeczne uczenie się w innej grupie, składającej się z ludzi o podobnych problemach. Chodzi również o nauczenie pacjenta korzystania z tej — najczęściej nieznaney mu dotychczas — formy pomocy i wsparcia na przyszłość.

**Działanie na emocje i poprzez przeżywanie emocjonalne.** Jak wiadomo, każda sytuacja terapeutyczna niesie ze sobą znaczny ładunek emocjonalny. Wymienione poprzednio metody oddziaływań poznawczych, behawioralnych i społecznych również wiążą się z głębokim przeżywaniem emocjonalnym. Zwłaszcza techniki poznawcze polegające na obserwacji i nazywaniu własnych emocji mają na celu uzyskanie w końcu zmian w przeżywaniu emocjonalnym zarówno w sensie nasilenia, jak i jakości emocji towarzyszących różnym sytuacjom życiowym.

Najprostszy trening behawioralny niesie za sobą również emocjonalne zmiany — nie tylko w postaci zmniejszenia lęku towarzyszącego objawom, ale również w formie zwiększenia satysfakcji, radości, poczucia pewności siebie, większego poczucia własnej sprawczości.

Jednakże w naszym integracyjnym modelu terapeutycznym istnieją oddziaływania, które szczególnie „atakują” przeżywanie emocjonalne. Są to przede wszystkim *metody niewerbalne, takie jak psychorysunek, muzykoterapia czy choreoterapia*. Poprzez wyłączenie produkcji słownej w trakcie wykonywania określonych zadań (słuchania i wykonywania muzyki, malowania czy rzeźbienia oraz ekspresji ruchowej — tańca), zwiększa się kontakt pacjenta z obecnie przeżywanymi emocjami, wyłącza racjonalizacje zniekształcające często nasze reakcje. Omawianie wykonania zadań po ich realizacji pomaga w poznawczym samopoznaniu pacjenta [34]. Zajęcia takie stanowią również okazję do odkrycia nie tylko swoich nieznanych motywów, ale czasem uzdolnień i nieuświadomianych sobie zainteresowań. Wzbogaca to życie pacjenta, sprzyja jego samorealizacji i ułatwia radzenie sobie

z wieloma sytuacjami w przyszłości.

Kolejną metodą wyzwalającą emocje i ujawniającą nieświadome motywacje pacjenta jest **psychodrama i psychopantomima**. W miarę upływu lat metoda ta rozwijała się stopniowo od grania ról w czasie sesji psychoterapii grupowej do odrębnych, cotygodniowych zajęć prowadzonych według zasad psychodramy typu Moreno przez wykształconych psychodramatystów. Od początku jednak techniki psychodramy i pantomimy spełniały zadania „projekcyjne”, ułatwiające pacjentom wyrażanie emocji, przedstawianie trudnych faktów z historii własnej w warunkach pewnej umowności związanej z odgrywaniem ról. Omawianie wykonywanych zadań pomaga w poznawczym wypracowywaniu wglądu. Równocześnie istotne tu są elementy modelowania i zmiany postaw poprzez aktywne odgrywanie zachowań z jakiegoś powodu trudnych do zaakceptowania w sytuacjach realnych, „wypróbowywanie” nowych zachowań.

**Oddziaływanie poprzez środki biologiczne** — najczęściej w formie farmakoterapii — stosuje się w przypadkach uzasadnionych charakterem zaburzenia (diagnozą psychiatryczną czy neurologiczną) i stanem somatycznym pacjenta. Czasem również wskazanie do okresowego podawania leków stanowi nasilenie objawów uniemożliwiające aktywne włączenie się pacjenta w proces terapeutyczny. W przypadku **pacjentów o podwójnym rozpoznaniu** ważne jest nie tylko podawanie leków związanych z ich chorobą somatyczną czy innym zaburzeniem, ale też zmiana stosunku emocjonalnego do choroby i leczenia oraz przekonań związanych z koniecznością przestrzegania reżimu medycznego [35].

