CZĘŚĆ II

PIERWSZA POMOC DLA PSYCHIKI
Pierwsza pomoc dla psychiki

Autorki: Kinga Meler, Kamila Misiołek, Zuzanna Mazurek, Weronika Tomaszczyk, Agata Iskra, Julianna Maj, Martyna Feliga, Karolina Mazurkiewicz, Joanna Kuczer, Aleksandra Nowak

Redakcja i korekta: Weronika Tomaszczyk, Kamila Misiołek

Projekt okładki: Ewa Celebąk

Oprawa graficzna: Kinga Meler, Kamila Misiołek, Zuza Mazurek, Weronika Tomaszczyk

Psychologowie weryfikujący tekst: Natalia Mańkowska (ig: neuronauka_), Patrycja Stępień (ig: szczerzemowiac_pl).

PATRONAT: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne

2022
Instrukcja obsługi ............................................................................................................... 5
1. Psychoterapia ................................................................................................................... 6
   1.1. Moc relacji terapeutycznej ........................................................................................ 7
   1.2. Kontrakt terapeutyczny ........................................................................................... 9
   1.3. Terapia krótkoterminowa i długoterminowa ....................................................... 13
2. Nurty terapeutyczne ......................................................................................................... 14
   2.1. Rodzaje nurtów terapeutycznych ............................................................................ 15
        Psychoterapia poznawczo-behawioralna .............................................................. 15
        Psychoterapia trzeciej fali .................................................................................... 17
        Terapia humanistyczno-egzystencjalna ................................................................. 22
        Terapia integracyjna ............................................................................................... 23
        Psychoanaliza .......................................................................................................... 24
        Terapia psychodynamiczna .................................................................................... 25
        Terapia systemowa .................................................................................................... 27
        Terapia par ................................................................................................................ 29
3. Najbardziej skuteczne metody terapeutyczne dla wybranych zaburzeń psychicznych ................................................................. 30
   Ataki paniki ....................................................................................................................... 32
   Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD) ................................................................. 35
   Fobia specyficzna ........................................................................................................... 38
   Uogólnione zaburzenia lękowe (GAD) ......................................................................... 40
   Depresja .......................................................................................................................... 41
   Zespół stresu pourazowego (PTSD) ............................................................................ 44
4. Mity i fakty na temat psychoterapii oraz szukania pomocy u psychologa ................................................................................. 46
Bibliografia .......................................................................................................................... 51
II CZĘŚĆ: Instrukcja obsługi

01

PSYCHOTERAPIA
Czym jest psychoterapia?

Podstawowym celem psychoterapii jest oddziaływanie psychologiczne, które ma za zadanie **poprawić funkcjonowanie psychiczne i społeczne jednostki**. Psychoterapia pomaga złagodzić lub wyeliminować objawy zaburzenia, z którymi zmaga się pacjent oraz wspiera jednostkę lub grupę (np. parę, rodzinę) w dążeniu do zdrowia, równowagi i rozwoju. Oznacza to, że psychoterapia, wbrew powszechnemu przekonaniu, służy nie tylko leczeniu zaburzeń psychicznych, ale może być również zastosowana w celach samorozwojowych wobec osób bez objawów psychopatologicznych. W zależności od nurtu, w którym terapię odbywamy, terapeuta za pomocą różnych technik pomaga nam dokonać zmiany i w tej zmianie nam towarzyszy, dając odpowiednie narzędzie, wsparcie oraz edukację.

1.1 Moc relacji terapeutycznej

Efektywność psychoterapii zależy od wielu różnych czynników. Jednym z nich jest **relacja terapeutyczna**. Ma ona, niezależnie od nurtu psychoterapii na jaki uczęszczamy, bardzo duży wpływ na skuteczność naszej terapii.

Pojęcie to odnosi się do relacji, jaką tworzymy z psychoterapeutą, w tym do: jakości naszej współpracy, utworzonej między nami więzi oraz porozumienia i zgody co do tego, jaki jest cel naszej terapii, nad czym chcemy pracować.
Czynniki wpływające na jakość relacji terapeutycznej:

- czynniki związane z osobą klienta (cechy osobowości, doświadczenia, przekonania),
- czynniki związane z psychoterapeutą (cechy osobowości, doświadczenie, kompetencje),
- otwartość klienta na przyjęcie pomocy,
- wkład i zaangażowanie w psychoterapię, zarówno ze strony psychoterapeuty, jak i klienta.

Ważne jest, żebyśmy czuli ze strony psychoterapeuty zrozumienie, akceptację i wsparcie, aby budził w nas zaufanie oraz poczucie bezpieczeństwa. Warto jednak pamiętać, że nie każda osoba (nawet najlepszy specjalista) będzie dobra dla wszystkich. Psychoterapeuta może po prostu nam nie odpowiadać ze względu na charakter, sposób komunikowania się, podejście do nas, płeć itd. Każdy jest inny i ma własne preferencje. Ważne jest jednak, żebyśmy czuli się przy tej osobie dobrze i swobodnie. Pozwoli to nawiązać nam dobrą współpracę.

Kiedy powinna zapalić się nam czerwona lampka? Gdy psychoterapeuta nie zwraca się do nas z szacunkiem, jest oceniający wobec nas, nie okazuje zrozumienia dla tego, co mu mówimy.

Psychoterapia to często długi proces, dlatego bardzo ważne jest, aby znaleźć odpowiednią osobę, która będzie wspierać nas i towarzyszyć nam w poznawaniu siebie oraz zwalczaniu swoich trudności. Taką, przy której będziemy czuć się dobrze i bezpiecznie.
1.2. Kontrakt terapeutyczny

Kontrakt terapeutyczny zgodnie z zasadami etyki pracy psychologa jest “gwarancją prawidłowo przekazanych i zrozumiałych informacji”. Istotnym elementem jest uzyskanie świadomej zgody klienta_ki dotyczącej przedstawionych w ramach kontraktu zasad. Kontrakt może być zawierany w formie ustnej podczas jednego z pierwszych spotkań ze specjalistą. W przypadku osoby niezdolnej do wykonywania czynności prawnych (osoba nieletnia, osoba ubezwłasnowolniona) kontrakt powinien być zawarty w formie pisemnej. Specyficzną formą umowy jest kontrakt na niepopełnienie samobójstwa, który zazwyczaj jest w formie pisemnej.

Co zawiera kontrakt?

- Ustalenia dotyczące tego, w jakim celu klient_ka spotyka się z terapeutą. Terapeuta może rozdzielić kontrakt na kontrakt diagnostyczny, który obowiązuje podczas kilku pierwszych spotkań (od dwóch do czterech) i nie obejmuje wprowadzania zmian w funkcjonowaniu klienta_i. Następnie po udzieleniu informacji zwrotnej i wyrażeniu stosownej chęci przez klienta_i, psychoterapeuta zawiera z nim kontrakt psychoterapeutyczny. Wtedy też specjalista określa, czy posiada kompetencje (wynikające ze specjalizacji i doświadczenia) niezbędne do pomocy danej osobie. Określenie celu może również wskazać klientowi_ce, jakie efekty leczenia są możliwe w ramach psychoterapii.

