

Anna Ostaszewska

## **Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim w leczeniu lęku**

*Jest absurdem zakładać, że psychoterapeuta może odłożyć własne wartości, które czasami mogą być wyrażane wprost, ale zawsze są obecne implícite w jego zachowaniach i postawach. – K. Evans, M. Gilbert (2005)<sup>1</sup>.*

### **Wprowadzenie**

W 1977 roku ukazała się książka Paula Vitza *Psychologia jako religia*. Początkowo jej autor był ateistą, wykładał psychologię humanistyczną w Stanford University. Gdy z czasem został chrześcijaninem, napisał książkę, w której zawarł krytyczne uwagi wobec pewnych aspektów psychologii. Dziś jest on uważany w USA za nestora psychologii chrześcijańskiej. Od lat 70. i 80. dwudziestego wieku nastąpił ogromny wzrost zainteresowania duchowością i religijnością w psychologii i psychoterapii (Prochaska, Norcross, 2006), co przejawia się zarówno w ilości i jakości prac naukowych i badań, jak i w powstawaniu na całym świecie organizacji zajmujących się tą dziedziną. Co ciekawe, działania w tym kierunku rozwijały się w różnych częściach świata jednocześnie i niezależnie od siebie, na początku bez wymiany informacji między tymi organizacjami.

Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim, wypracowywana przez psychologów i psychoterapeutów w Polsce, korzysta też z prac naukowych i doświadczeń stowarzyszeń zagranicznych. Identyfikuje się z jednym z metazałożeń terapeutycznych, wymienianych przez Europejski Ruch Psychologii Chrześcijańskiej i Antropologii czyli: „Terapeuta, który stosuje podejście chrześcijańskie w psychoterapii przez uwzględnianie i rozwijanie specyficznych celów, metod i pożądaných efektów zgodnie z chrześcijańskimi przekonaniem. Ten model praktyki psychoterapeutycznej jest rozwijany i weryfikowany przy użyciu tych samych naukowych metod, które stosowane są w innych podejściach terapeutycznych, ale z uwzględnieniem faktu, że Bóg daje nam zarówno rozum jak i odkupienie. Terapeuta oddaje chwałę Bogu, ale również uznaje wartość naukowej ewaluacji. Ufa Bogu, ale także ludzkiemu rozumowi.” (EMCPA, 2006; zob. Załącznik 4).

---

<sup>1</sup> Kenneth Evans – prezes Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii Integratywnej – European Association for Integrative Psychotherapy, były prezes Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii oraz Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii Gestalt.

## 1. Poziomy integracji

Obecnie w naszym kraju (Ministerstwo Zdrowia i Polska Rada Psychoterapii, 2007) wymienia się pięć głównych nurtów w psychoterapii: podejście psychodynamiczne i psychoanalityczne, poznawczo-behawioralne, humanistyczno-egzystencjalne, systemowe i integratywne. Kenneth Evans i Maria Gilbert (2005) definiują integratywność (*integrative*) w następujący sposób: „pojęcie to odnosi się do każdej orientacji w psychoterapii, która podkreśla lub rozwija się w kierunku koncepcyjnie spójnej, teoretycznej kombinacji dwóch lub więcej specyficznych podejść, lub reprezentuje nowy meta-teoretyczny, własny model integracji.”

Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim wyróżnia trzy poziomy integracji (Informator SPCh, 2009):

- integratywność na poziomie koncepcji człowieka – założenia antropologiczne,
- integratywność na poziomie praktyki terapeutycznej – metoda pracy terapeutycznej,
- integracja wewnętrzna terapeuty (w tym jego duchowości).

Na poziomie pierwszym, czyli rozumienia człowieka integrującą rolę odgrywa antropologia chrześcijańska i koncepcja osoby. Bliski jest jej personalizm, prace św. Tomasza z Akwinu, Stefana Świeżawskiego (1983) i Karola Wojtyły (2000). W praktyce terapeutycznej pomocny jest model osoby w relacji z Bogiem tzw. „samochód” (zob. Załącznik 1) znany z wcześniejszych publikacji (por. Ostaszewska, 2006a). Integratywność rozumiana jest tu jako integracja sfery emocjonalnej, poznawczej, wolitywnej, fizjologicznej, behawioralnej i duchowej. Duchowość rozumiana jest w sensie chrześcijańskim, jako relacja osoby ludzkiej z osobą Boga. Na poziomie drugim, czyli stosowanych technik, trzonem jest podejście psychodynamiczne i poznawczo-behawioralne. Brany jest pod uwagę także dorobek innych szkół psychoterapii. Ponieważ osoba jest całością, uwzględniane są wszystkie wymiary jej egzystencji. Jako bardzo istotną traktuje się samą relację terapeutyczną. Na poziomie trzecim znaczenie posiada zarówno profesjonalizm, wiedza i umiejętności psychoterapeuty, jak i jego samoświadomość i wewnętrzna integracja, obejmująca także wymiar duchowy. Celem psychoterapii integratywnej w podejściu chrześcijańskim jest leczenie i pomoc w rozwoju.

## 2. Geneza zaburzeń psychicznych

Podstawowa tożsamość osoby kształtuje się w okresie dzieciństwa. Dziecko na ogół jest, a na pewno powinno być chronione przed sytuacjami zbyt trudnymi. Jest zajęte swoim dorastaniem i jest to zadanie dla niego wystarczająco absorbujące. Sytuacje trudne pojawiają się zawsze i nie one są problemem. Ważne jest, jak wtedy reagują osoby znaczące (koncepcja przywiązania; por. Holmes 2007). Bliski dorosły umożliwia przeżycie fizyczne, ale i psychiczne – relacja z nim w okresie

kształtowania się tożsamości, potwierdza lub nie, jego ważność jako osoby i rację istnienia. Mama i tata potwierdzają (lub nie) odczucia dziecka, pomagają w interpretacji zdarzeń, uczą, co można zrobić w różnych sytuacjach. Ich oddziaływania można zaobserwować (zob. model osoby – Załącznik 1) na różnych poziomach:

- a) emocjonalnym – mama przytuli, pocałuje, pogłaszcze, co pozwala odczuć, że jest razem czyli „nie jestem sam, a moje uczucia mają dla kogoś znaczenie”;
- b) poznawczym – wytłumaczy, wyjaśni, przedstawi dziecku interpretację zdarzeń z pozycji dorosłego;
- c) behawioralnym – powie, co zrobić w tej sytuacji, albo coś zrobi;
- d) wolitywnym – dostarcza doświadczenia, że to, co ja chcę lub nie chcę, liczy się dla innych.