### Znaczenie diagnozy

Leczenie w Klinice Nerwic jest formalnie w wielu aspektach identyczne dla wszystkich pacjentów. Jednakowy dla wszystkich jest dziesięciodniowy pobyt na oddziale całodobowym lub ośmiodniowy — na oddziale dziennym. Wszyscy mają obowiązek uczestniczenia w psychoterapii indywidualnej, we wszystkich formach terapii grupowej, w zebraniach społeczności terapeutycznej i w odgrywaniu przewidzianych regulaminem ról w społeczności. Równocześnie jednak istnieją grupy pacjentów o określonych zaburzeniach (np. z zaburzeniami odżywiania się), które mają dodatkowo specyficzny program poznawczo-behawioralny związany z charakterem zaburzenia, oraz indywidualni pacjenci, którzy mają dodatkowe treningi behawioralne czy zadania behawioralno-poznawcze związane z ich indywidualnymi problemami. Niektórzy pacjenci, jak wspomniano powyżej, mają też określone zalecenia farmakologiczne czy rehabilitacyjne.

Z tych względów i z wieloczynnikowego rozumienia przyczyn zaburzeń nerwicowych wynika znaczenie, jakie przykładamy do możliwie najbardziej adekwatnej diagnozy **medycznej i psychologicznej** pacjenta oraz **diagnozy jego obecnej sytuacji życiowej i mechanizmów kształtowania się** jego osobowości, postaw i przyczyn nieradzenia sobie w sytuacjach trudnych i z powodu występowania objawów.

Czynniki składające się na te mechanizmy mogą mieć charakter zewnętrzny, jak wydarzenia urazowe i trudności życiowe. Należą tu również czynniki wewnętrzne, czyli dotyczące samego pacjenta, zarówno jego cech biologicznych, uwarunkowanych genetycznie, nabytych wskutek wcześniej działających czynników fizycznych [10], jak i cech przeżywania i myślenia nabytych w procesie rozwoju — poprzez wychowanie, uczenie się, warunki społeczne, począwszy od najwcześniejszych doświadczeń dziecięcych [30].

Nabyte postawy i sposoby zachowania mają wpływ na efektywne i satysfakcjonujące lub też nieefektywne i przynoszące dalsze frustracje sposoby radzenia sobie z sytuacjami trudnymi [8, 36, 23].

Istotne znaczenie przykłada się do jasnego określenia **celów i planu terapii** dla każdego pacjenta. Jest to konieczne w warunkach terapii tak intensywnej, krótkoterminowej i składającej się z wielu zintegrowanych ze sobą oddziaływań.

### Relacja terapeutyczna

Personel pracuje w trzyosobowych zespołach terapeutycznych składających się z psychoterapeutów — psychiatrów i psychologów. Przynajmniej jeden z członków zespołu jest lekarzem. Zespół opiekuje się 10 lub 11 pacjentami tworzącymi grupę terapeutyczną.

Każdy spośród 32 pacjentów oddziału całodobowego ma swego terapeutę indywidualnego — lekarza lub psychologa, który prowadzi psychoterapię indywidualną i odpowiada za całość procesu leczniczego [11].

**Psychoterapia indywidualna** odbywa się zgodnie z omówionymi założeniami teoretycznymi i — przede wszystkim — pozwala na wytworzenie i przeżycie relacji terapeutycznej — tak istotnej dla procesu terapii i procesu uczenia się, twórczego emocjonalnego kontaktu z drugim człowiekiem. Stwarza również możliwość odreagowania emocji w stosunku do znaczących osób z historii życia, zwłaszcza odgrywających wobec pacjenta rolę zbliżone do rodzicielskich, oraz przepracowania tych emocji i wypracowania wglądu w typowe mechanizmy funkcjonowania i ich znaczenie w kształtowaniu konfliktów wewnętrznych i zewnętrznych, a — w konsekwencji — objawów.

