

KRZYSZTOF CIEPLIŃSKI

### WSKAZANIA, ZASADY I MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z POMOCY PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ

Choć psychoterapia swymi korzeniami sięga w głąb XIX stulecia<sup>1</sup>, dopiero od kilku czy może kilkunastu lat wydaje się trwale i szeroko obecna w polskiej przestrzeni publicznej. Wątki psychoterapeutyczne pojawiają się już nie tylko w popularnej prasie kobiecej czy serialach telewizyjnych, ale także w programach informacyjnych i publicystycznych, gdzie terapeuci występują w charakterze komentatorów bieżących wydarzeń albo ekspertów od naglących zjawisk społecznych. Zainteresowany czytelnik ma do dyspozycji sprofilowane czasopisma, takie jak „Charaktery” czy „Sens”, a półki księgarni wprost gną od książek podejmujących zagadnienia z tego zakresu. Można powiedzieć, że popularyzacja wiedzy na temat psychoterapii jest zjawiskiem korzystnym. Przyczynia się do wzrostu zainteresowania psychoterapią, co w konsekwencji zwiększa jej realną dostępność oraz ma znaczenie w przeciwdziałaniu stygmatyzacji osób korzystających z tej formy leczenia<sup>2</sup>. Obok rzetelnej informacji w świadomości społecznej tkwi jeszcze pewna ilość

---

Dr KRZYSZTOF CIEPLIŃSKI – asystent Katedry Psychoterapii i Psychologii Zdrowia w Instytucie Psychologii KUL; adres do korespondencji: Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin; e-mail: cieplin@kul.lublin.pl.

<sup>1</sup> U początków systematycznego rozwoju nowoczesnej psychoterapii stały badania nad histerią i sugestią, prowadzone w Paryżu przez J. M. Charcota (1825-1893), oraz obserwacje i eksperymenty kliniczne wiedeńskiego neurologa J. Breuera (1842-1925). Za ojca psychoterapii *sensu stricte* najczęściej uważa się Z. Freuda (1856-1939) – ich współpracownika, ucznia i twórczego kontynuatora; zob. np. B. K i l l i n g m o, *Psychoanalityczna metoda leczenia. Zasady i pojęcia*, tłum. J. Kubitsky, Gdańsk: GWP 1995.

<sup>2</sup> Zob. Biuro Regionalne dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia, *Plan Działań na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2005.

mitów czy nieporozumień dotyczących omawianego zagadnienia. Ich wyrazem jest np. pogląd, że psychoterapia to oddziaływanie tajemnicze, wręcz parmagiczne, zaś psychoterapeuta jest mistrzem i duchowym przewodnikiem – rodzajem świeckiego guru. Inne, na szczęście coraz rzadsze jest przekonanie, że korzystanie z pomocy psychoterapeutycznej jest ostatecznością, zarezerwowaną dla osób chorych psychicznie, albo też dowodzi kompromitującej nieporadności życiowej pacjenta<sup>3</sup>.

#### DEFINICJA PSYCHOTERAPII

Czym zatem jest psychoterapia? Najprościej ujmując, jest specjalistyczną metodą leczenia, polegającą na intencjonalnym stosowaniu zaprogramowanych oddziaływań psychologicznych, wykorzystującą kompetencje terapeuty w niesieniu pomocy osobom z zaburzeniami psychogennymi (tzn. takimi, które mają, przynajmniej częściowo, źródła w obszarze psychiki) albo też tymi, które mają psychologiczne konsekwencje<sup>4</sup>. Intencjonalność oznacza tu oddziaływania świadome, oparte na sprawdzalnej wiedzy na temat mechanizmów i prawidłowości psychicznego funkcjonowania. Autorzy klasycznego podręcznika z zakresu psychoterapii – J. O. Prochaska i J. C. Norcross – proponują następującą definicję: „Psychoterapia to świadome i zamierzone zastosowanie wywodzących się z uznanych zasad psychologii metod klinicznych i postaw interpersonalnych w celu pomagania ludziom w modyfikacji ich zachowań, procesów poznawczych, emocji i/lub innych cech osobowych w kierunku, który korzystający z terapii uważają za pożądany”<sup>5</sup>. W tym ujęciu terapia to także proces oparty na współpracy terapeuty (lub terapeutów) i pacjenta (lub pacjentów). Jej owocem są właśnie wskazane wyżej zmiany.

Interesującym paradygmatem rozumienia psychoterapii posługuje się Cz. Czabała, który określa ją jako „proces uczenia się rozwiązywania problemów”<sup>6</sup>. Cierpienie pacjenta, wynikające z objawów i przykrych stanów emo-

---

<sup>3</sup> Z tego rodzaju przekonaniem zdarza mi się spotykać również na gruncie własnej praktyki psychoterapeutycznej.

<sup>4</sup> Por. L. Grzesiuk, *Wstęp*, [w:] *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury 2005, s. 14.

<sup>5</sup> J. C. Norcross 1994 – za: J. O. Prochaska, J. C. Norcross J. C., *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, tłum. D. Golec [i in.], Warszawa: IPZ PTP, s. 5.