Dotyczy to także poziomu duchowego – werbalnie lub niewerbalnie podają przekazy dotyczące relacji z Bogiem i obrazu Boga. Doświadczenia relacyjne na poziomie wolitywnym i duchowym mogą być zaliczone do procesów kognitywno-emocjonalnych, które są kluczowe w rozwoju. Należy jednak zaznaczyć, że możliwy jest także inny rodzaj doświadczeń duchowych, pochodzący od samego Boga i wówczas nie można go zredukować do typowych procesów poznawczych. Opisane wyżej doświadczenie:

- potwierdza odczucia dziecka („dobrze czuję”) – poziom emocjonalny;
- pomaga uniknąć opierania się jedynie na własnej ocenie poznawczej dziecka, obiektywnie niedojrzałej i ograniczonej – poziom poznawczy;
- pomaga w kształtowaniu się umiejętności zachowania i nawyków – poziom behawioralny;
- pomaga w kształtowaniu się przekonań typu „mogę coś chcieć” lub „z innymi można się porozumieć”, co wpływa, między innymi, na świadomość procesów decyzyjnych.

Jeśli w trudnych dla dziecka sytuacjach pozostaje ono osamotnione, jego reakcje emocjonalne mogą być nie do wytrzymania i organizm uruchamia mechanizmy obronne. Dziecko samo wyciąga wnioski z tych doświadczeń i polega na własnych interpretacjach, z perspektywy słabej i zależnej istoty. Uczy się, że jego przeżycia nie mają znaczenia dla innych, albo że źle czuje (niewłaściwie odczuwa). W repertuarze zachowań ma dostępne tylko te specyficzne dla jego wieku rozwojowego i obiektywnych możliwości (np. nie wyprowadzi się z domu). Jeśli brakuje mu doświadczeń korektywnych wzorce nabyte na tych trzech poziomach utrwalają się.

Uczucia, przekonania i zachowania adekwatne do konkretnych (nieprawidłowych) sytuacji w dzieciństwie nie będą adekwatne do wielu innych sytuacji w późniejszym życiu. Zgeneralizowane wnioski z tych doświadczeń nie będą konstruktywne ani adaptacyjne (z perspektywy chrześcijańskiej mogą być fałszywe). Zachowania zaś nie będą wówczas przynosiły efektów zgodnych z intencjami.

W życiu dorosłym te schematy reagowania nie będą się sprawdzać (a przynajmniej nie zawsze). Pojawiają się objawy dysfunkcji i cierpienia, zwykle niezrozumiałe dla danej osoby (zob. Schemat 1).

## **Schemat 1**

### **Geneza zaburzeń**

#### **Doświadczenia z dzieciństwa**

– zbyt trudne sytuacje oraz niewłaściwy sposób potraktowania dziecka przez osoby znaczące (teoria przywiązania; Bowlby)



Emocje nie do wytrzymania – mechanizmy obronne



Zakłócenia poznawcze, zakłócenia obrazu siebie i innych

Generalizacje (Bowlby) – nieuświadomione przekonania

Schematy poznawcze (Beck)



Zachowania adekwatne do schematów poznawczych – przekonań,  
a nieadekwatne do sytuacji lub do intencji



Brak funkcjonowania osoby w pełni

Brak poczucia wpływu w sytuacjach, gdy jest on możliwy



Lęk, bezsilność, agresja przeniesieniowa, inne objawy

Między funkcjonowaniem wewnętrznym osoby a jej relacjami występuje ścisła zależność. Utrwalone wzorce dotyczą postrzegania siebie jako osoby, a także bliskich relacji (modele przywiązania) i relacji ze środowiskiem. Relacje (więzi, przywiązania) obejmują z kolei całą osobę, wszystkie jej „elementy składowe”. Można je analizować jako całość – w relacji, lub jako poszczególne elementy wpływające na siebie nawzajem – w pracy nad wzmocnieniem osoby. Integratywne leczenie zaburzeń psychicznych podejmuje pracę szczególnie ze sferą emocjonalną i schematami poznawczo-behawioralnymi. Na znaczenie wypartych bolesnych uczuć jak i schematów poznawczych wskazuje koncepcja przywiązania i badania z nią związane (Holmes, 2007).

„Pacjent neurotyczny to ktoś, kto opiera swe relacje ze światem na nieadekwatnych założeniach (np. że inni zawsze go lekceważą, bądź ignorują lub ośmieszają jego uczucia). Choć te założenia zawierają trafne refleksje o tym, jak odnoszono się do danej osoby w dzieciństwie,

niekoniecznie muszą one wyrażać podobieństwo do aktualnej rzeczywistości i mogą prowadzić do nieefektywnej adaptacji, tworząc relacje unikające bądź ambiwalentne. Istnieją dwa czynniki sprawiające, że te przestarzałe modele się utrzymują. Pierwszy z nich to obronne wykluczenie bolesnych uczuć, które można przezwyciężyć za pomocą przetwarzania emocji. Drugi to potrzeba zachowywania znaczenia i porządkowania napływających ze środowiska informacji w jakiś rodzaj schematu, choćby i nietrafny. Biorąc pod uwagę, że pacjent przypuszczalnie silnie przywiąże się do terapeuty, trzeba się liczyć z tym, iż owe założenia, przyjęte z góry opinii i przekonania będą miały znaczny wpływ na kształtowanie się relacji z terapeutą, a on będzie je mógł odkrywać i uwidaczniać, tak by mogły się stać przedmiotem wspólnej oceny” (por. Holmes, 2007, s. 254-255).