W początkowym okresie leczenia pacjent w kontakcie indywidualnym uzyskuje również wiele informacji, uczy się w sposób bardziej „bierny” [13, 14], zaspokaja swoje oczekiwania pomocy, opieki, informacji [37]. Następnie, w fazie wypracowywania wglądu, aktywnie rozwiązuje swoje problemy przy udziale terapeuty. Dualny kontakt z psychoterapeutą indywidualnym stwarza również możliwość indywidualizacji w stosowaniu dodatkowych technik psychoterapeutycznych, jak wprowadzanie i ustalanie dodatkowych technik behawioralnych czy poznawczych, czasem (choć niezwykle rzadko) również takich metod jak hipnoterapia. Pozwala on również na prowadzenie leczenia farmakologicznego lub detoksykacji w koniecznych przypadkach. Jeśli psychoterapeuta indywidualny nie jest lekarzem, wszelkie problemy medyczne pacjenta konsultuje z lekarzem swego zespołu.

Analizując wpływ poglądów i praktyki zespołu Kliniki Nerwic na relację terapeutyczną wydaje się, że w początkowym okresie, zgodnie z powszechnie panującym w różnych dziedzinach psychoterapii modelem terapeuty-autorytetu, rola terapeuty indywidualnego była zgodna z panującym w tym okresie kanonem. Była ona zbliżona do roli lekarza-eksperta nazywającego problemy i zalecającego różne działania (w tym również działania ukierunkowane na zrozumienie „charakterologicznych” przyczyn i psychologicznych mechanizmów zaburzeń), albo też psychoanalityka — anonimowego autorytetu dającego interpretacje w określonych kategoriach teoretycznych, albo też — jak chciał kierunek psychagogiki i jak chcą nawet współcześnie wzorowane na amerykańskim modelu niektóre kierunki poznawcze — diagnosty-wychowawcy.

Szkoły humanistyczne lat 60., jak też kierunki egzystencjalne, wpłynęły na zmianę tego „autorytarnego” wzorca terapeuty nie odbierając mu co prawda autorytetu, ale wymagając



„bezwzględnej akceptacji” (chciałoby się tu wspomnieć, cytowane przez Ledera wcześniej i wyprzedzające psychiatrię humanistyczną o kilkadziesiąt lat, słowa Kronfelda o „lekarsko-ludzkim prowadzeniu cierpiącej jednostki”) aż „wspólnego bycia w świecie dwóch istot ludzkich” psychoterapeutów egzystencjalnych. W tym ostatnim przypadku może zgubić się istniejąca jednak przecież specyfika ról poszukującego i udzielającego pomocy.

W systemie terapeutycznym Kliniki Nerwic *relacja terapeutyczna widziana jest jako realistyczna, jako przymierze terapeutyczne i współpraca*. Nie dostrzegamy jej w psychoanalitycznych kategoriach przeniesienia — to znaczy nierealistycznego przeżywania na nowo konfliktów z okresu wczesnego dzieciństwa, choć przywiązujemy znaczenie do wczesnych doświadczeń pacjenta jako źródeł nauczania się przez niego określonych sposobów oceniania siebie i ważnych dla siebie osób, przeżywania i zachowania. Doświadczenia te wpływają więc na jego dalsze kontakty interpersonalne w różnych sytuacjach życiowych, łącznie z kontaktami w sytuacji terapeutycznej. Zjawisko to pozwala na pracę nad zmianą tych właśnie sposobów postrzegania, oceniania, przeżywania i zachowań.