<sup>6</sup> Zob. Cz. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2000, s. 239-240.

cyjonalnych, wiązane jest tu z niedostatkiem kompetencji psychologicznych koniecznych w procesie skutecznej realizacji celów życiowych. Odnoszą się one do: (1) adekwatnego rozpoznania celu działania (jakie mam potrzeby, co chcę osiągnąć?); (2) adekwatnego rozpoznania sposobów umożliwiających zaspokojenie potrzeb lub realizację zadań (które z wielu możliwych sposobów są najlepsze?); (3) adekwatnego rozpoznania możliwości skorzystania z wybranych sposobów osiągnięcia planowanych celów (co jest realne dla mnie?); (4) adekwatnego rozpoznania konsekwencji wynikających z działania nastawionego na realizację celu (znając konsekwencje, mogę dokonać modyfikacji swoich działań).

Widziana w tej perspektywie interwencja psychoterapeutyczna ma pomóc pacjentowi w rozumieniu własnych przeżyć i uwolnieniu się od nich, zrozumieniu przyczyn swoich nieskutecznych zachowań, skorygowaniu doświadczeń związanych z samym sobą, światem i innymi ludźmi. Proces terapii umożliwia rewizję dotychczasowego sposobu myślenia i przeżywania, a także zmiany behawioralne, oparte na ćwiczeniu nowo nabywanych zachowań i umiejętności (np. wyrażania własnych potrzeb, świadomego rozwiązywania konfliktów wewnętrznych i/lub interpersonalnych). W konsekwencji, osoba uczestnicząca w psychoterapii ma szansę na „przekroczenie” samej siebie, na realne zwiększenie możliwości wpływania na własne życie, a ostatecznie – na poszerzenie zakresu posiadanej wolności<sup>7</sup>.

#### KIEDY NALEŻY SZUKAĆ POMOCY PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ?

Nie sposób w tym miejscu szczegółowo opisać wszystkie trudności i problemy, w przypadku których zasadne może okazać się korzystanie z psychoterapii<sup>8</sup>. Ogólne wskazówki na ten temat zawarte są w *Zasadach stosowania*

---

<sup>7</sup> Na psychologiczne znaczenie doświadczeń związanych z przeżywaniem wolności wskazuje K. Ciepliński w pracy *Doświadczenie wolności. Empiryczna analiza wybranych uwarunkowań psychologicznych* (mps pracy doktorskiej, 2004 – BU KUL); zob. też: K. C i e p l i ń s k i, *Wolność jako kategoria psychologiczno-egzystencjalna*, [w:] *K psychologii osobnego podmiotu. Podmiot-osoba. W kierunku psychologii podmiotu osobowego. II Sympozjum Polsko-Słowackie. Trnava-Lublin*, Trnava: Trnavska Univerzita 2001, s. 27-35; K. C i e p l i ń s k i, K. P o p i e l s k i, *Zagadnienie ludzkiej wolności w ujęciu wybranych współczesnych polskich teoretyków myśli psychologicznej*, [w:] *Wartości dla życia*, red. K. Popielski, Lublin: Wydawnictwo KUL 2008, s. 473-483.

<sup>8</sup> Obszerną listę trudności zgłaszanych przez pacjentów uczestniczących w psychoterapii zawiera np. praca Czabały, dz. cyt., s. 119-123.

*psychoterapii*, przyjętych w roku 1998 przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne<sup>9</sup>. Opierając się na szeroko udokumentowanych metaanalizach oraz na wielu szczegółowych badaniach efektywności różnych metod psychoterapii, wspomniany dokument stwierdza m.in., że psychoterapia jest podstawową metodą leczenia zaburzeń nerwicowych; zaburzeń związanych ze stresem i występujących w postaci objawów somatycznych, zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi; zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych; zaburzeń zachowania rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym. Psychoterapia stanowi ponadto element kompleksowego leczenia uzależnień, ostrych i przewlekłych psychoz, zaburzeń afektywnych, może wchodzić w skład zintegrowanego postępowania rehabilitacyjnego w zaburzeniach psychicznych i innych, jest także metodą pomocniczą w leczeniu chorób somatycznych<sup>10</sup>.

Uszczegółowienia powyższych wskazań do podejmowania psychoterapii można dokonać, opierając się na obowiązującej w Polsce, opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia, Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems – Tenth Revision). Jeden z jej rozdziałów został poświęcony klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania<sup>11</sup>. Opisane tam choroby i zespoły objawowe sygnowane są literą „F” oraz odpowiednim kodem cyfrowym.

Kategoria nozologiczna: „zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (*somatoform*)” (kod: F40-F48), ma ponad stuletnią tradycję w leczeniu za pomocą psychoterapii<sup>12</sup>. Obejmuje ona m.in. różnorodne zaburzenia lękowe (m.in. lęki w postaci specyficznych fobii, zaburzenia lękowe z napadami lęku panicznego, lęku uogólnionego, zaburzenia lękowo-depresyjne); zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw); zaburze-

---

<sup>9</sup> Zasady te zatwierdzono na posiedzeniu Zarządu Głównego PTP w dniu 19 stycznia 1998. Ich opracowaniem zajmowała się Komisja Ekspertów, złożona z najwybitniejszych polskich specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego, pod przewodnictwem ówczesnego Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii – prof. dra hab. med. S. Pużyńskiego – za: A. K o k o s z k a, *Zaburzenia nerwicowe – postępowanie w praktyce ogólnolekarskiej*, Kraków: Wyd. Medycyna Praktyczna 1998, s. 127-130.