- Kontrakt zawiera również informacje na temat częstotliwości oraz czasu trwania spotkań. Przykładowo, można zawrzeć kontrakt na cotygodniowe spotkania, które odbywać będą się tego samego dnia tygodnia, o tej samej godzinie. Częstotliwość spotkań zalecana przez psychoterapeutę może być zależna od nurtu, w którym pracuje. Czas trwania sesji indywidualnej to zazwyczaj 50 minut.

- Informacje dotyczące płatności za terapię, w przypadku terapii płatnych, takie jak kwota i termin płatności.

- Może również znaleźć się w nim informacja na temat odwoływania sesji terapeutycznej. Wtedy uwzględnia się sytuacje losowe, wyjazdy wakacyjne i inne. Zasady, którymi w tym przypadku będzie kierował się terapeuta mogą być zależne od nurtu.
Informacja o uczestniczeniu osób trzecich – czy w sesjach będzie uczestniczył na przykład stażysta lub inny psycholog.

Kolejnym punktem jest forma pomocy. Oznacza to, że terapeuta wyjaśnia klientowi, jakie metody planuje stosować w pracy nad wskazanymi celami.

Czas trwania procesu terapeutycznego. Jest to orientacyjne określenie czasu, jaki przy ustalonej częstotliwości spotkań może trwać terapia. Czasem w trakcie terapii nasze cele ulegają zmianie lub decydujemy się pracować nad kolejnym tematem, wtedy też czas trwania terapii, niezależnie od początkowych ustaleń, może ulec zmianie.

Kontakt pomiędzy sesjami również może stać się elementem kontraktu. Psychoterapeuta określa wtedy, czy i jakie dostępne formy kontaktu przewiduje w ramach współpracy z klientem.

Kiedy i jak klient otrzymuje informację zwrotną (w przypadku diagnozy).

Jednym z elementów kontraktu może być również ustalenie warunków zakończenia terapii. Domknięcie procesu terapeutycznego jest jednym z jego istotnych elementów, z tego też względu warto wspólnie ustalić jak będzie ono wyglądało.

W niektórych przypadkach terapeuci zawierają w kontrakcie punkt dotyczący wymogu zachowania trzeźwości podczas sesji.
• Ważną kwestią jest również zasada poufności, od której istnieją określone odstępstwa w przypadku: zagrożenia zdrowia i życia (pacjenta lub innej osoby), wniosku sądu w sprawie karnej, superwizji (obowiązkiem terapeuty jest poddawanie swojej pracy superwizji grupowej lub indywidualnej, dbając przy tym o anonimowość pacjentów), obowiązku denuncjacyjnego*.

*obowiązek denuncjacyjny – obowiązek zgłoszenia organom ścigania podejrzenia popełnienia przestępstwa

Pamiętaj!

Jeśli któryś z punktów kontraktu budzi Twoje wątpliwości, jest niejasny lub czujesz się z nim źle, warto poruszyć ten temat w trakcie rozmowy z psychoterapeutą. Masz prawo pytać o rzeczy, których nie zrozumiesz – terapeuta ma obowiązek wyjaśnić w sposób zrozumiały każdy z punktów umowy. Jeśli chcesz dodać jakąś zasadę do kontraktu, możesz również zaproponować to terapeucie. Specjalista ma obowiązek wyjaśnić Ci wszelkie zasady i odpowiedzieć na Twoje pytania związane z psychoterapią.
1.3. Terapia krótkoterminowa i długoterminowa

Długość trwania psychoterapii zależy od wielu czynników – rodzaju problemu z jakim zgłasza się pacjent, zasobów jakimi terapeuta dysponuje, czasu trwania objawów oraz ich nasilenia, a także współwystępowania zaburzeń (np. zaburzenie snu, uzależnienia, zaburzenie osobowości, choroby somatyczne) oraz nurtu w jakim pracuje psychoterapeuta.

**Psychoterapia krótkoterminowa** obejmuje od kilku do kilkunastu sesji terapeutycznych. Tego rodzaju terapia koncentruje się na zlokalizowaniu konkretnego problemu, który utrudnia funkcjonowanie oraz wykształceniu nowych sposobów zachowania, poprzez zmianę wzorców myślenia klienta_ki, szybkim rozwiązaniu danego problemu lub znalezieniu nowych sposobów poradzenia sobie z nim. Psychoterapia krótkoterminowa częściej stosowana jest w zaburzeniach lękowych, fobiach, kryzysach życiowych czy przy przewlekłym stresie.

**Psychoterapia długoterminowa** może trwać nawet kilka lat, często nie ustala się terminu jej zakończenia. Nurtem nastawionym na terapię długoterminową jest m.in. nurt psychodynamiczny. Terapeuta poznaje historię życia klienta_ki, pomaga dostrzec i zmienić niekorzystne sposoby reagowania oraz schematy powtarzające się w relacjach klienta_ki. Psychoterapia długoterminowa pozwala uświadomić sobie wewnętrzne konflikty i uczyć rozwijać je w satysfakcjonujący sposób. Psychoterapia długoterminowa jest częściej stosowana przy zaburzeniach osobowości czy sytuacjach przynoszących długotrwałe cierpienie.
02

“NURTY TERAPEUTYCZNE”
2.1. Rodzaje nurtów terapeutycznych

Każdy przyszły psychoterapeuta przy wyborze szkoły terapeutycznej musi podjąć decyzję, w jakim nurcie będzie w przyszłości pracował z klientami/pacjentami. Determinuje to konkretną wiedzę na temat zaburzeń i funkcjonowania człowieka, a tym samym metody pracy oraz narzędzia i techniki wykorzystywane podczas sesji. To właśnie między innymi od nurtu zależy, czy jako pacjent_ka/klient_ka będziesz pracować głównie nad swoją przeszłością czy raczej Twoja uwaga będzie się skupiała na tym, co dzieje się aktualnie (z odniesieniami do przeszłości).

Terapia poznawczo-behawioralna

Psychoterapia poznawczo-behawioralna (Cognitive Behavioral Therapy – CBT) to nurt, którego początki sięgają lat 50 ubiegłego wieku. Na przestrzeni czasu przeobraża się, opierając swoje wnioski i implikacje do terapii na dowodach naukowych. Zamiast jednolitej techniki, CBT jest podejściem wykorzystującym szereg różnych technik, opartych na behawioryzmie, teorii poznawczej i teorii społecznego uczenia się.
CBT w założeniu jest stosunkowo krótkoterminową psychoterapią, w której terapeuta posługuje się protokołami odpowiednio dobranymi do danego zaburzenia, problemu lub choroby. Protokoły, tj. procedury postępowania terapeutycznego, metody diagnostyczne i techniki wykorzystywane w CBT, mają silne dowody potwierdzające ich skuteczność oraz wynikają z badań klinicznych. Protokoły wyznaczają pewne ramy terapii, jednak nie oznacza to, że terapeuci traktują wszystkich pacjentów tak samo. Większość praktyków ma zindywidualizowane podejście i dostosowuje techniki do konkretnych potrzeb, celów oraz osobowości pacjentów.

CBT jest stosowana w leczeniu szerokiego zakresu problemów w życiu człowieka, od trudności ze snem i problemów w związkach, po nadużywanie narkotyków, alkoholu lub lęki i depresję.