### **3. Wzmacnianie osoby**

Model psychoterapii rozwijany w SPCh, nazywany „terapią wzmacniania osoby” (Informator SPCh, 2009; Ostaszewska, 2009). Terapeuta pełni w pewnym sensie rolę zastępczego bliskiego dorosłego, który ma pomóc:

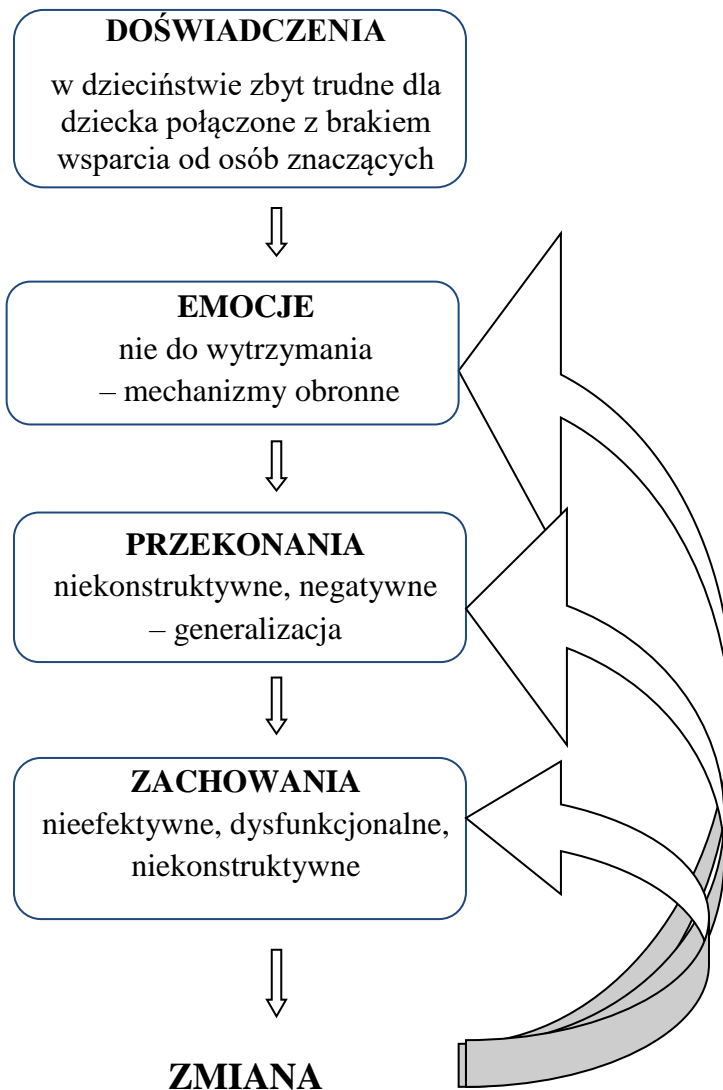
- odkryć w historii życia pacjenta doświadczenia zbyt trudne dla dziecka, jego emocje w tamtym czasie, potwierdzić prawo do ich odczuwania, jak również dostarczyć doświadczenia korektywnego – poziom emocjonalny;
- w reinterpretacji wydarzeń – skorygować schematy poznawcze;
- w wypracowaniu nowych nawyków zachowania, w tym także nawyku zauważania siebie;
- w uświadomieniu sobie własnych procesów decyzyjnych, co jest możliwe w pracy z osobą dorosłą.

Całość tych oddziaływań odbywa się w relacji terapeutycznej i może obejmować analizę dotychczasowych relacji pacjenta, przeniesienia i przeciwprzeniesienia.

W omawianym podejściu uwzględnia się wymiar duchowy i bierze się pod uwagę, że reakcje psychoterapeuty na informacje dotyczące wymiaru duchowego również w jakiś sposób potwierdzają lub nie doświadczenia duchowe pacjenta. Terapeuta nie potwierdza ich wówczas, gdy na przykład je ignoruje lub przypisuje im wyłącznie wymiar psychologiczny (co może być słuszne lub nie w konkretnych przypadkach). Zakłada się, że każdy chory człowiek ma w sobie coś zdrowego i jest to, co najmniej, tendencja do bycia osobą. Każdy człowiek jest osobą i nią się staje. Gdy osoba nie funkcjonuje w pełni, jest, można powiedzieć, w jakiś sposób „zabijana”, ciało wysyła informacje – „produkuje” tzw. objawy wzywające do zmiany czegoś bardzo istotnego dla dobra całej osoby. Osiągnięcie tej zmiany powinno usunąć objawy (zob. Schemat 2).

#### **Schemat 2**

#### **Zintegrowane podejście w pracy nad zmianą w psychoterapii**



Zmianą jest:

- a) odkrycie doświadczeń z przeszłości (wgląd);
- b) przeżycie uczuć dawniej „nie do wytrzymania” (dzięki bezpiecznej relacji terapeutycznej);
- c) kierowanie emocji „pod właściwym adresem” (wyjście z przeniesienia);
- d) doświadczanie emocji wcześniej wypieranych;
- e) zmiana przekonań – na konstruktywne, prawdziwe, związane z energią, siłą do życia;
- f) zmiana zachowań – na konstruktywne, efektywne (dające skutki zgodne z intencjami);
- g) wzmocnienie osoby jako całości;
- h) wzmacnianie świadomego kierowania procesami decyzyjnymi;
- i) zintegrowanie procesów leczniczych i rozwojowych z duchowością.

Źródło: SPCh 2009.

W pracy terapeutycznej zajmujemy się realnymi doświadczeniami życiowymi, realnie istniejącymi, chociaż często nieuświadomionymi przekonaniami, i realnymi zachowaniami. Relacja terapeutyczna jest traktowana również jako realna, chociaż role terapeuty i pacjenta oraz zasady tej relacji są określone kontraktem, a w terapii uwzględnia się pracę z przeniesieniem.