<sup>10</sup> Tamże, s. 128-129.

<sup>11</sup> Zob. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, tłum. J. Wciórka, Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalisus” 1998.

<sup>12</sup> Zob. przypis 1.

nia adaptacyjne i związane z reakcją na ciężki stres (PTSD); neurastenię; zaburzenia dysocjacyjne; zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (nerwice wegetatywne), związane z czynnością autonomiczną różnych układów ludzkiego organizmu: serca i układu krążenia, układu pokarmowego, układu oddechowego, układu moczowo-płciowego. Zaburzenia typu *somatoform* mogą mieć ponadto postać bólów psychogennych, somatyzacji czy hipochondrii.

Drugą dużą grupą zaburzeń, dla których metodą leczenia z wyboru jest psychoterapia, określana jest jako: „zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi” (kod: F50-F59). Zaliczono do niej m.in.: zaburzenia odżywiania się (F50), tj. jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*), żarłoczność psychiczną (*bulimia nervosa*)<sup>13</sup>, przejadanie się i wymioty związane z czynnikami psychologicznymi; nieorganiczne zaburzenia snu (F51), w tym bezsenność, hipersomnię (nadmierną senność), zaburzenia rytmu snu i czuwania, somnambulizm, lęki nocne, koszmary senne i inne nieorganiczne zaburzenia snu; dysfunkcje seksualne nie spowodowane zaburzeniem organicznym lub chorobą somatyczną (F52)<sup>14</sup>, w tym brak lub utratę potrzeb seksualnych, awersję seksualną i brak przyjemności seksualnej, zaburzenia orgazmu, przedwczesny wytrysk, pochwice i dyspareunię, nadmierny popęd seksualny; zaburzenia związane z nadużywaniem substancji nie powodujących uzależnienia (F55), takich jak leki przeciwdepresyjne, przeciwszczające, przeciwbólowe, leki steroidowe i hormony.

Trzecią stosunkowo powszechną grupą zaburzeń, w których leczeniu decydujące znaczenia ma psychoterapia, są zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (kod: F60-F69). Zaliczamy do nich m.in. osobowość paranoiczną, schizoidalną, dyssocjalną, chwiejną emocjonalnie (w tym typ impulsywny oraz typ *borderline*), osobowość histrioniczną, anankastyczną, lękliwą, zależną, narcystyczną i bierno-agresywną.

Psychoterapia powinna być stosowana także w leczeniu zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym (kod: F90-F98). Mieszczą się tu m.in. zaburzenia hiperkinetyczne (zespoły nadpobudliwości ruchowej), zaburzenia zachowania polegające na trudnościach w zakresie uspołecznienia, zaburzenia opozycyjno-buntownicze,

---

<sup>13</sup> W praktyce, w przypadku zaburzeń odżywiania, zwłaszcza anoreksji, konieczne okazuje się uzupełnienie psychoterapii interwencją ściśle medyczną – zob.: *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, red. B. Józefik, Kraków: Wyd. UJ 1999.

<sup>14</sup> Psychoterapia na ogół jest tu metodą uzupełniającą leczenie seksuologiczne, w pewnych przypadkach może być metodą podstawową.

zaburzenia depresyjne, lękowe (m.in. lęki separacyjne, fobie, lęk społeczny w dzieciństwie), zaburzenia związane z rywalizacją w rodzeństwie, nieorganiczne moczenie mimowolne, zaburzenia odżywiania, jąkanie.

Psychoterapia może być ponadto użyteczna w leczeniu zaburzeń nawyków i popędów (F63), m.in. patologicznego hazardu, podpalania (piromanii), kradzieży (kleptomanii), a także zaburzeń identyfikacji płciowej (F64) oraz preferencji seksualnych (F65) (m.in. transseksualizm, transwestytyzm, fetyzizm, ekshibicjonizm, oglądactwo – *voyeurism*), pedofilia, sadomasochizm).

Jak zaznaczono wyżej, psychoterapia jest ważnym elementem także w leczeniu kilku innych grup zaburzeń. Należą do nich: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F10-F19), tj. alkoholu, narkotyków (opiaty, kanbinole, kokaina, substancje halucynogenne), środków uspokajających i nasennych, tytoniu. W przypadku zaburzeń psychotycznych – schizofrenii, zaburzeń typu schizofrenii (schizotypowych) oraz urojeniowych (F20-F29) – psychoterapia, w różnych swoich formach, stanowi zwykle pożyteczne uzupełnienie podstawowego dla tej formy zaburzeń leczenia farmakologicznego. Podobnie rzecz ma się w przypadku zaburzeń nastroju (F30-F39), do których zaliczamy zaburzenia depresyjne o różnym przebiegu: m.in. epizod depresyjny (F32); zaburzenia depresyjne nawracające (F33); utrwalone zaburzenia nastroju (F34), np. dystymia, zaburzenia maniakalne, zaburzenia afektywne dwubiegunowe.