Można wyróżnić kilka podstawowych zasad psychoterapii poznawczo-behawioralnej:

1. Przy odpowiednim treningu ludzie mogą być świadomi własnego myślenia i mieć do niego dostęp.
2. To, w jaki sposób myślimy o jakimś wydarzeniu, ma kluczowe znaczenie dla tego, jak się czujemy, jak się zachowujemy oraz w jaki sposób reaguje nasze ciało. Myśli, a także odpowiadające im reakcje emocjonalne i zachowanie mogą z czasem stać się rutynowe i automatyczne.
3. Możemy zmodyfikować sposób, w jaki reagujemy na otaczające nas wydarzenia oraz wpłynąć na interpretację sytuacji, które się nam przydarzają.
Terapeuta w nurcie CBT pomaga pacjentom w nauce rozpoznawania i zmienianiu automatycznych, negatywnych i zniekształconych myśli, które mogą przyczynić się do powstawania i nasilania trudności emocjonalnych, depresji i lęku. Dzięki oddziaływaniom terapeutycznym myśli te są identyfikowane, kwestionowane i zastępowane bardziej obiektywnymi i realistycznymi. Terapia poznawczo-behawioralna zakłada, że każdy może nauczyć się myśleć o sobie, świecie oraz innych ludziach w taki sposób, aby wieść życie, które sprzyja naszemu dobrostanowi psychicznemu.

Klient_ka będąc w terapii poznawczo-behawioralnej może spodziewać się zlecania przez terapeutę ćwiczeń w ramach zadań domowych i omawiania ich podczas następnych sesji. To właśnie dzięki ćwiczeniom pomiędzy sesjami i wdrażaniu technik terapeutycznych w życie, w pacjencie może zajść zmiana. Psychoterapeutom poznawczo-behawioralnym zależy na tym, aby pacjent po zakończeniu terapii był sam dla siebie „terapeutą” i specjalistą od sposobów radzenia sobie z własnymi myślami i trudnościami oraz umieć rozumieć i opracowywać nowe strategie rozwiązywania życiowych problemów.

**Psychoterapia trzeciej fali**

Trzecia fala jest połączeniem technik poznawczo-behawioralnych z nowymi technikami takimi jak terapia akceptacji i zaangażowania (ACT), terapia skoncentrowana na współczuciu (CFT), terapia schematów (TS), terapia oparta na procesach (PB-CBT), radykalnie otwarta dialektyczna terapia behawioralna (RO DBT). Trzecia fala terapii poznawczo-behawioralnej stanowi ważny obszar w rozwoju psychoterapii, zwiększa możliwości i techniki dopasowania oddziaływania terapeutycznego do potrzeb klienta_ki oraz różnych zaburzeń psychicznych.

Celem terapii jest praca nad regulacją emocji, tolerancją dolegliwości psychicznych, zrównoważonym podejściem do problemów, zwiększeniem efektywnego zachowania i uważnością. Relacja terapeutyczna obejmuje serdeczne zaangażowanie, uprawomocnienie i odsłanianie swoich przeżyć.
Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT)

Twórca ACT, Steven Hayes, definiuje ją jako “unikatową formę interwencji psychologicznej ukierunkowaną na zwiększenie psychologicznej elastyczności, w której znajdują zastosowanie strategie akceptacji i uważności wraz z zaangażowaniem i behawioralnymi strategiami zmiany”. Terapia akceptacji i zaangażowania dostosowuje swoje metody leczenia do określonego zaburzenia. Elastyczność psychologiczna przejawia się poprzez świadomy kontakt z tym co dzieje się na bieżąco “tu i teraz”, obserwowanie myśli, gotowość doświadczania tego co się dzieje oraz działanie zgodne z wartościami i celem lub zmiana działania na rzecz wartości i celu. Relacja terapeutyczna pomaga w rozwijaniu elastyczności psychologicznej.
Terapia skoncentrowana na współczuciu (CFT)

Ta metoda zakłada, że ewolucja nie nadąża za rozwojem cywilizacji, a ludzki mózg nie nadąża z przystosowaniem, przez co zwiększa się ryzyko emocjonalnych problemów. CFT daje możliwość indywidualnego dostosowania metody leczenia do określonego zaburzenia. Celem terapii jest wypracowanie i pielęgnowanie współczującego, życzliwego, troskliwego „ja” wobec siebie, innych ludzi, sytuacji oraz emocji. Terapia Skoncentrowana na Współczuciu ma na celu zmniejszenie poczucia wstydu i krytykowania, wypracowanie poczucia bezpieczeństwa i współczującego „ja” w ramach relacji terapeutycznej.
Terapia schematów (TS)

Schematy poznawcze to podstawowe elementy wiedzy, organizujące rozumienie funkcjonowania świata oraz zachodzących wokół jednostki zdarzeń. Człowiek rodzi się bez schematów, powstają one w toku konkretnych doświadczeń, relacji, wzorców z okresu dzieciństwa i dojrzewania. W dorosłym życiu determinują one sposób zachowania oraz myślenia o sobie i innych ludziach. Nie ujawniają się dopóki nie zostaną uruchomione przez wydarzenie, które w jakiś sposób przypomina podobne doświadczenie z dzieciństwa. Schematy mogą być adaptacyjne lub nieadaptacyjne i w konsekwencji utrudniające funkcjonowanie.

Terapia w tym nurcie pomaga nad nimi pracować oraz poprawiać jakość swojego życia. Metoda ta kładzie nacisk na normalizację zaburzeń psychicznych. Opiera się na współczuciu, a terapeuta przyjmuje postawę szacunku i troski wobec klienta_ki (tzw. ograniczone powtórne rodzicielstwo). Stwarza to możliwość częściowego zaspokojenia potrzeb zdeprawowanych w dzieciństwie. W ten sposób tworzy się relacja terapeutyczna, dzięki której można skutecznie pracować nad schematami, które nie sprzyjają osiąganiu satysfakcji życiowej.

Terapia oparta na procesach (PB-CBT)

Terapia oparta na procesach skupia się na czynnikach biologicznych, społecznych, psychologicznych oraz konkretnej historii danej osoby. Pracuje na kontekście i nazwaniu trudności z jakimi zmaga się klient_ka. Celem jest dobranie odpowiedniego modelu leczenia, opartego na badaniach naukowych, który przyczyni się do rozwiązywania problemów i rozwoju klienta_ki poprzez procesy terapeutyczne.
Terapia humanistyczno-egzystencjalna powstała w latach czterdziestych XX wieku, w kontrze do podejścia psychoanalitycznego i behawioralnego. Jednym z jej prekursorów był Carl Rogers, twórca terapii skoncentrowanej na kliencie. Istotą tej terapii jest przekonanie, że głównym zadaniem terapeuty jest stworzenie odpowiedniego środowiska, sprzyjającego zaistnieniu zmiany terapeutycznej, co jest możliwe dzięki trzem podstawowym filarom: bezwarunkowej akceptacji, empatii i byciu autentycznym.