Terapeuta pozostaje w swej roli udzielającego pomocy, ale stara się uznawać autonomię pacjenta, pobudzać go do samodzielnego poszukiwania przyczyn zaburzeń, do określania swoich emocji, przyglądania się swoim relacjom z osobami znaczącymi w różnych okresach życia, swoim doświadczeniom, przekonaniom i emocjom i ich znaczeniu dla powstawania zaburzeń. Sesje terapii indywidualnej nie są jednak ustrukturalizowane tak, jak w większości terapii poznawczych. Przebiegają one zgodnie z ogólnym planem terapii, ale tematyka i struktura poszczególnych sesji zależy od problemów najistotniejszych dla pacjenta w danym momencie terapii. Terapeuta indywidualny jest w stałym kontakcie z innymi członkami zespołu leczącego, co pozwala na ściśle zintegrowanie poszczególnych oddziaływań terapeutycznych.

**Działanie poprzez grupę terapeutyczną.** *Psychoterapia grupowa* stanowi jedną z głównych metod terapii w klinice. Stwarza ona okazję do aktywnego społecznego uczenia się w werbalnym kontakcie z członkami grupy i terapeutą. Oparta jest na procesie dynamiki grupowej. Terapeuta pełni rolę moderatora, czasem inspiratora działań grupy, stawiania hipotez i interpretacji, a nie postaci centralnej skupiającej zainteresowanie członków grupy. Tematyka posiedzeń obejmuje zarówno pracę nad problematyką „tu i teraz”, jak i historię życia poszczególnych pacjentów. Grupa stara się dostrzegać charakterystyczne dla danego pacjenta, powtarzające się w różnych sytuacjach dawnych i bieżących, sposoby przeżywania i zachowania. Członkowie grupy uczą się zarówno poprzez poznawczą analizę i próby rozwiązywania omawianych problemów, ale też przede wszystkim poprzez wzajemne interakcje, modelowanie i mechanizmy dynamiki grupowej ([38, 39, 31, 40, 13, 41]. Szczególnie ważnym elementem dynamiki grupy, uważanym za istotny nośnik zmiany terapeutycznej, jest spójność grupy [42, 43, 41]. Percepcja społeczna stanowi ważny element wpływający na spójność, a więc istotny w dynamice grupy [44]. Spójność grupy ułatwia pracę terapeutyczną w czasie innych, wymienionych już, zajęć, przebiegających w tym samym składzie pacjentów: psychodramy i pantomimy, psychorysunku, muzykoterapii, choreoterapii i terapii zajęciowej. Integracja wszystkich działań terapeutycznych w tym modelu psychoterapii odbywa się w warunkach wspomnianej już kilkakrotnie **społeczności terapeutycznej obejmującej ogół pacjentów i personelu**.

Pacjenci w toku leczenia odgrywają różne role społeczne — są kolejno przez co

najmniej tydzień członkami samorządu pacjentów, przez tydzień formalnymi liderami grupy („grupowymi”), pełnią też różne dyżury w ramach samoobsługi pacjentów. Udział w samorządzie daje okazję do ćwiczenia się w kierowaniu innymi, organizowania zajęć, takich jak wieczorki, wycieczki, do omawiania treningów, wyznaczania i koordynowania dyżurów i przewodniczenia zebraniu społeczności, sprzątanie zaś, przygotowywanie sali do zajęć, jak również służenie innym jako trener w czasie treningów behawioralnych pozwala na ćwiczenie się w działaniach na rzecz innych.

Cotygodniowym forum wymiany informacji i wspólnej pracy nad sprawami całej społeczności jest zebranie społeczności terapeutycznej. Rozpoczyna się ono od sprawozdania poszczególnych grup z ubiegłego tygodnia. Służy to przepływowi informacji o tym, co było ważne dla wszystkich członków społeczności. Dalsza część zebrania poświęcona jest bieżącym sprawom, ważnym dla całej społeczności, lub dotyczącym poszczególnych jej członków. Atmosfera zebrań oraz omawiane zadania wynikają z dynamiki społeczności i różnią się w zależności od jej składu i zaawansowania procesu terapeutycznego [32].