Powyższe wskazania należy traktować jedynie orientacyjnie<sup>15</sup>. W każdym przypadku rozpoczęcie psychoterapii powinna poprzedzać diagnoza kliniczna dokonana przez kompetentnego w tym zakresie specjalistę psychiatrę lub psychologa z doświadczeniem klinicznym. Pewne znaczenie może mieć również rozpoznanie postawione przez odpowiednio przeszkolonego lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza innej specjalności<sup>16</sup>. Wykluczenie w procesie diagnozy medycznej organicznego podłoża przeżywanych dolegliwości może sugerować zasadność dalszej diagnostyki psychologicznej w kierunku identyfikacji mechanizmów psychopatologicznych odpowiadających za powstawanie i utrzymywanie się zaburzeń<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Bardziej szczegółowe i jednocześnie przystępne omówienie wielu opisanych wyżej wskazań diagnostycznych do podejmowania psychoterapii można znaleźć np. w pracy J. W. Aleksandrowicza: *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*, Kraków: Wyd. UJ 2002.

<sup>16</sup> Zob. K o k o s z k a, dz. cyt., A l e k s a n d r o w i c z, dz. cyt.

<sup>17</sup> Zob. C z a b a ł a, dz. cyt.

## RÓŻNORODNOŚĆ W OBRĘBIE PSYCHOTERAPII

Jak podają Prochaska i Norcross, współcześnie istnieje ponad 400 różnych szkół psychoterapii<sup>18</sup>. Najważniejsze grupy podejść terapeutycznych, które omawiają wskazani badacze, to: terapie psychoanalityczne i psychodynamiczne, terapie egzystencjalne, skoncentrowane na osobie, terapia Gestalt i terapie oparte na doświadczeniu, terapie interpersonalne, terapie ekspozycyjne i zanurzające, behawioralne i poznawcze, systemowe, uwzględniające różnice związane z kulturą i płcią, terapie konstruktywistyczne, skoncentrowane na rozwiązaniu i narracyjne czy terapie integracyjne i eklektyczne. Każdy z wymienionych teoretyczno-praktycznych paradygmatów, w jakich uprawiana jest psychoterapia, zawiera swoiste rozstrzygnięcia odnoszące się do jej szczegółowych celów, czasu trwania i częstotliwości sesji, procedur i technik oraz powiązanych z nimi specyficznych czynników leczących<sup>19</sup>.

Psychoterapia może być prowadzona w kilku różnych formach: indywidualnej, grupowej, rodzinnej i małżeńskiej (terapia par).

**Psychoterapia indywidualna** – jest najstarszą i do dziś najpopularniejszą formą psychoterapii. Polega na systematycznych spotkaniach terapeutycznych pacjenta i terapeuty. Pojedyncza sesja trwa zwykle od 50 do 60 minut, podczas których omawiane są problemy i doświadczenia pacjenta. Zaletą tej formy pracy jest możliwość koncentracji terapeuty na indywidualnej problematyce pacjenta. W zależności od celów i orientacji teoretycznej, leczenie może trwać od kilku tygodni do kilku lat. Praca z reguły odbywa się w rytmie 1-2 razy w tygodniu (w leczeniu psychoanalitycznym może to być nawet 4-5 razy w tygodniu), niekiedy w większych odstępach czasowych<sup>20</sup>.

**Psychoterapia grupowa** – jej historia sięga czasów II wojny światowej, kiedy to – po raz pierwszy na szerszą skalę – podjęto próby zbiorowej pomocy psychologicznej ofiarom działań wojennych<sup>21</sup>. Praca terapeutyczna odbywa się w grupie, którą tworzą pacjenci (z reguły od 7 do 12 osób) oraz jeden lub dwoje terapeutów. Specyfiką tej formy terapii jest możliwość wykorzystania dynamiki małej grupy społecznej. Grupy mogą być jednorodne pod względem rodzaju problemów zgłaszanych przez pacjentów (np. grupa

---

<sup>18</sup> Zob. Prochaska, Norcross, dz. cyt.

<sup>19</sup> Zob. Czabała, dz. cyt.

<sup>20</sup> Zob. J. P. Gustafson, *Terapia długo- czy krótkoterminowa*, tłum. M. Kacmajor, Gdańsk: GWP 2001.

<sup>21</sup> Zob. S. Vinogradov, I. D. Yalom, *Psychoterapia grupowa. Krótki przewodnik dla terapeutów*, tłum. A. Tanalska-Dulęba, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP, s. 7.

dla kobiet, ofiar przemocy w rodzinie, grupa dla osób przewlekle chorych, dla osób z zaburzeniami odżywiania się) lub też zróżnicowane, np. pod względem osobowości uczestników. Szczególnym wskazaniem dla pracy grupowej są trudności związane z relacjami społecznymi. Grupy terapeutyczne różnią się metodami pracy i czasem trwania (od kilku miesięcy do kilku lat); mogą mieć charakter otwarty, półotwarty lub zamknięty. Pojedyncza sesja grupowa trwa zazwyczaj od 90 do 120 min<sup>22</sup>.