#### **4. Znaczenie sposobów komunikacji dla kształtowania się i zmiany postaw – komunikacja osobowa i przemocowa**

W okresie kształtowania się tożsamości osoby (dzieciństwo) decydujący jest rodzaj więzi ze znaczącymi osobami, zwłaszcza matką i ojcem. Relacje z nimi można analizować jako dwa rodzaje komunikacji: osobowy (Rysunek 1) lub przemocowy (Rysunek 2). Komunikacja w stylu osobowym potwierdza osobę, jej wolność i godność, czyli potwierdza jej prawo do odczuwania, myślenia, chcenia i decydowania – przez co ją wzmacnia. Komunikacja w stylu przemocowym nie potwierdza wolności i prawa do odrębności osoby, a nawet je kwestionuje – przez co samoświadomość osoby rozwija się w sposób zaburzony. Komunikaty niewerbalne są tu ważniejsze niż werbalne, chociaż trudniejsze do zidentyfikowania. Tworzą one doświadczenia „zapisane” w sferze emocjonalnej. Komunikaty werbalne „zapisują” się w sferze poznawczej i mogą nieraz być sprzeczne z tym, co jest doświadczane na poziomie emocjonalnym. Oczywiście, rodzaje komunikacji stosowanej przez rodziców wobec dziecka zależą od ich własnych doświadczeń w dzieciństwie i wzorców przywiązania (Holmes, 2007, Buchheim, 2001).

Komunikacja osobowa zakłada udzielanie informacji o sobie i zadawanie pytań otwartych o drugą osobę oraz czekanie na odpowiedź i szanowanie tego, co czuje, myśli, chce i robi druga osoba – przez co uznaje się jej wolność i godność. Ważne są niewerbalne komponenty tych komunikatów, choćby spokojny ton głosu. Przykłady:

- Uczucia: Jak się czujesz? Co się dzieje? Czego się obawiasz? Ucieszyłeś się? Podoba ci się to?
- Myśli: Co myślisz o tym? A jak ty sądzisz? Jak ci się wydaje? Jakie jest twoje zdanie?
- Wola: Co chcesz? A ty jak byś chciał? Czy chciałbyś ... ?
- Zachowania: Co robisz? Czy mógłbyś ... ? Zgodziłbyś się na ... ?

Komunikacja przemocowa może mieć charakter przemocy fizycznej, psychicznej, czy zaniedbania. Odbierana jest jako brak potwierdzenia, szacunku i naruszanie granic. Może być wyrażana przez gotowe recepty, nietrafne interpretacje, nadmiarowe i niesprawiedliwe kary, karanie milczeniem lub wycofaniem uczuć, oskarżanie, manipulację, szantażowanie („jak nie..., to...”). Podobną rolę może pełnić ignorowanie, czyli brak reakcji na to, co czuje, myśli (mówi), chce i robi druga osoba: nie zaspokajanie ważnych potrzeb, nie udzielanie istotnych informacji, nie zadawanie pytań o istotne sprawy, czy też nadopiekuńczość. Występuje tu założenie, że „ja wiem lepiej, co ty powinieneś czuć, myśleć, chcieć, robić” i „mam prawo ci to narzucać” (czasem nawet przy pomocy jakiejś formy duchowości). Przemocowa komunikacja wywołuje lęk i wycofanie, albo złość i agresję. Można powiedzieć: złość jest tu reakcją na zło. Druga osoba koncentruje się na obronie – reaguje wycofaniem lub agresją. W przypadku relacji dziecka z rodzicem, dziecko – pomimo własnych uczuć

– dostosowuje się, ponieważ chce być kochane i chce kochać, ponieważ zakłada, że dorosły wie lepiej (bo jest „duży”), albo dlatego, że nie ma innego wyjścia (np. nie wyprowadzi się z domu, dopóki jest małe, bo nie przeżyje). A to przykłady przemocowych komunikatów werbalnych w sferze emocjonalnej, poznawczej, wolitywnej i behawioralnej:

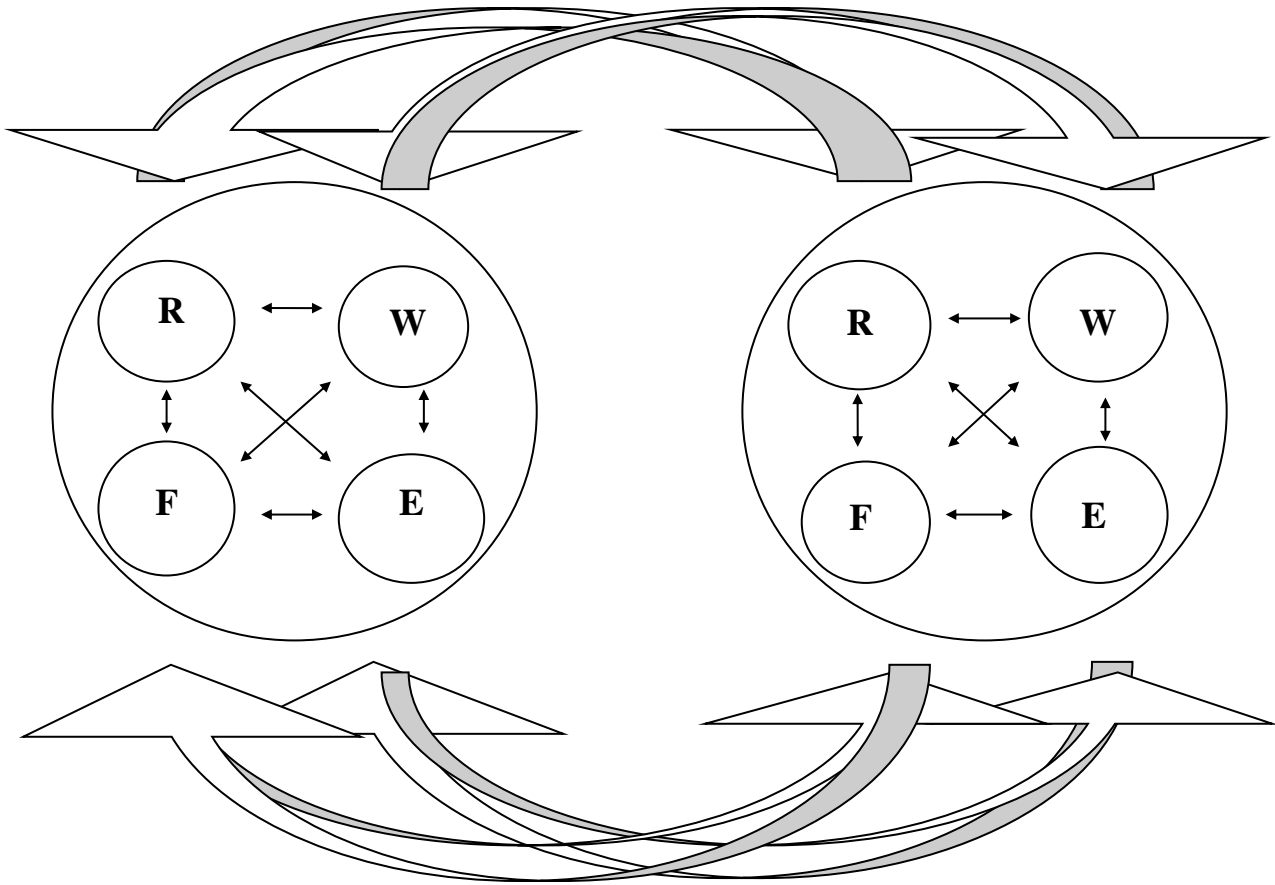
- Uczucia: Jak ty możesz tak czuć?! Czym ty się martwisz? Nie bój się. No jak to, nie cieszysz się? Nie bądź taki smutny. Nie przesadzaj!
- Myśli: Co też ci przyszło do głowy? Ty to jak coś wymyślisz. Ty idioto!
- Wola: Jak ty możesz tego chcieć?! Nieważne, co chcesz, ważne co być musi. Musisz... Tak trzeba!
- Zachowania: Jak ty możesz tak robić?! Co ty wyprawiasz?! Zrób tak jak mówię! Nie dyskutuj! No przecież proszę cię, żebyś ... ! Jeśli nie zrobisz tak ... to ... .