Kompleksowość, integracyjność leczenia, z jednej strony, są niewątpliwie korzystne ze względu na różnorodność i szeroki front wielu oddziaływań zwiększający skuteczność krótkoterminowej, intensywnej terapii na oddziale szpitalnym, niemniej jednak równoczesne działanie w trzech kontekstach społecznych powoduje często „konflikt interesów” — np.: ważność interesów pojedynczego pacjenta w porównaniu z ważnością interesów grupy i społeczności terapeutycznej. Problemy stwarza też daleko posunięta indywidualizacja przy zachowaniu zasadniczo tego samego kompleksu metod stosowanych wobec wszystkich pacjentów.

W ostatnich latach wzrost zapadalności na zaburzenia odżywiania się wpłynął na zwiększenie się liczby pacjentek z rozpoznaniem anoreksji i bulimii. Konieczność łączenia troski o stan somatyczny i zmierzania się w terapii również z bieżącym problemem medycznym tych chorych spowodowały wprowadzenie programu behawioralnego dla tej grupy pacjentek. Program ten ma na celu zmianę ich nawyków związanych z jedzeniem i przecyzyszczaniem się. Wymaga on zawierania odrębnego kontraktu, co stawia tę podgrupę pacjentek w odmienną sytuację, ograniczającą ich udział w niektórych działaniach społeczności terapeutycznej. Stwarza to często dodatkowe problemy i napięcia. Próba integracji leczenia pacjentów o różnych rozpoznaniach, wymagających specyficznych oddziaływań, jest poważnym wyzwaniem i stwarza problemy, zwłaszcza gdy szczególna grupa diagnostyczna stanowi dość dużą część społeczności. Jest to jeszcze jedno znaczenie pojęcia „integracja” w odniesieniu do instytucji leczniczej stosującej określony model psychoterapii.

Wszystkie te wyzwania stawiają duże wymagania przed zespołem terapeutycznym. Wymagania te — poza umiejętnościami psychoterapeuty — dotyczą umiejętności pracy zespołowej, przekazywania informacji, stałego wypracowywania sposobów współdziałania i koordynowania różnych specyficznych metod we wspólnym celu. Jest to zadanie trudne i często rodzi w zespole napięcia, z którymi próbujemy sobie radzić mniej lub bardziej skutecznie — czasem wprowadzając elementy pracy własnej lub zbiorowej superwizji.

W ostatnich latach, gdy Profesor Leder nie był już bezpośrednio członkiem zespołu pracowników kliniki, służył okresowo w sposób systematyczny, a czasem doraźnie jako grupowy superwizor pomagający zrozumieć i rozwikłać problemy emocjonalne zespołu.

Gdy do systematycznego szkolenia psychoterapeutów, obok kursów teoretycznych, włączono w latach siedemdziesiątych grupy treningowe, pracownicy kliniki brali w nich udział. Wypracowany został system szkolenia nowych pracowników, którzy biorą udział w grupach treningowych najpierw jako uczestnicy, poznając dynamikę grupy na zasadzie własnego doświadczenia i przeżywania swojej roli w grupie, następnie kolejno są obserwatorem, ko-trenerami i wreszcie trenerami. Zdobywają w ten sposób na zasadzie społecznego uczenia się umiejętności pozwalające na lepsze pełnienie roli terapeuty i rozumienie przeżyć pacjenta w grupie i społeczności terapeutycznej.

A więc integracyjne podejście do psychoterapii, do pacjentów jako jednostek, jako członków społeczności oraz do personelu i zadań przed nim stojących niesie wiele wyzwań i trudności, wydaje się jednak niezastąpione w sytuacji intensywnej, krótkoterminowej psychoterapii w instytucji leczniczej, jaką jest oddział szpitalny lub dzienny.