**Terapia rodzinna** – w Polsce prowadzona najczęściej w wersji systemowej, gdzie problemy jednego z członków rodziny rozumiane są jako wyraz dysfunkcji całego systemu rodzinnego<sup>23</sup>. Przedmiotem pracy terapeutycznej jest więc w konsekwencji nie jednostka, lecz cała rodzina. Zmiany wprowadzone w jednym elemencie systemu (np. zmiana jakości komunikacji podsystemu pary małżeńskiej, zmiana zakresu i przepuszczalności granic między podsystemami rodziców i dzieci) skutkują zmianami w innych obszarach, włącznie z eliminacją objawów klinicznych osoby delegowanej w rodzinie do roli pacjenta (często dziecka). O ile to możliwe, sesje terapeutyczne odbywają się z udziałem wszystkich członków rodziny (niekiedy poszerzonej o pokolenie dziadków) oraz jednego lub dwóch terapeutów. Bywa, że w proces terapeutyczny zaangażowanych jest więcej osób, np. w formie zespołu reflektującego<sup>24</sup>. Tę formę leczenia szczególnie poleca się w pracy z dziećmi i młodzieżą z problemami psychologicznymi dzieci i młodzieży. Sesje rodzinne odbywają się raz na kilka tygodni i trwają przeciętnie od 90 do 120 minut<sup>25</sup>.

**Terapia małżeńska** (względnie terapia par) – w pracy terapeutycznej uczestniczą małżonkowie lub partnerzy pozostający w innym trwałym związku. Celem tej formy leczenia jest polepszenie jakości relacji między nimi. Często obejmuje ona pary przeżywające aktualną sytuację kryzysową, czemu towarzyszy nasilenie się trudności w zakresie wzajemnej komunikacji. Spotkania małżeńskie mogą służyć również zapobieganiu pogłębianiu się istnie-

---

<sup>22</sup> Zob. I. Y a l o m, M. L e s z c z, *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*, tłum. R. Andruszko, Kraków: Wyd. UJ 2006; *Podstawy terapii grupowej*, red. H. S. Bernard, K. R. MacKenzie, tłum. W. Kampert, Gdańsk: GWP 2000; G. C o r e y, M. S c h n e i d e r - C o r e y, *Grupy. Zasady i techniki grupowej pomocy psychologicznej*, tłum. W. Kampert, Warszawa: PTP 1995; B. T r y j a r s k a, *Psychoterapia grupowa*, [w:] *Psychoterapia. Praktyka*, red. L. Grzesiuk, Warszawa: Eneteia Wyd. Psychologii i Kultury 2006, s. 17-72.

<sup>23</sup> Zob. *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Kraków: Wyd. UJ. 1999.

<sup>24</sup> Zob. I. N a m y s ł o w s k a, *Terapia rodzin*, Warszawa: IPiN 2000.

<sup>25</sup> Zob. V. S a t i r, *Terapia rodziny. Teoria i praktyka*, tłum. O. Waśkiewicz, Gdańsk: GWP 2000.



jących, mniej nasilonych kłopotów, albo też być rodzajem prewencji – edukacji partnerów spodziewających się takich trudności z powodu wcześniejszych, negatywnych doświadczeń z własnych rodzin pochodzenia. Terapia jest prowadzona przez jednego lub dwóch terapeutów (jedna sesja na kilka tygodni)<sup>26</sup>.

### GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

Psychoterapia może być prowadzona w różnorodnych warunkach klinicznych. W przypadku bardzo nasilonych objawów, które w znacznym stopniu komplikują codzienne funkcjonowanie pacjenta, albo też gdy inne formy pomocy są trudnodostępne, zaleca się korzystanie z psychoterapii prowadzonej w trybie stacjonarnym w ramach oddziału szpitalnego. Odbywać się ona może na oddziale psychiatrycznym<sup>27</sup> bądź innym, specjalizującym się np. w leczeniu nerwic, zaburzeń osobowości czy uzależnień<sup>28</sup>. Alternatywą dla całodobowej hospitalizacji, w formie kilkumiesięcznego turnusu terapeutycznego, jest oddział dzienny, który w trakcie leczenia w mniejszym stopniu izoluje pacjenta od jego naturalnego środowiska społecznego. Całkowita lub częściowa hospitalizacja pozwala na dużą intensywność i różnorodność oddziaływań terapeutycznych, co może mieć wpływ na ich efektywność. Aplikacja na obie te formy leczenia jest zwykle kilkietapowa: obejmuje skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub psychiatry oraz kwalifikację wewnętrzną, prowadzoną przez dany ośrodek leczniczy.