Cel terapii oraz rola psychoterapeuty

Terapia humanistyczno-egzystencjalna jest skoncentrowana na samorealizacji i samoświadomości klienta. Według tego podejścia, każdy człowiek ma naturalną tendencję do samorozwoju oraz możliwość korzystnego funkcjonowania w środowisku, jeśli tylko jest w stanie uświadomić sobie własne przeżycia, myśli, działania oraz bodźce płynące z ciała i otoczenia. Jednym z najważniejszych elementów jest nacisk na podmiotowość i aktywną rolę w leczeniu osoby zgłaszającej się do psychoterapeuty, dlatego też nazywa się ją klientem. Terapia koncentruje się na tym, co się dzieje "tu i teraz" i podkreśla ważność relacji terapeutycznej. Klient jest odpowiedzialny za swoje działanie, decyzje, a także przebieg terapii. On sam decyduje o tematyce spotkań oraz tempie pracy. Rolę terapeuty natomiast jest stworzenie atmosfery zaufania i akceptacji, w której klient może czuć się bezpiecznie.
Efekt terapii humanistyczno-egzystencjalnej

Efektem tej metody jest przywrócenie lub zwiększenie samoświadomości, autonomiczności, a także zdolności do postępowania zgodnie ze swoimi pragnieniami i potrzebami. Współpraca z psychoterapeutą może skutkować obniżeniem poziomu lęku, a tym samym sztywności w postrzeganiu otoczenia i zachowaniu. Terapię humanistyczno-egzystencjalną szczególnie poleca się osobom, które chciałoby odnaleźć sens życia oraz dowiedzieć się więcej na temat siebie i swojej relacji z otoczeniem.
Psychoanaliza

Jak pisze Wolfgang Schneider, psychoanaliza zakłada, że “ludzkie przeżycia nie ograniczają się jedynie do poziomu świadomości, lecz istnieją również nieświadome i przedświadome przeżycia lub motywy psychiczne”. Nieświadome czyli takie, do których osoba w danym momencie nie posiada dostępu. Założenie to wskazuje na wpływ nieświadomych treści na działania, interpretacje i przeżycia danej osoby. Opisując nurt psychodynamiczny oraz psychoanalityczny często można znaleźć odwołanie do określenia psychologia głębi, które ma wskazywać na zainteresowanie skierowane w stronę nieświadomych treści i czynników.

Praca terapeuty psychoanalitycznego charakteryzuje się tym, że spotkania z psychoterapeutą mogą odbywać się częściej niż raz w tygodniu. W klasycznej psychoanalizie pacjent w trakcie sesji leży na kanapie, a terapeuta siedzi za nim. Wynikający z takiego ustawienia brak kontaktu wzrokowego i zasada, zgodnie z którą psychoterapeuta jak najmniej ujawnia siebie samego w kontakcie z pacjentem, ma tworzyć przestrzeń do przepracowania swoich problemów poprzez wspominanie przeszłych przeżyć i doświadczeń, a następnie przeniesienie ich na psychoterapeutę i wspólne ich przepracowanie.

Szczególnie ważne jest zajęcie się uczuciami odczuwanymi do najważniejszych osób w życiu, najczęściej opiekunów – obiektów przywiązania. Ujawnienie wewnętrznych mechanizmów pacjenta pomaga specjaliście zrozumieć podłoże jego trudności. Ten rodzaj terapii ma wyposażyć pacjenta w umiejętności do tworzenia zdrowych relacji z innymi ludźmi.
Podczas terapii realizowane są cele takie jak np.: uwolnienie tłumionych uczuć, uświadomienie prawdziwych potrzeb, pragnień i fantazji (wgląd), zdolność do odróżniania rzeczywistości od fantazji, zmiana interpersonalnych interakcji utrwalonych w relacji z głównymi opiekunami.

Terapia psychoanalityczna najczęściej nie ma określonego czasu trwania i w założeniu może odbywać się przez kilka lat. Mimo tego, istnieje również możliwość terapii krótkoterminowych (do 40 godzin terapii), a także inne formy, np. terapia grupowa.

Skuteczność psychoanalityz został potwierdzona badaniami. Wskazuje się na wyraźne działanie takich czynników jak terapeutyczna relacja interpersonalna oraz systematyczna praca nad relacją.

**Psychoterapia psychodynamiczna**

**Terapia psychodynamiczna** jest jednym z najpopularniejszych nurtów psychoterapeutycznych. Wywodzi się z tradycyjnej psychoanalizy, ale w swoich założeniach czerpie także z innych teorii powstałych w oparciu o podejście psychoanalityczne (np. psychologia self). Jest zdecydowanie bardziej skoncentrowaną i krótszą formą terapii niż psychoanaliza, ale jej przewidywany czas trwania to wciąż zazwyczaj od roku wzwyż (choć w ostatnim czasie powstały również jej krótkoterminowe formy). Trzonowe założenia psychoterapii psychodynamicznej obejmują interpretację dynamiki procesów psychicznych zachodzących w umyśle człowieka, który dzieli się na przedświadome, świadome oraz nieświadome struktury.
Ostatecznym celem jest zdobycie samoświadomości i zrozumienie wpływu przeszłości na teraźniejszość klienta, który dzięki temu odzyskuje kontrolę nad swoim życiem.

W toku terapii analizuje się również stosowane przez pacjenta mechanizmy obronne, czyli ważne, przystosowawcze metody radzenia sobie z wewnętrznymi konfliktami oraz emocjami. Nadużywane (lub używane w nieadaptacyjny sposób) mechanizmy obronne mogą stwarzać psychiczne cierpienie oraz trudności interpersonalne. Kluczowym aspektem pracy terapeutycznej w nurcie psychodynamicznym jest bliska więź emocjonalna z terapeutą, w której klient przejawia nabyte wcześniej relacyjne wzorce. Takie zjawisko nazywamy przeniesieniem, czyli przelaniem uczuć np. z rodzica, na osobę terapeuty. Rolą specjalisty jest interpretacja schematów przeniesienia, a następnie wdrożenie interwencji, które umożliwią klientowi poznanie oraz stosowanie prawidłowych, bezpiecznych i adaptacyjnych wzorców funkcjonowania w relacjach międzyludzkich, poza terapią.

Ze względu na swój głęboko relacyjny charakter, psychoterapia psychodynamiczna rekomendowana jest najczęściej dla osób z zaburzeniami mającymi korzenie w trudnych doświadczeniach z dzieciństwa i dysfunkcjonalnych relacjach z kluczowymi obiektami, czyli np. pacjentów z depresją, zaburzeniami osobowości, anoreksją, zaburzeniami psychosomatycznymi, a także uzależnionym od substancji psychoaktywnych.

Proces terapeutyczny w tym nurcie polega w dużej mierze na odkrywaniu nieświadomych procesów psychicznych, nierozwiązanych konfliktów oraz popędów, które ujawniają się w aktualnym zachowaniu i stwarzają emocjonalne cierpienie.
Terapia systemowa

Terapia systemowa ma swoje korzenie w terapii rodzinnej, choć obecnie stosuje się ją nie tylko w tym celu. W tym nurcie największy nacisk kładzie się na relacje i na proces interakcji pomiędzy ludźmi. Obserwacja jednostki schodzi na drugi plan.

Terapia systemowa jest jedną z wielu metod uzyskiwania pomocy specjalistycznej. Jej koncepcja opiera się na założeniu o istnieniu systemów, których jesteśmy częścią, przykładem takiego systemu może być rodzina czy związek partnerski. Zatem w tego typu terapii zazwyczaj bierze udział większa liczba osób, które chcą poprawić wzajemne relacje, przywrócić możliwości adaptacyjne oraz ogólne funkcjonowanie w danym systemie, kiedy zostanie ono z różnych przyczyn zachwiane.