### Piśmiennictwo

1. Dubois P. C. *Psychonévroses et leur traitement moral: leçons faites à l'université de Berne*. Paris 1904: Masson et Cie, Éditeurs; 1904.
2. Kronfeld A. *Psychagogik oder psychotherapeutische Erziehungslehre*. W: Birnbaum K, red. *Die psychischen Heilmethoden. Für ärztliches Studium und Praxis*. Leipzig: Thieme; 1927
3. Frank J. *Persuasion and healing*. New York: Schocken Books; 1973
4. Miaszczew WN. *Licznost' i Niewrozy*. Leningrad: Leningradskij Universitet; 1960.
5. Allport GW. *The historical background of modern social psychology*. W: Lindzey G, red. *Handbook of social psychology*, tom 1, Cambridge, MA: Addison-Wesley, 1954, s. 3–56.
6. Mahoney MJ. *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger; 1974.
7. Leder S. *Treatment of neuroses*. *Med. World*, 1962; 97: 9, 97–109.
8. Leder S. *Nerwice*. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. *Psychiatria*. Warszawa: PZWL; 1987, s. 160–210.
9. Leder S. *Zróznicowana terapia zaburzeń nerwicowych*. *Psychoter.*, 1988; 4(66), 21–26.
10. Bekkarewicz B. *Związek wczesnych objawów nerwicowych z późniejszym obrazem klinicznym i przebiegiem nerwicy*. *Biul. Inst. Psychoneurol.* 1972; 3, 75–86.
11. Czabała C, Siwiak M. *Założenia i realizacja programu terapeutycznego w Klinice Nerwic Instytutu Psychoneurologicznego*. *Przeegl. Lek.*, 1972; 29, 77; 8, 771–775.
12. Leder S. *Research on the outcome of psychotherapy considered from an eclectic viewpoint*. W: de Moor W, Wijngaarden HR, red. *Psychotherapy: research and training* Amsterdam, New York: Elsevier/North-Holland Press; 1980, s. 129–134.
13. Leder S. *Oddziaływanie i uczenie się a psychoterapia w świetle doświadczeń własnych*. *Psychiatr. Pol.* 1971, 6: 631–645.
14. Leder S. *Psychotherapy: placebo-effect and/or learning*. *Proceedings of the Symposium on the Role of Learning in Psychotherapy*, London 1968. W: *International Psychiatry Clinic*. Churchill Ltd., 1969, 6, s. 114–135.
15. Leder S. *Psychoterapia, psychiatria społeczna. Wybrane zagadnienia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 2000.
16. Rotter JB, Chance JE, Phares EJ. *Applications of a social learning theory of personality*. New York: Holt, Reinhart & Winston; 1972.
17. Bandura A. *Social learning theory*. Prentice Hall, N.J; 1977.
18. Bigo B, Leder S. *Hipnoterapia i autogenny trening w kompleksowej terapii zaburzeń nerwicowych w Klinice Nerwic IPN*. *Biul. Inst. Psychoneurol.*, 1972, 3, 97–110.
19. Bigo B. *Behavioralna terapia grupowa*. W: Wardaszko-Łyskowska H, red. *Wyd. II*. Warszawa: PZWL; 1980,