Alternatywą dla leczenia stacjonarnego jest tryb ambulatoryjny, polegający na systematycznych, odbywających się z ustaloną częstotliwością spotkaniach terapeutycznych. Istnieje tu wiele różnorodnych formuł organizacyjnych. Ofertę psychoterapeutyczną mogą mieć np. poradnie zdrowia psychicznego, poradnie specjalistyczne, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, ośrodki prowadzone przez fundacje i stowarzyszenia, instytucje edukacyjne, organizacje religijne (np. duszpasterstwa, kurie biskupie, niektóre parafie), prywatne centra medyczne, ośrodki i gabinety prywatne.

---

<sup>26</sup> Zob. D. R. C r a n e, *Podstawy terapii małżeństw*, Gdańsk: GWP 2002.

<sup>27</sup> Przykładem może być tu choćby Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

<sup>28</sup> Na przykład Klinika Nerwic IPiN w Warszawie, Oddział Nerwic, Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przy wyborze trybu i miejsca leczenia warto wziąć pod uwagę nie tylko bezpośrednie koszty czy wygodę (np. związaną z nieodległą lokalizacją placówki oferującej psychoterapię), ale także kwalifikacje psychoterapeutów. W Polsce od lat trwają prace zmierzające do ustawowej regulacji wykonywania zawodu psychoterapeuty. Jak dotąd, nie zakończyły się one sukcesem<sup>29</sup>. Otwiera to przestrzeń do oferowania usług psychoterapeutycznych przez osoby do tego nieprzygotowane. Ciężar oceny kompetencji psychoterapeuty, a co za tym idzie – domniemanej jakości oferowanych przez niego usług, spoczywa w tej sytuacji na samej osobie zainteresowanej otrzymaniem pomocy. Prócz opinii uzyskanych pocztą pantoflową, warto wprost zapytać o kwalifikacje i rodzaj świadczonych usług. Potwierdza je np. ukończenie kilkuletniego kursu certyfikowanego przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne lub Polskie Towarzystwo Psychologiczne, co daje podstawy do samodzielnego prowadzenia psychoterapii. W ramach tychże szkoleń psychoterapeuta (najczęściej psycholog lub lekarz psychiatra) odbywa wiele specjalistycznych przygotowań, które obejmują wykłady i seminaria teoretyczne, praktyczne warsztaty i ćwiczenia, kilkumiesięczne staże kliniczne, odpowiednią liczbę godzin terapeutycznej pracy własnej, a także superwizję<sup>30</sup> prowadzonej przez siebie psychoterapii.

Praktyka kliniczna wskazuje, że w wyborze dotyczącym korzystania z psychoterapii część pacjentów kieruje się również oceną poziomu zgodności własnych założeń religijno-światopoglądowych z przekonaniami terapeuty. Osoby te oczekują, że prowadzący psychoterapię zrozumie lub przynajmniej odniesie się z szacunkiem dla ich doświadczeń religijno-duchowych. Mogą pojawiać się tu co najmniej dwojakiego rodzaju problemy: gdy terapeuta „psychologizuje” lub „psychiatryzuje” wszelkie kategorie przeżyć pacjenta, co może być konsekwencją nieadekwatnego modelu antropologicznego, jaki przyjmuje, oraz gdy dokonuje „redukcji w górę” – pochopnie sprowadza fenomeny psychologiczne do kategorii duchowych<sup>31</sup>. Do trudności może dojść

---

<sup>29</sup> Żywa dyskusja na ten temat prowadzona jest np. podczas dorocznych konferencji organizowanych przez Sekcję Naukową Psychoterapii, Sekcję Naukową Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Sekcję Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

<sup>30</sup> Superwizja to specjalna forma szkolenia, polegająca na monitorowaniu przebiegu psychoterapii przez superwizora, czyli bardziej doświadczonego psychoterapeutę, o kwalifikacjach potwierdzonych odpowiednim certyfikatem. Superwizja jest także szansą na zwiększenie skuteczności psychoterapii, może być prowadzona indywidualnie bądź grupowo.

<sup>31</sup> Na znaczenie adekwatnej, realistycznej antropologii w procesie psychoterapii wskazuje

także w przypadku prób łączenia wobec tej samej osoby ról kierownika duchowego i psychoterapeuty.

Należy podkreślić, że u początków decyzji o poszukiwaniu pomocy leży zawsze jakiś rodzaj cierpienia, lokalizowanego w różnych obszarach egzystencji pacjenta: emocjonalnym, poznawczym, interpersonalnym, rodzinnym, zawodowym czy seksualnym<sup>32</sup>. W części takich przypadków zasadne i wystarczające może okazać się skorzystanie z innych niż psychoterapia form pomocy psychologicznej. Dotyczy to np. konfliktów rodzinnych, trudności wychowawczych, kryzysów psychicznych, podwyższonej potrzeby wsparcia w sytuacji trudnej itd. Wiele z wymienionych wyżej miejsc oferuje również specjalistyczną pomoc, nakierowaną nie tylko na usuwanie poważniejszych zaburzeń, lecz także na psychoedukację i psychoprophylaktykę, rehabilitację psychologiczną, różne formy poradnictwa czy też wsparcia psychologicznego<sup>33</sup>. Z pewnością warto je docenić, a w razie potrzeby także z nich skorzystać.