W przypadku załamania systemu często jest więc potrzebna pomoc terapeutyczna. Członkowie uczą się na nowo budowania wzajemnych relacji, ustalania granic oraz norm postępowania. Dzieje się to poprzez możliwość wyrażania uczuć i myśli oraz aktywnego wsłuchiwania się w to co mają do powiedzenia inni. Dzięki wspólnej terapii, jej uczestnicy lepiej poznają samych siebie i innych członków systemu oraz łatwiej przyswajają zasady funkcjonowania w tym systemie.
Jak wygląda pomoc psychoterapeuty?

Rozpoczynając terapię rodzinną ważne jest, aby na kolejnych sesjach pojawiały się osoby w tym samym składzie. Wynika to z faktu, że wzorce komunikowania się i reguły występujące w rodzinie najłatwiej dostrzec, obserwując, kto, z kim i w jaki sposób wchodzi w interakcje.

Terapię małżeństw, par i rodzin prowadzi jeden lub dwoje specjalistów. Pierwsze spotkanie (czasem kilka pierwszych spotkań), jak już wcześniej wspomniano, ma formę konsultacji. Jej celem jest zapoznanie się z problemami, jakie skłaniają rodzinę lub parę do szukania pomocy. Należy poznać opinie wszystkich osób uczestniczących w psychoterapii.

Na sesjach klienci zapoznają się z historią rodzinną partnera_ki, małżonka_ki. Zyskują wzajemnie lepszą świadomość rodzinnej historii oraz ról, jakie każde z nich odgrywało w rodzinie pochodzenia.

Terapia systemowa jest terapią, która skupia uwagę na każdej osobie w kontekście rodzinnym, czyli w taki sposób, aby inni członkowie rodziny uświadomili sobie, że trudności, jakich doświadczają są nierozłącznym elementem funkcjonowania całej rodziny i dotyczą każdego jej członka.
Terapia par

Terapia par to jedna z form pomocy, którą najczęściej wybierają małżonkowie lub partnerzy pogrążeni w kryzysie. Do przyczyn trudności w relacjach można zaliczyć: brak zaangażowania emocjonalnego, niemożność komunikacji, trudności w rozwiązywaniu problemów, zazdrość, konflikty wartości i ról, niezadowolenie z życia seksualnego oraz przemoc. Zazwyczaj pary udają się na terapię z powodu braku poczucia bezpieczeństwa i stabilności relacji.

Proces terapeutyczny umożliwia pracę nad powyższymi aspektami oraz spojrzenie na relację z innej, szerszej perspektywy. Co istotne, oddziaływaniom terapeutycznym poddawana jest przede wszystkim relacja, a nie każdy partner z osobna. Terapeuta pomaga parze uzyskać wgląd w swoje dotychczasowe przekonania, sposoby reagowania oraz zmienić negatywne wzorce interakcji. Jednym z celów, niezależnie od nurtu terapeutycznego, może być zwiększenie poczucia bezpieczeństwa w relacji oraz dążenie partnerów do współpracy. Dodatkowo, jeżeli terapeuta uzna, że któraś osoba z pary tego potrzebuje, może zalecić psychoterapię indywidualną.
NAJBARDZIEJ SKUTECZNE METODY TERAPEUTYCZNE DLA WYBRANYCH ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH
Celem tego rozdziału jest przedstawienie, jakie podejścia psychoterapeutyczne wykazują największą skuteczność w przypadku konkretnych diagnoz.

Interwencje, które będziemy tutaj opisywać mają potwierdzenie empiryczne (empirically-supported treatment, EST) i są to takie interwencje psychoterapeutyczne, których skuteczność została wykazana w ilościowych badaniach naukowych, a badania te spełniają kryteria określone przez członków Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego. Na stronie: div12.org/diagnoses można znaleźć informacje, o które opieramy się w tym rozdziale, jak również całą literaturę przedstawiającą badania na temat skuteczności opisywanych interwencji. Należy jednak pamiętać: to, że pewne nurty psychoterapii nie pojawiły się w tym zestawieniu, nie oznacza od razu, że są one nieskuteczne. Może wynikać to z faktu, że nie ma badań, które tę skuteczność potwierdzają. Są różne przyczyny takiego stanu rzeczy. Kiedy wybieramy nurt psychoterapii, na jaki chcielibyśmy uczęszczać, kierowanie się skutecznością potwierdzoną naukowo nie jest jedynym rozwiązaniem. Przed udaniem się na psychoterapię dobrze jest zapoznać się z różnymi nurtami (są one opisane w rozdziale 11) i wybrać taki, który w naszym odczuciu będzie dla nas najbardziej odpowiedni.
Badania naukowe potwierdzają, że terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczną metodą leczenia zaburzeń lękowych z napadami lęku, oferującą stosunkowo szybki początek działania i długotrwałe utrzymanie korzyści terapeutycznych.

Według założeń terapii poznawczo-behawioralnej myśli, uczucia i zachowania są ze sobą ściśle powiązane. Terapeuta w ramach psychoedukacji omawia określoną dla danego pacjenta wersję błędного koła, zawierającego powyższe trzy elementy, które uaktywniają się w określonej sekwencji. Ma to na celu pokazanie osobie zmagającej się z atakami paniki, że przyczyną napadów jest między innymi katastroficzna i błędna interpretacja odczuć płynących z ciała.

Psychoterapia służy więc zidentyfikowaniu, zrozumieniu, zakwestionowaniu, a także zmianie dysfunkcyjnych wyobrażeń związanych z objawami paniki (np. katastrofalne konsekwencje doznań cielesnych). Oprócz technik poznawczych, stosuje się także strategie behawioralne, które obejmują ćwiczenia z ekspozycją. Techniki ekspozycyjne polegają na konfrontacji pacjenta w sposób terapeutyczny z bodźcami, które wywołują lęk. Długość psychoterapii to od około 12 do 16 sesji.
W przypadku zaburzeń lękowych z napadami lęku rekomendowane są techniki relaksacyjne, przy czym ich poparcie w badaniach nie jest tak silne jak w przypadku terapii poznawczo-behawioralnej.

Relaksacja obejmuje identyfikację sytuacji, w których prawdopodobne jest wystąpienie napadu lęku, a także wczesnych sygnałów reakcji lękowej. Następnie pacjenci uczą się stopniowego rozluźniania mięśni i odprężania. Potem relaksacji w obecności sygnałów ataku paniki, a wreszcie w rzeczywistych sytuacjach, w których wystąpienie lęku napadowego jest możliwe. Podsumowując, relaksacja uczy pacjentów szybkiego odprężania się w stresowych sytuacjach.
Psychoterapia psychodynamiczna skoncentrowana na panice

Psychoterapia psychodynamiczna skoncentrowana na panice opiera się na podstawowych koncepcjach psychoanalitycznych, w tym na istnieniu i kluczowym znaczeniu nieświadomych procesów psychicznych. Z perspektywy psychodynamicznej objawy powstają częściowo w wyniku nieświadomych fantazji i konfliktów. Według tej koncepcji, pacjenci z zespołem lęku napadowego często zmagają się z nieakceptowanymi, gniewnymi uczuciami i fantazjami wobec ważnych dla nich osób. Terapeuta pomaga pacjentowi rozpoznać oraz ponownie ocenić przerażające ich fantazje. W toku psychoterapii, w relacji z terapeutą pojawiają się nieświadome konflikty i oczekiwania, które pacjent rozwinął w stosunku do innych w przeszłości (ten proces nazywany jest przeniesieniem). Skupienie się na przeniesieniu w trakcie terapii, ułatwia wyrażenie nieakceptowalnych impulsów, pozwalając pacjentowi na ich lepsze zrozumienie i zmianę. Czas trwania terapii to około 24 sesje.