- s. 146–158.
20. Wolpe J, Lazarus AA. Behavior therapy technique. New York: Pergamon Press; 1966.
  21. Dollard J, Miller NE. Osobowość i psychoterapia. Analiza w terminach uczenia się, myślenia i kultury. Warszawa: PWN; 1956.
  22. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart; 1962.
  23. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. New York: Harper Collins Publishers; 1985.
  24. Meichenbaum D. Cognitive behavior modification. Morristown, N.Y.: General Learning Press, 1974.
  25. Siwiak-Kobayashi MM. Cognition and emotion. Oxford: BP Books; 1994.
  26. Siwiak-Kobayashi MM, Dakowska H. Coping strategies and integrated comprehensive psychotherapy. W: Suk Huk Han, red. Psychotherapy East and West. Integration of psychotherapies. The revised edition. Seul: Korean Academy of Psychotherapies; 1995.
  27. Siwiak-Kobayashi M. Zmiany w stanie klinicznym a modyfikacja niektórych postaw pacjentów leczonych w Klinice Nerwic. Psychiatr. Pol. 1976; 10, 3: 247–262.
  28. Leder S. The psychotherapeutic process as a learning process. W: X Congress International de Psychotherapie, Paris, 1976, Resumes des Interventions II 35, 1978.
  29. Leder S, Czabała C, Siwiak-Kobayashi M. Psychotherapy in Poland: Development of comprehensive treatment program. J. Integr.-Eclectic Psychother. 1987; 6, 1: 88–97.
  30. Wolniewicz B. Związek nerwicy występującej u osób dorosłych z wybranymi czynnikami biograficznymi z okresu dzieciństwa. Biul. Inst. Psychoneurol. 1972, 3: 61–74.
  31. Leder S, Czabała C, Bigo B, Kosewska A, Wysokińska T. Zum Zusammenhand zwischen therapeutischen Techniken, Gruppen und Therapeuten. Ztschr. Psychiatrie, Neurologie u. med. Psychologie, 1970, 10, 369–384.
  32. Czabała C. Próba analizy funkcji i roli społeczności terapeutycznej. Zesz. Psychoter. 1972; 2, 71–84.
  33. Siwiak-Kobayashi M., Brykczyńska C. Cognitive-Behavioural methods in an integrated psychotherapy system for neurotic disorders. W: Scrimali T, Grimaldi L, red. Cognitive psychotherapy toward a new milenium - scientific foundations and clinical practice. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow : Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2002, s. 193–196.
  34. Galińska E. Analiza mechanizmów poznawczych w muzykoterapii nerwic. Psychoter., 1995, 2: 27–60.
  35. Skulimowska I, Siwiak-Kobayashi M, Galińska E. Problemy pacjentów z chorobą przewlekłą zagrażającą życiu leczonych w Klinice Nerwic. Post. Psychiatr. i Neurol. 2000; 9, supl. 3 (11): 121–128.
  36. Leder S., Siwiak-Kobayashi M. Neurosentherapie und Einstellungenderung. W: Rosler HD, Szewczyk H, red. Klinisch-psychologische Forschungen. Berlin: VEB Deutscher Verl. Der Wissenschaften; 1976, s. 111–125.
  37. Alexiev A.: Oczekiwania a przebieg i wyniki leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. Warszawa: IPIŃ; 1975 (doktorat).
  38. Czabała C, Leder S, Siwiak-Kobayashi M. The principles and realization of the therapeutic methods in the Neurosis Clinic of the Psychoneurologic Institute in Warsaw. Japan. J. Psychother. 1973.
  39. Czabała C, Leder S, Pohorecka A. Badania nad psychoterapią grupową w psychiatrii. W: Wardaszko-Lyskowska H, red. Terapia grupowa w psychiatrii. Warszawa: PZWL; 1973, s. 181–209.
  40. Leder S. Die experimentelle Problemstellung bei der Psychotherapie. Ztschr. Psychiatrie, Neurol. med. Psychother. 1970, 12, 455–469.
  41. Leder S, Kosewska A, Bigo B. Dynamika grupowa a psychoterapia. W: Wardaszko-Lyskowska H, red. Terapia grupowa w psychiatrii. Warszawa: PZWL; 1980, s. 17–61.
  42. Kosewska A. Spójność w grupach terapeutycznych. Psychoter. 1978; XXVI: 21–34.
  43. Bigo B. Oddziaływania grupowe w Klinice Nerwic Instytutu Psychoneurologicznego w Pruszkowie. W: Wardaszko-Lyskowska H, red. Wyd. II. Warszawa: PZWL; 1980, s. 261–296.
  44. Pohorecka A. Deformacje w postrzeganiu osób znaczących i własnej osoby u pacjentów z nerwicami. Rozprawa doktorska. Warszawa: IPIŃ; 1977.

Adres: Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii  
al. Sobieskiego 9  
02-957 Warszawa