#### ETYKA W POSTĘPOWANIU PSYCHOTERAPEUTYCZNYM

Zagadnienia etyczne związane z procesem psychoterapeutycznym omawia np. Kodeks etyczny psychoterapeuty, przyjęty na Walnym Zgromadzeniu Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dnia 8 grudnia 2001<sup>34</sup>. Kodeks nie ma mocy regulacji prawnej, stanowi jednak próbę określenia standardu odpowiedniego zachowania i postępowania terapeuty. Wskazania tego kodeksu dotyczą np. zawierania kontraktu terapeutycznego, obowiązku zachowania tajemnicy procesu terapeutycznego, zasad wykorzystywania dokumentacji psychoterapeutycznej do celów dydaktycznych czy jakości kontaktów pacjent–terapeuta poza sesjami psychoterapii<sup>35</sup>. Kodeks potępia

---

K. Popielski w pracy *Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia* (Lublin: RW KUL 1994).

<sup>32</sup> Obszerną listę trudności, widzianych oczyma pacjenta zgłaszającego się po pomoc psychoterapeutyczną, zawiera np. praca Czabały – dz. cyt., s. 119-123.

<sup>33</sup> Zob. P. S z c z u k i e w i c z, *O pomaganiu i psychoterapeutach. Kształtowanie się postaw wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej*, Lublin: Wydawnictwo UMCS 2005.

<sup>34</sup> Zob. *Kodeks etyczny psychoterapeuty*, „Psychoterapia” 2009, nr 2, s. 85-87. Kodeks ten odwołuje się do Kodeksu Lekarskiego oraz Kodeksu Psychologa.

<sup>35</sup> Regułą jest nieutrzymywanie takich kontaktów. Terapeuta nie powinien leczyć swoich znajomych. Jeśli zachodzi taka konieczność, Kodeks sugeruje zawieszenie w okresie leczenia wszelkich kontaktów towarzyskich terapeuty i pacjenta.

dyskryminację pacjenta ze względu na rasę, religię, narodowość, wiek, płeć, orientację seksualną. Przestrzega terapeutów przed narzucaniem pacjentowi własnego systemu wartości<sup>36</sup>, zachęca ich do staranności w wykonywaniu obowiązków oraz nieustannej pracy nad poszerzaniem własnych kompetencji zawodowych, np. poprzez korzystanie z różnych form współpracy i superwizji. Nadzór nad przestrzeganiem kodeksu sprawuje Komisja Etyki Psychoterapeuty, powołana przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.

#### UWAGI KOŃCOWE

Omówione wyżej podstawowe kwestie: wskazań, możliwości i zasad korzystania z psychoterapii z pewnością nie wyczerpują całego zakresu tej problematyki. Pomoc psychoterapeutyczna nie jest i nigdy nie stanie się panaceum na wszelkie bolesne doznania i trudności<sup>37</sup>. Nie zastąpi odniesień religijnych, nie uwolni (i nie powinna próbować uwalniać) od egzystencjalnych wyzwań: trudu ustosunkowania się do wartości, poszukiwania sensu podejmowanych działań czy prawa do głęboko „ludzkiej” interpretacji doświadczeń<sup>38</sup>. Uczestnictwo w psychoterapii może być natomiast niepowtarzalną okazją do „przekroczenia siebie”, otwarcia się na świat, rewizji dotychczasowych przekonań na temat siebie i innych. Psychoterapia jest w gruncie rzeczy procesem uczenia się<sup>39</sup>, którego efekty zwiększają szanse na satysfakcjonujące życie. Pozytywne skutki terapii są zasługą tyleż psychoterapeuty, co samego pacjenta, od którego ostatecznie zależy to, jak zechce skorzystać z nowo nabywanych umiejętności świadomego i wolnego kierowania własnym postępowaniem.

---

<sup>36</sup> Choć jednocześnie potwierdza prawo terapeuty do odmowy świadczenia pomocy, w przypadku znaczących różnic w obrębie systemu wartości pomiędzy nim a pacjentem. Wydaje się, że kwestia obecności oddziaływań aksjologicznych w relacji terapeutycznej jest zjawiskiem delikatnym i często niewłaściwie rozumianym.

<sup>37</sup> Zob. V. E. Frankl, *Homo patiens*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX 1998; I. D. Yalom, „*Dar terapii*”. *List otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich rodzin*, tłum. A. Tanalska-Duleba, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP 2003.

<sup>38</sup> Zob. Popielski, dz. cyt.; tenże, *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*, Lublin: Wydawnictwo KUL 2008; *Wartości dla życia*, red. K. Popielski, Lublin: Wydawnictwo KUL 2008.

<sup>39</sup> Zob. Czabała, dz. cyt.