Dowody na psychodynamiczne leczenie zespołu lęku napadowego są nieco kontrowersyjne, ponieważ koncepcyjne podstawy tego leczenia nie zostały przetestowane. Oznacza to, że chociaż terapia psychodynamiczna skoncentrowana na panice wydaje się działać, to nie jest jeszcze jasne, czy skuteczność leczenia wynika z redukcji nieświadomych konfliktów (które są proponowanymi mechanizmami zmiany).
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD)

Terapia behawioralna, polegająca na ekspozycji na bodziec i powstrzymaniu reakcji

Terapia behawioralna, polegająca na ekspozycji na bodziec i powstrzymaniu reakcji to najskuteczniejsza i najpowszechniej stosowana forma psychoterapii w leczeniu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Reakcja rozumiana jest tutaj jako forma zachowania podejmowana przez pacjenta, która ma na celu zapobieganie przewidywanej katastrofie lub zmniejszenie cierpienia związanego z obsesjami.

Podczas terapii konfrontuje się pacjenta z bodźcami interpretowanymi jako zagrażające, czyli z myślami, obrazami, przedmiotami i sytuacjami, które wywołują lęk. Następnie pacjent uczy się powstrzymywać wyuczone zachowania w momencie spotkania się z tymi bodźcami. Dzięki temu procesowi pacjent dowiaduje się, że niepokój i cierpienie zmniejszają się bez tych zachowań (kompulsji), a katastrofalne konsekwencje nie mają miejsca. Terapia trwa około 12 sesji. Określa się, że u tych, którzy przeszli terapię do końca, efekty utrzymują się przez co najmniej 2 lata po jej zakończeniu.
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD) 

Terapia poznawczo-behawioralna 

Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, znajduje silne potwierdzenie w wynikach empirycznych. Podstawowa koncepcja zakłada, że pacjenci z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi doświadczają zniekształconych, dysfunkcyjnych myśli o sobie, świecie i przyszłości, które wywołują i podtrzymują ich lęk. Postawiono hipotezę, że OCD odnosi się do nadmiernego poczucia osobistej odpowiedzialności za wywoływanie lub zapobieganie zagrożeniu. Uruchamianie negatywnych i automatycznych myśli, powoduje podejmowanie działań, mających na celu redukcję niepokoju, poczucia odpowiedzialności i wygaszenie natretnych myśli.

Terapia poznawczo-behawioralna ma na celu pomóc zidentyfikować, zakwestionować i zmodyfikować dysfunkcyjne przekonania pacjenta oraz wdrożyć bardziej adaptacyjne sposoby zachowania. Ważne jest to, że terapia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych nie stawia sobie za cel pozbycia się natretnych myśli. Kluczowa w procesie terapeutycznym jest zmiana znaczenia, jakie pacjent nadaje obsesyjnym myślom, tak aby nie budziły lęku oraz nie powodowały czynności neutralizujących (kompulsji). Na terapię składa się około 12 sesji.
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD)

Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT)

Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) to terapia behawioralna, polegająca na zmianie relacji, jakie ludzie mają z własnymi myślami, uczuciami, wspomnieniami i doznaniami fizycznymi, których się boją lub unikają. Celem ACT jest poprawa elastyczności psychologicznej, nauka otwartego kontaktu z obecnymi doświadczeniami przy jednoczesnym podążaniu za swoimi wartościami. Akceptacja oznacza przyjęcie otwartej i chętnej postawy wobec wewnętrznych doświadczeń (np. lęku, wstrętu, obsesji). Wartość pracy terapeutycznej jest zawsze oceniana w kategoriach postępu w kierunku wartości, w związku z tym nie ma z góry ustalonego celu leczenia. Określono, że już osiem sesji ACT doprowadza do znacznego zmniejszenia codziennych kompulsji oraz wzrostu elastyczności psychologicznej. Ten rodzaj terapii pomimo, iż jest rekomendowany, nie został dotychczas potwierdzony empirycznie tak dobrze, jak pozostałe podejścia w leczeniu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.
Fobie specyficzne

Terapie z wykorzystaniem ekspozycji

Najlepiej udokumentowanymi i potwierdzonymi empirycznie metodami leczenia fobii specyficznej są terapie z wykorzystaniem ekspozycji. Terapia ekspozycyjna to zestaw technik terapeutycznych, które wymagają znajomości poznawczo-behawioralnego modelu zaburzeń lękowych oraz wiedzy, jak działa wygaszanie strachu.

Z perspektywy behawioralnej, określone fobie są utrzymywane z powodu unikania sytuacji lub rzeczy wzbudzających lęk. Zatem, terapie ekspozycyjne mają na celu zachęcenie osoby do skonfrontowania się (w rzeczywistości lub poprzez ćwiczenia wyobrażeniowe) z tymi obiektami lub sytuacjami. Sesje zazwyczaj polegają na systematycznej pracy, która zaczyna się od ekspozycji na bodźce, wywołujące nieznaczny niepokój, aby doprowadzić do zetknięcia się z najbardziej przerażającym dla pacjenta obiektem (np. w arachnofobii osoba może najpierw spojrzeć na zdjęcie pająka, a ostatecznie dotknąć tarantulę). Warto natomiast wspomnieć, że niektóre formy terapii ekspozycyjnej polegają na szybkiej konfrontacji z bodźcem o najwęższej sile lękotwórczej.

Istnieje wiele odmian terapii ekspozycyjnej, które działają skutecznie w leczeniu fobii specyficznych, więc do pewnego stopnia wybrane podejście może zależeć od natury fobii oraz preferencji terapeuty i pacjenta. Niezależnie od tego, dowody badawcze dostarczają bardziej znaczącego wsparcia dla niektórych terapii ekspozycyjnych (tj. ekspozycji in vivo, polegającej na faktycznej konfrontacji z przerażającymi bodźcami) w porównaniu z innymi (np. systematyczna desensytyzacja).
Fobie specyficzne

Najczęściej stosowane formy terapii ekspozycyjnej:

Ekspozycja in vivo polega na faktycznej konfrontacji z przerażającymi bodźcami, zwykle w stopniowy sposób. Leczenie zazwyczaj trwa kilka godzin i może być przeprowadzone w ramach jednej, bardzo długiej sesji (np. jedna 3-godzinna sesja w przypadku lęku przed pająkiem) lub w trakcie kilku sesji (np. od trzech do ośmiu sesji trwających 1-1,5 godziny).

Terapia wirtualną rzeczywistością wykorzystuje program komputerowy do generowania sytuacji wzbudzającej lęk (np. przebywanie w startującym samolocie, napotkanie dużej tarantuli). Ta metoda wydaje się być użyteczna w przypadku fobii, które mogą być trudne do wyleczenia in vivo, np. w przypadku lęku przed lataniem lub wysokością. Potrzeba więcej badań, aby wykazać jej skuteczność w szerszym zakresie podtypów fobii.