Doświadczenie określonego rodzaju komunikacji z bliskim dorosłym w dzieciństwie tworzy typy przywiązania: ufne, lękowo-ambivalentne, unikające lub dezorganizowane (chaotyczne). Badania Sroufe (za: Holmes 2007, s.172) „wskazują, że dzieci zaklasyfikowane jako ufne przejawiają większą kontrolę ego i większą odporność psychiczną w porównaniu z dziećmi o wzorcu lękowym. W ocenie swych nauczycieli dzieci należące do grupy ufego przywiązania nie miały ani zbyt dużej, ani zbyt małej kontroli nad ego, dzieci o wzorcu unikającym miały zbyt dużą kontrolę, a dzieci ambivalentne zbyt małą.” Psychoterapeuta powinien zwracać uwagę na to, że w swoich interwencjach i interpretacjach też może być przemocowy i musi tego unikać. Przez komunikację osobową wzmocnimy tożsamość osobową pacjenta.



Rysunek 1.

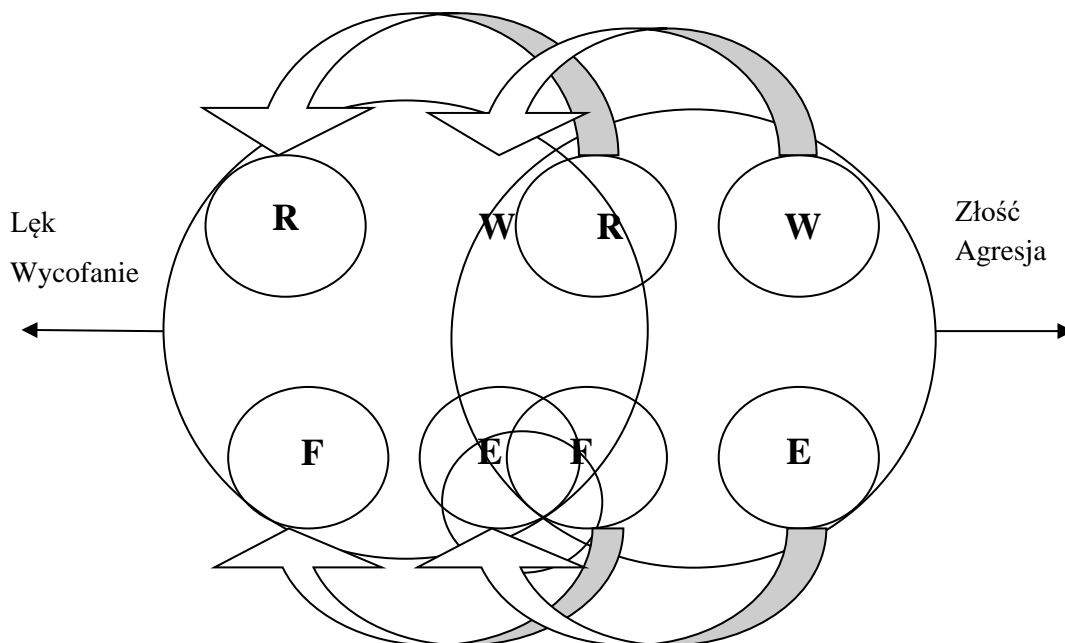
Komunikacja osobowa: Ja czuję, myślę, chcę, robię. A ty? Co czujesz? myślisz? chcesz? robisz?



E – sfera emocjonalna (uczucia), czuję  
R – sfera poznawcza (rozum), myślę, wiem,  
rozeznaję  
W – sfera wolitywna (wola), chcę, decyduję  
F – sfera fizyczna (ciało i zachowania), robię  
Por. Załącznik 1.

Rysunek 2

Komunikacja przemocowa: Ja czuję, myślę, chcę, robię.



E – sfera emocjonalna (uczucia), czuję

R – sfera poznawcza (rozum), myślę, wiem, rozeznaję

W – sfera wolitywna (wola), chcę, decyduję

F – sfera fizyczna (ciało i zachowania), robię

Por. Załącznik 1.