## BIBLIOGRAFIA

- A l e k s a n d r o w i c z J. W.: Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości, Kraków: Wyd. UJ 2002.
- Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się, red. B. Józefik, Kraków: Wyd. UJ 1999.
- Biuro Regionalne dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia. Plan Działań na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2005.
- C i e p l i ń s k i K.: Wolność jako kategoria psychologiczno-egzystencjalna, [w:] K psychologii osobnego subjektu. Podmiot-osoba. W kierunku psychologii podmiotu osobowego. II Sympozjum Polsko-Słowackie. Trnava-Lublin, Trnava: Trnavska Univerzita 2001, s. 27-35.
- C i e p l i ń s k i K.: Doświadczenie wolności. Empiryczna analiza wybranych uwarunkowań psychologicznych (mps pracy doktorskiej, Lublin, BU KUL 2004).
- C i e p l i ń s k i K., P o p i e l s k i K.: Zagadnienie ludzkiej wolności w ujęciu wybranych współczesnych polskich teoretyków myśli psychologicznej, [w:] Wartości dla życia, red. K. Popielski, Lublin: Wydawnictwo KUL 2008, s. 473-483.
- C o r e y G., S c h n e i d e r - C o r e y M.: Grupy. Zasady i techniki grupowej pomocy psychologicznej, tłum. W. Kampert, Warszawa: PTP 1995.
- C r a n e D. R.: Podstawy terapii małżeństw, Gdańsk: GWP 2002.
- C z a b a ł a J. Cz.: Czynniki leczące w psychoterapii, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2000.
- F r a n k l V. E.: Homo patiens, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX 1998.
- G r z e s i u k L.: Wprowadzenie, [w:] Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy, red. L. Grzesiuk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 1994, s. 11-12.
- G u s t a f s o n J. P.: Terapia długo- czy krótkoterminowa, tłum. M. Kacmajor, Gdańsk: GWP 2001.
- K i l l i n g m o B.: Psychoanalityczna metoda leczenia. Zasady i pojęcia, tłum. J. Kubitsky, Gdańsk: GWP 1995.
- K o k o s z k a A.: Zaburzenia nerwicowe – postępowanie w praktyce ogólnolekarskiej, Kraków: Wyd. Medycyna Praktyczna 1998.
- K r a t o c h w i l S.: Terapia małżeńska, tłum. E. M. Šrajerová, Gdańsk: Wyd. Via Medica 2006.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, red. przekładu: S. Pużyński, J. Wciórka, Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii 2000.
- N a m y s ł o w s k a I.: Terapia rodzin, Warszawa: IPiN 2000.
- Podstawy terapii grupowej, red. H. S. Bernard, K. R. MacKenzie, tłum. W. Kampert, Gdańsk: GWP 2000.
- P o p i e l s k i K.: Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia, Lublin: RW KUL 1994.

- P o p i e l s k i K.: Psychologia egzystencji. Wartości w życiu, Lublin: Wydawnictwo KUL 2008a.
- P r o c h a s k a J. O., N o r c r o s J. C.: Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna, tłum. D. Golec [i in.], Warszawa: IPZ PTP 2006.
- Psychoterapia. Praktyka, red. L. Grzebiuk, Warszawa: Eneteia. Wyd. Psychologii i Kultury 2006, s. 17-72.
- S a t i r V.: Terapia rodziny. Teoria i praktyka, tłum. O. Waśkiewicz, Gdańsk: GWP 2000.
- S z c z u k i e w i c z P.: O pomaganiu i psychoterapeutach. Kształtowanie się postaw wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej, Lublin: Wydawnictwo UMCS 2005.
- T r y j a r s k a B.: Psychoterapia grupowa, [w]: Psychoterapia. Praktyka, red. L. Grzebiuk, Warszawa: Eneteia. Wyd. Psychologii i Kultury 2006, s. 17-72.
- Wartości dla życia, red. K. Popielski, Lublin: Wydawnictwo KUL 2008b.
- Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny, red. B. De Barbaro, Kraków: Wyd. UJ 1999.
- V i n o g r a d o v S., Y a l o m I. D.: Psychoterapia grupowa. Krótki przewodnik dla terapeutów, tłum. A. Tanalska-Duleba, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Y a l o m I. D.: „Dar terapii”. List otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich rodzin, tłum. A. Tanalska-Duleba, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP 2003.
- Y a l o m I., L e s z c z M.: Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka, tłum. R. Andruszko, Kraków: Wyd. UJ 2006.

#### INDICATIONS, PRINCIPLES AND OPPORTUNITIES TO PARTICIPATION IN PSYCHOTHERAPY

##### S u m m a r y

The article provides basic information to help family members take advantage of psychotherapy. The author argues the significance of psychotherapy in the current culture. Based up on selected definitions of psychotherapy and International Classification of Diseases (ICD-10) the author describes which groups of disorders can be cured by this form of treatment. The paper debates about the main schools and practical forms of psychotherapy. Moreover advises useful methods in the process of decision making, by seeking professional psychological help. In the last part of the article one discusses some of the most significant, ethical and anthropological aspects of the process of psychotherapy.

**Key words:** psychotherapy, ICD-10, diagnosis in psychotherapy, methods of psychotherapy, ethics in psychotherapy, psychotherapy and spirituality.

**Słowa kluczowe:** psychoterapia, ICD-10, diagnoza w psychoterapii, metody psychoterapii, etyka w psychoterapii, psychoterapia a duchowość.