Systematyczna desensytyzacja, polega na wystawianiu osób z fobią na wywołujące strach obrazy i myśli (ekspozycja wyobrażeniowa) lub na rzeczywiste sytuacje fobiczne, łącząc przy tym elementy relaksacji. Leczenie, polegające na systematycznej desensytyzacji zwykle trwa dłużej niż w przypadku ekspozycji in vivo i wydaje się być bardziej skuteczne w zmianie subiektywnego lęku niż w ograniczaniu unikania sytuacji wzbudzającej lęk. Z tego powodu, nie jest polecana jako metoda leczenia pierwszego rzutu.

Należy podkreślić, iż wiele terapii ekspozycyjnych obejmuje także komponent poznawczy. Terapeuci wykorzystują technikę restrukturyzacji poznawczej, która służy rozpoznaniu, kwestionowaniu oraz zmianie irracjonalnych myśli, związanych z obiektem lub reakcją lękową.
Uogólnione zaburzenia lękowe (GAD)

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT)

Terapia poznawczo-behawioralna zakłada, że myśli, uczucia i zachowania są ze sobą powiązane. Zmiana w zakresie jednego obszaru może wpłynąć na odczucie drugiego, na przykład kiedy uda nam się zredukować myślenie negatywne, zmniejszy się nasz poziom lęku.

Cechą charakterystyczną GAD jest nadmierne, niekontrolowane martwienie się, które często podtrzymuje dysfunkcyjne przekonanie o tym, że jest ono potrzebne i pełni ważną funkcję w naszym życiu. Skutkuje to trudnością w relaksowaniu się i może wiązać się z niezdrowymi zachowaniami, np. unikaniem negatywnych myśli, obrazów czy sytuacji. Terapia poznawczo-behawioralna skupia się na modyfikacji tendencji do myślenia katastroficznego oraz przekonań o użyteczności martwienia się w naszym życiu. Stosuje się tu także elementy terapii behawioralnej, takie jak trening relaksacyjny i ekspozycje na myśli i sytuacje, których unikamy na co dzień. Czas trwania terapii to od około 16 do 20 sesji.
Depresja

Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT)

Podczas terapii akceptacji i zaangażowania klient_ka uczy się rekonceptualizacji (zmiany starych schematów na nowe, które będą działały sprzyjająco na dobrostan psychiczny) myśli lękowo-unikowych, uczuć, wspomnień i doznań fizycznych w taki sposób, aby były adaptacyjne. Istotą terapii jest umiejętność uważności i bycia w danej chwili „tu i teraz” oraz akceptacja negatywnych emocji. Dzięki terapii uważności, pacjent uczy się zmieniać zachowania nieadaptacyjne lub kontynuować zachowania, które są sprzyjające i zgodne z własnymi wartościami. Obie strategie zwiększają psychologiczną elastyczność. Terapia trwa około 12 sesji.

Aktywacja behawioralna

Depresja może powodować nasilenie wycofania się z rutynowych, codziennych czynności i otoczenia (praca, wyjście ze znajomymi, zrezygnowanie z ulubionych zajęć). Z czasem, to wycofanie pogarsza nastrój depresyjny, ponieważ człowiekowi zaczyna brakować codziennych pozytywnych doświadczeń, związanych z przynależnością do grup społecznych oraz z życiową aktywnością. Aktywacja behawioralna (BA) ma na celu zwiększenie aktywności, zachowań związanych z przyjemnością, które pomagają w staniu się bardziej aktywnym społecznie, co w rezultacie poprawia jakość życia.
Depresja

Terapia poznawcza

Poznawcza teoria depresji Aarona T. Becka sugeruje, że osoby podatne na depresję rozwijają nieadaptacyjne przekonania o sobie, innych ludziach, świecie i przyszłości. Przekonania te mogą pozostawać uśpione przez dłuższy czas i są aktywowane przez wydarzenia życiowe, które mają określone znaczenie dla tej osoby. Podstawowe przekonania, które czynią kogoś podatnym na depresję, są ogólnie podzielone na przekonania o braku miłości, bezwartościowości, bezradności i niekompetencji. W terapii poznawczej klienci uczą się umiejętności poznawczych i behawioralnych, dzięki czemu mogą rozwinić dokładniejsze przekonania i ostatecznie stać się własnymi terapeutami (ekspertem siebie).

Krótkoterminowa Terapia Psychodynamiczna

Krótkie psychodynamiczne terapie depresji koncentrują się na zwiększaniu świadomości pacjentów i wglądzie w ich problematyczne wzorce zachowania. Wspólne cechy różnych form krótkoterminowej psychodynamicznej terapii depresji to skupianie się m.in. na: wpływie przeszłych doświadczeń na obecne funkcjonowanie, afekcie* i wyrażaniu emocji, ułatwianiu wglądą, identyfikacji głównych konfliktów w relacjach. Terapia trwa od 16 do 20 sesji.

*afekt – obserwowana ekspresja emocji
MBCT łączy koncepcje terapii poznawczej z treningiem uważności, a jej celem jest zmniejszenie reaktywności poznawczej (czyli tendencji do reagowania skrajnie negatywnymi myślami na zmianę/pogorszenie nastroju). Proces terapii polega na stawianiu czoła niepokojącym doświadczeniom wewnętrznym (tj. myślom, uczuciom) z cierpliwością, życzliwością, ciekawością i empatią. MBCT została pierwotnie zaprojektowana w celu zapobiegania nawrotom u pacjentów w remisji depresji (okres bez objawów) i wykrywania wczesnych oznak nawrotu. Niewielka liczba dowodów sugeruje, że MBCT może być również skuteczna w zmniejszaniu bieżących objawów depresji. Terapia zwykle prowadzona jest w grupie, pacjenci proszeni są też o praktykowanie medytacji uważności w domu.
Zespół stresu pourazowego (PTSD)

Terapia poznawcza

Poznawcza terapia zespołu stresu pourazowego zakłada, że zmiana treści poznawczych (myśl, przekonań itd.) dotyczących traumy może wpływać na emocjonalne i behawioralne reakcje na traumę. Początkowo terapeuta i klient_ka wspólnie koncentrują się na pytaniu, dlaczego doszło do traumy, a następnie na wpływie traumy na przekonania klienta_ki o sobie, innych i świecie. Terapia trwa około 12 sesji.