## 5. Relacja do innych szkół psychoterapii

Podejście psychodynamiczne i poznawczo-behawioralne są kluczowe w psychoterapii integratywnej rozwijanej w SPCh. Wykorzystuje się w niej także elementy terapii humanistyczno-egzystencjalnej i systemowej (Informator SPCh, 2009). Można wyróżnić następujące podstawowe elementy występujące w tych podejściach:

- Podejście psychodynamiczne – za zasadnicze uznaje się znaczenie doświadczeń w dzieciństwie, istnienie procesów nieświadomych, ich wpływ na inne doświadczenia, wpływ emocji na myślenie, decyzje i działanie, znaczenie mechanizmów obronnych, przeniesienia i przeciwprzeniesienia.
- Terapia poznawczo-behawioralna – podkreśla się znaczenie przekonań kluczowych, myśli automatycznych, procesu uczenia się, wzmocnień pozytywnych i negatywnych.
- Terapia humanistyczno-egzystencjalna – uwzględnia się znaczenie osoby we wszystkich jej aspektach (w tym ciało, uczucia i emocje), jej potencjału, znaczenie relacji dla kształtowania się i korekty postaw, a także znaczenie sensu, cierpienia i śmierci.
- W systemowej terapii rodzin – wyróżnia się znaczenie systemu rodzinnego i społecznego dla kształtowania się osoby i jej schematów relacyjnych.

Większość wymienionych wyżej elementów procesu kształtowania się osoby, jej wzorców relacyjnych i genezy zaburzeń jest także uwzględniana w koncepcji przywiązania Bowlbiego. Spośród przedstawicieli teorii relacji z obiektem zbliżone jest podejście R. D Winnicotta.

Jak w każdej psychoterapii, także w integratywnej w podejściu chrześcijańskim, uznaje się wpływ czynników biologicznych i procesów fizjologicznych na kształtowanie się postaw i bieżące reakcje. Zawsze zakłada się w niej istotne znaczenie relacji terapeutycznej dla procesu terapii, jak również znaczenie samoświadomości psychoterapeuty (konieczna praca własna terapeuty). Jednak daje się w niej zauważyć także pewne różnice w porównaniu do innych szkół psychoterapii:

- Uznaje się istnienie wolnej woli rozumianej jako obszar, w którym człowiek coś chce lub nie chce oraz podejmuje decyzje. Możliwość świadomego podejmowania decyzji rozwija się wraz z dojrzałością, dlatego nie zakłada się pełnej odpowiedzialności dziecka za jego zachowania. W terapii tej można pracować nad świadomymi decyzjami czy wyborami osoby dorosłej.
- Uznaje się istnienie obiektywnej prawdy rozumianej jako fakty wewnętrzne i zewnętrzne, mechanizmy psychologiczne oraz w oddzielnej kategorii prawd biblijnych.
- Przyjmuje się określone kryteria, na podstawie których psychoterapeuci potrafią rozróżnić doświadczenia psychiczne, duchowe i quasi duchowe.

## 6. Techniki

Stosowane techniki powinny być dostosowane do problemu pacjenta, etapu terapii i możliwości pacjenta. W psychoterapii integratywnej w podejściu chrześcijańskim stosuje się typowe techniki pracy psychoterapeutycznej takie jak werbalizacja, klaryfikacja (parafraza), konfrontacja, interpretacja. Postawa terapeuty jest elastyczna i otwarta na to, co wnosi pacjent. Psychoterapeuta może jednak proponować pewne struktury, które czynią pracę terapeutyczną bardziej klarowną dla pacjenta, czy też używać szerokiej gamy technik dyrektywnych w celu intensyfikacji procesu terapeutycznego. Zarówno w pracy nad źródłami problemu jak i aktualnymi objawami, w podejściu tym zwraca się szczególną uwagę na wewnętrzne powiązania między emocjami a przekonaniem. Przekonania rozumiane są tu w sensie funkcjonujących u danej osoby oczywistości. Znaczenie słowa „przekonania” jest bliskie temu, co Beck określa jako „przekonania kluczowe” (za: Popiel, Pragłowska, 2008; zob. też: Schemat 1 i 2). Praktycznie działające przekonania są zwykle nieświadome (nie pojawiają się jako „myśli”). Odkrywanie wypartych uczuć i związanych z nimi przekonań stanowi istotną część pracy terapeutycznej.

Zakłada się, że efektywna zmiana wymaga zaangażowania całej osoby. W procesie terapii stosuje się odpowiednio techniki pracy z emocjami oraz techniki poznawcze i behawioralne. Techniki personalistyczne stosowane są w celu wzmocnienia świadomości procesów decyzyjnych i samoświadomości osoby jako całości. Techniki „duchowe”, takie jak poruszanie duchowych czy religijnych aspektów problemu pacjenta, stosuje się, o ile istnieje taka potrzeba. Techniki personalistyczne i „duchowe” w kontekście psychoterapii można zaliczyć do technik poznawczych. Podkreśla się znaczenie osobowego traktowania pacjenta i kładzie się nacisk na pytania otwarte. Psychoterapeuta odnosi się nie tylko do treści świadomych, lecz wydobywa treści nieświadomione, zwracając uwagę na wszelkie informacje niewerbalne, podwójne sygnały i *feedback* – rozumiany jako reakcja niewerbalna na interwencję terapeuty. Zwraca się uwagę na stronę czynną i bierną w wypowiedziach pacjenta. Częste używanie strony biernej przez osobę dorosłą wskazuje na niedojrzałą, bierno-rozszczeniową postawę (postawa „ofiary”). W podejściu tym staramy się wzmacniać postawę osobową, ze świadomością siebie i odpowiedzialnością za decyzje i czyny, co wiąże się z przyływem energii do życia.

## 7. Wymiar duchowy

Duchowość jest traktowana jako realność a nie jako obrona. W prezentowanym podejściu uznaje się, że kontakt z Bogiem może być realny, ale może być też iluzoryczny – terapeuta powinien potrafić to odróżnić, znając kryteria zdrowej i chorej duchowości. W relacji z pacjentem stara się on

dostrzec proces duchowy współistniejący z procesami psychicznymi. W praktyce terapeutycznej oznacza to zastosowane umiejętności – o ile występuje taka potrzeba – w zakresie:

- pomocy w zintegrowaniu leczenia i rozwoju psychicznego z rozwojem duchowym;
- zrozumienia duchowości pacjenta oraz rozróżniania zdrowej i chorej religijności (zdrowej – opartej na wolności i osobowej relacji z Bogiem; chorej – opartej na sztywnych schematach i obronach);
- oprócz typowych technik terapeutycznych, argumentów biblijnych wzmacniających proces zmiany, wskazujących, że zmiana jest dobra także w kategoriach duchowych (dla wielu osób motywacja duchowa jest głębsza i ważniejsza od psychologicznej).

Psychologiczne cele w czasie trwania terapii (zdrowe funkcjonowanie) mogą wydawać się być różne z ogólnymi celami rozwoju na poziomie duchowym, jednak nie są one sprzeczne ze sobą i mogą istnieć jednocześnie. Psychoterapeuta powinien mieć tego świadomość. Na poziomie psychicznym celem jest przede wszystkim uzyskanie lub odzyskanie poczucia wpływu w tym zakresie, który zależy od danej osoby. Na poziomie duchowym ważna jest świadomość i akceptacja własnych ograniczeń, błędów i grzechów, otwierająca na przyjęcie miłosierdzia i łaski. Rezygnacja z własnego wpływu jest możliwa, gdy ma się poczucie wpływu. Na poziomie psychicznym celem jest dążenie do szczęścia, a jednocześnie z tym (a nie sprzecznie), na poziomie duchowym ważna jest również umiejętność przyjęcia cierpienia, którego nie da się uniknąć, lub które lepiej jest przyjąć niż z nim walczyć (zob. Tabela 1).

**Tabela 1**

**Cele psychoterapii na poziomie psychicznym a cele życia na poziomie duchowym (przykłady)**

<b>Poziom psychiczny</b>	<b>Poziom duchowy</b>
Uzyskanie poczucia wpływu w tym zakresie, który zależy ode mnie.	Prawda Świadomość i akceptacja zarówno własnych talentów, jak i ograniczeń. Każdy człowiek potrzebuje miłosierdzia i łaski.
Samodzielność	Wolność Ale uznanie również zależności od Boga.
Troska o siebie	Miłość Przyjęcie miłości, także miłość Boga i bliźniego jak siebie samego.
Dążenie do zdrowia i szczęścia	Przyjęcie cierpienia, którego nie da się uniknąć, lub które lepiej jest przyjąć niż z nim walczyć.
Robić wszystko tak, jakby to zależało tylko ode mnie.	Ufać Bogu tak, jakby wszystko zależało od Boga.

Głównym celem psychoterapii jest leczenie. Po osiągnięciu tego celu mamy do czynienia z normalnym dla wszystkich ludzi wyzwaniem do rozwoju, który w wymiarze duchowym dotyczy

przede wszystkim rozwoju miłości – wobec siebie, drugiej osoby i Boga. Proces leczenia nie powinien być w sprzeczności z realizacją duchowych celów życia.

## **8. Praca z lękiem w nerwicy i zaburzeniach osobowości**

Kluczowy dla powstawania i rozwoju problemów psychicznych jest brak poczucia wpływu w sytuacjach, gdzie jest on możliwy (nawet jeśli ktoś koniecznie chce mieć wpływ na sytuacje, które od niego nie zależą, to właściwe rozeznanie i używanie wpływu tam, gdzie to możliwe, pomaga zaakceptować obiektywne ograniczenia). W związku z tym występuje lęk lub działania zastępcze, oparte na mechanizmach obronnych – gdy lęk jest nieuświadomiony. Są one niekonstruktywne i nieefektywne, co oznacza, iż nie dają efektów zgodnych z intencjami. Terapia powinna przywrócić poczucie wpływu przez wzmocnienie osoby w ogólności, a konkretnie przez wzmocnienie tych wymiarów funkcjonowania, które nie działają, lub korektę tych, które działają niewłaściwie. Konieczna jest więc diagnoza na poziomach: emocjonalnym, poznawczym, wolitywnym, behawioralnym (zob. model „samochodu” – Załącznik 1) oraz, jeśli zachodzi taka potrzeba, na poziomie duchowym.

Odzyskanie poczucia wpływu oznacza umiejętność poradzenia sobie z lękiem. Ma to związek z autonomią i separacją. Lęk jest dobry. Jeśli przyjmiemy założenie, że wszystko ma sens i jest po coś (zob. Załącznik 2), zmienia się negatywna, chorobowa konotacja objawu. Lęk jest objawem, nie przyczyną – jak nieraz sądzą pacjenci. Lęk jest informacją. Pierwszym zadaniem terapii jest odkrycie, po co jest objaw. Objaw może być traktowany jako wyolbrzymienie problemu, po to, żeby wprowadzić zmianę. Gdyby nie bolało, człowiek nie chciałby nic zmieniać.

Praca z lękiem u osoby dorosłej uwzględnia odmienne strategie w terapii nerwic i zaburzeń osobowości. W zaburzeniach nerwicowych lęk jakby „zalewa”, w związku z tym należy wykształcić umiejętność radzenia sobie z nim przez wzmocnienie sfery poznawczej, wolitywnej i behawioralnej. W zaburzeniach osobowości lęk jest bardzo silny, ale wyparty, odszczepiony. W związku z tym potrzebna jest pomoc w skonfrontowaniu się z nim i odzyskaniu poczucia, że z pozycji osoby dorosłej mogą go unieść, ponieważ mam możliwości, których nie miało dziecko. Konieczne jest odkrycie wydarzeń traumatycznych oraz emocji z nimi związanych, ich reinterpretacja i wypracowanie nowych strategii behawioralnych zwłaszcza w bliskich relacjach, w których lęk powstawał. Bezpieczna relacja terapeutyczna jest niezbędną do tego bazą.

Neurotyk boi się odrzucenia przez innych – jak dziecko, bo wtedy sobie nie poradzi. Robi wszystko, by spełniać oczekiwania innych, na przykład nie umie powiedzieć „nie”. Radzi sobie w życiu, ale jakby nie wie o tym. Często nie posiada wystarczających granic w relacjach, charakteryzuje się raczej syntonią a nie empatią, chociaż potrafi być bardzo empatyczny. Neurotyk zajmuje się ciągle lękiem lub poczuciem winy, na bazie obawy (lęk) przed tym, co ktoś może o nim pomyśleć lub sądzić.