Terapia Przedłużonej Ekspozycji

Terapia przedłużonej ekspozycji zakłada, że powtarzająca się ekspozycja na myśli, uczucia i sytuacje związane z traumą, może zmniejszyć nasilenie cierpienia, wywołanego przez traumę. Terapia obejmuje ekspozycje wyobrażeniowe, które polegają na opisaniu traumatycznych wspomnień i przetworzeniu ponownie doświadczeń, a także ekspozycji in vivo, gdzie pacjent wielokrotnie konfrontuje się z bodźcami, związanymi z traumą, które nie były zagrażające, ale unikane. Terapia trwa od około 8 do 15 sesji.
Zespół stresu pourazowego (PTSD)

Terapia Odwrażliwiania i Przetwarzania za Pomocą Ruchu Gałek Ocznych (EMDR)

EMDR łączy ruchy gałek ocznych z poznawczym przetwarzaniem traumatycznych wspomnień. Początkowe fazy EMDR obejmują techniki zarządzania emocjami, takie jak relaksacja. W procesie przetwarzania, pacjent opisuje traumatyczne wspomnienia oraz identyfikuje i przypisuje wywoływane przez EMDR obrazy, przekonania i objawy fizjologiczne. Pacjent jest instruowany, aby skupił się na wspomnieniach traumatycznych zdarzeń, poruszając przy tym oczami np. za palcem terapeuty. Podstawą teoretyczną EMDR jest to, że objawy PTSD wynikają z niewystarczającej integracji sensorycznych, poznawczych i afektywnych elementów pamięci traumatycznej. Proponowane są obustronne ruchy oczu, w celu ułatwienia przetwarzania i integracji informacji, umożliwiając pacjentom pełne przetwarzanie traumatycznych wspomnień, a nie przeżywanie ich wciąż na nowo.

Uwaga!

Inne terapie psychologiczne mogą być również skuteczne w leczeniu wymienionych zaburzeń, ale nie zostały ocenione tak rygorystycznie jak powyższe terapie. Wiele leków może być pomocnych w przypadku niektórych zaburzeń, ale w tym e-booku opisujemy jedynie rekomendowane leczenie psychoterapeutyczne. W celu dokładnej diagnozy, omówienia różnych opcji leczenia i dobrawania farmakoterapii, zalecamy konsultację z psychiatrą.
FAKTY I MITY NA TEMAT PSYCHOTERAPII ORAZ SZUKANIA POMOCY U PSYCHOLOGA

FACTS VS MYTHS
Mit 1. Pomoc terapeuty/ psychologa jest dla słabych ludzi, silni ludzie jej nie potrzebują.

Każdy człowiek w swoim życiu przechodzi przez trudne sytuacje. Ludzie są różni i inaczej reagują na napotykane trudności. Są osoby, które nigdy nie będą potrzebować wsparcia psychologa lub psychoterapeuty, a dla innych takie wsparcie może okazać się koniecznością. Wszystko zależy od różnic indywidualnych (np. wrażliwości czy odporności na stres, uwarunkowań genetycznych, doświadczeń życiowych).

Umiejętność sięgnięcia po pomoc specjalisty jest oznaką świadomości siebie, swoich potrzeb i troski o własne zdrowie.

Mit 2. Terapia jest droga, tylko bogacze mogą z niej korzystać.

Jest wiele opcji z których można skorzystać. Terapia prywatna jest dość kosztowna, ale na termin wizyty jest krótszy czas oczekiwania. Można znaleźć pomoc bezpłatną, finansowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w tej opcji czas oczekiwania jest dłuższy. Warto zadzwonić do kilku placówek i dowiedzieć się o dostępne terminy spotkań ze specjalistą lub skorzystać ze stron:

- terminyleczenia.nfz.gov.pl lub
- swiatprzychodni.pl.
Nie istnieje jeden sposób rozwiązywania trudności. Terapia oparta jest na wielu technikach, rozmowa jest tylko jedną z nich. Terapia CBТ opierają się na danych naukowych, skupiają się na ćwiczeniach, zadaniach i warsztatach. Wybór metody leczenia zależy od celów, jakie zostaną wyznaczone przezpacjenta i terapeutę. Może to być praca nad przekonaniami, modelowanie, stosowanie wzmocnień, zdobywanie nowych doświadczeń, ekspozycja na bodziec. A wszystko po to, by poprawić jakość życia i relacji.

Terapeuta, na jednym z pierwszych spotkań powinien zaproponować ilość sesji i nie doprowadzać do uzależnienia od siebie pacjenta. Czas pracy jest wspólnie ustalany i negocjowany w toku terapii. Pod uwagę bierze się: rodzaj problemu, jego dynamikę, gotowość do pracy i cechy indywidualne klienta_ki. Niektórzy potrzebują więcej czasu, żeby wprowadzić zmiany, a innym idzie to szybciej.
Mit 5. W trakcie terapii poczuję się gorzej.

Dobry terapeuta nie zmusza klienta_ki do mówienia o tematach, na które nie jest gotowy_ a. Faktem jest, że moment, w którym dzieli się swoimi trudnościami, może nieść ze sobą emocje, takie jak złość, bezsilność, smutek, zdezorientowanie, pustka, osamotnienie, ale też ulgę, lekkość, poczucie bezpieczeństwa, radość związaną ze zrzucaeniem ciężaru emocjonalnego i uporaniem się z problemem. Terapia to indywidualna praca i wysiłek. Należy również pamiętać, iż nie jesteś sam. Dobry terapeuta będzie wspierał i dawał Ci bezpieczną przestrzeń do rozmowy, popełniania błędów, wyciągania wniosków i rozwoju.


Może być tak, że trafisz na terapeutę/psychologa, z którym nie zgrasz się osobowościowo lub będzie niekompetentny (przed wybraniem terapeuty należy sprawdzić, czy ma odpowiednie kwalifikacje: zostało to opisane w 1 części e-booka w podrozdziale 8.2 Jak zweryfikować kwalifikacje specjalisty?). To, że jeden czy drugi specjalista Cię rozczarował, nie znaczy, że wszyscy tacy są. Pomimo dotychczasowych negatywnych doświadczeń, warto szukać terapeuty, który będzie Ci odpowiadał.
Mit 8. Terapia jest nienaukowa.

Wiele nurtów psychoterapeutycznych korzysta z metod zweryfikowanych w badaniach naukowych, przeprowadzonych pod ścisłą kontrolą i według określonych metodologicznych zasad, które na bieżąco są aktualizowane i dostosowywane do zmieniającego się świata.
BIBLIOGRAFIA


Couch. couch.pl. Pobrane z: https://couch.pl/


Farber, E. W. (2010). Humanistic–existential psychotherapy competencies and the
DOI: https://doi.org/10.1037/a0018847

Dialogues in Clinical Neuroscience, 12(2), 199–207. DOI:
https://doi.org/10.31887/dcns.2010.12.2/efoa

Freyberger, H. J., Schneider, W., Stieglitz, R. D. (2015). Kompendium psychiatrii,
psychoterapii, medycyny psychosomatycznej. Warszawa: PZWL Wydawnictwo
Lekarskie.

kryzysowej.


Nowy Jork: The Guilford Press.

Herbert, J. D. (2015). Empirically supported treatments (ESTS) and empirically

asymilatywne, integracji oraz czynniki wspólne. Psychoterapia, 2(149), 5–16.

Katolo, M., Sałdak, D. O metodzie. Polskie Towarzystwo Psychoterapii Gestalt PTPG.
Pobrane z: https://gestaltpolska.org.pl/o-metodzie/

Therapy and Research, 42(4), 349–357. DOI: https://doi.org/10.1007/s10608-018-9920-y


Kodeks etyczny psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. (2019). Polskie
Towarzystwo Psychologiczne.


O 116 111. 116111. Pobrane z: https://116111.pl/o-116111/

O nas. Sieć Przyjaciół Zdrowia Psychicznego. Pobrane z: https://www.siecprzyjaciol.org/o-nas-1