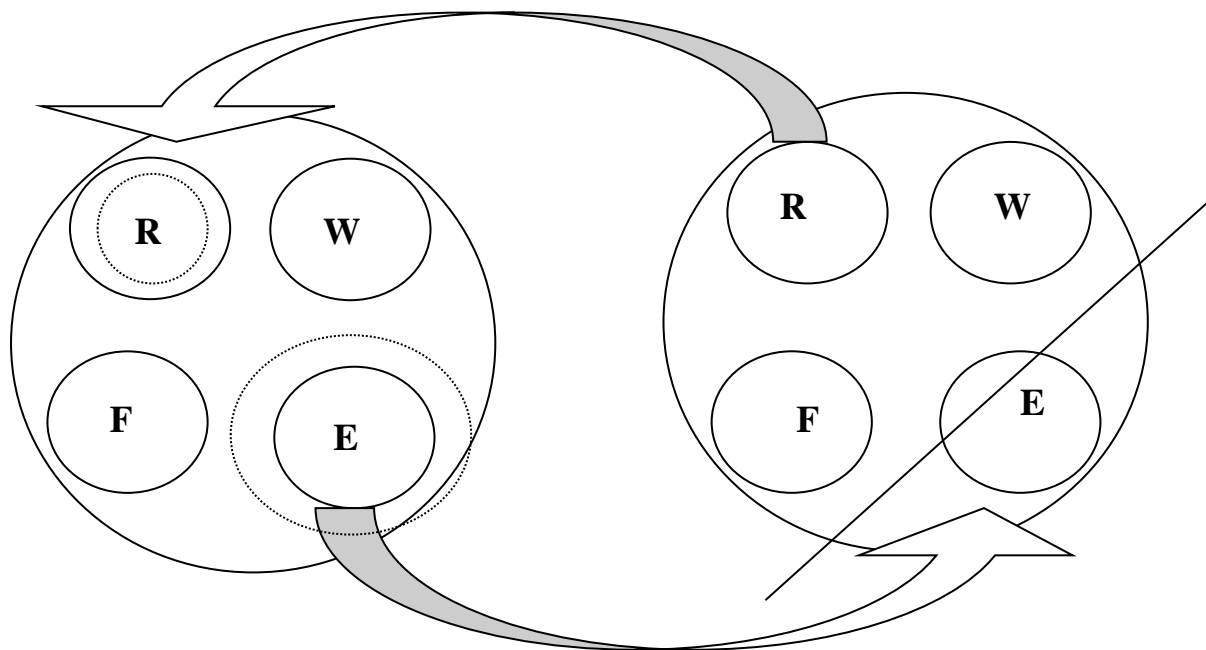
Uważa, że przyczyną jego problemów jest lęk. Poczucie winy w zaburzeniach lękowych spowodowane jest lękiem przed oceną lub odrzuceniem, bez winy realnej. Lęk jest często związany z poczuciem zależności od tego, jak ocenią mnie inni. Związany jest też z nieadekwatnym, zawyżonym obrazem innych i zaniżonym obrazem siebie. Inny jest postrzegany jako „duży”, a on jako „mały”. Jest to sposób widzenia charakterystyczny dla dziecka. Także w relacji z Bogiem taka osoba ma skłonność do „zarabiania” na miłość.

Osoba z zaburzoną osobowością jest sprawna poznawczo (intelektualnie), decyzyjnie, behawioralnie w realizacji zadań, ale niesprawna w bliskich relacjach. Rozum i wola działają dobrze, ale nie uwzględniają wielu informacji ze sfery emocjonalnej i bazują na niezweryfikowanych schematach poznawczych z dzieciństwa. Część emocji jest wyparta – pojawia się częsty schemat: lęk – bezsilność – agresja. Unikanie lęku przejawia się też w skłonności do teoretyzowania (intelektualizacja i racjonalizacja), wypierania, odszczepiania, manipulacji, czy deprecjacji. Jaką funkcję pełni objaw? Generalnie jest informacją, że „zabija się siebie”. W zaburzeniach osobowości informuje, że odbiera sobie prawo do odczuwania w pełni, a to uniemożliwia bliskość w relacjach (satysfakcjonujące więzi). Funkcjonuje na przeniesieniach i mechanizmach obronnych, rozwija atrybuty, prezentuje pozorną siłę. Objaw pokazuje słabość, przez co domaga się zajęcia słabością. Miłość w relacji z Bogiem jest nieraz jedyną miłością, której taka osoba doświadcza. Jednak wyparte emocje utrudniają lub nawet uniemożliwiają miłość w realnych relacjach z ludźmi.

Warto też zwrócić uwagę na komunikację między osobami o osobowości neurotycznej a z zaburzoną osobowością (Rysunek 3). Ich bliskość wydaje się być z natury skazana na porażkę. Jedna osoba jest nadmiernie skoncentrowana na emocjach, zwłaszcza lęku, a druga nie odczuwa części emocji, szczególnie lęku. Jeśli popatrzeć na taką relację jako na wyzwanie dla obu stron, może być ona okazać się niezwykle rozwojowa. Neurotyk może nauczyć się więcej myśleć i podejmować świadome decyzje i działania, a osoba z zaburzeniami osobowości może nauczyć się pełniej odczuwać i szanować emocje w relacjach.

Rysunek 3

Komunikacja między osobą o osobowości neurotycznej i z zaburzoną osobowością.



E – sfera emocjonalna (uczucia), czuję  
R – sfera poznawcza (rozum), myślę, wiem,  
rozeznaję  
W – sfera wolitywna (wola), chcę, decyduję  
F – sfera fizyczna (ciało i zachowania), robię  
Por. Załącznik 1.



W terapii lęku u osoby z zaburzeniami lękowymi warto uwzględnić poniższe cele:

1. Odkryć przyczyny: uzyskać wgląd w to, jakich określonych reakcji nauczył się w dzieciństwie.
2. Urealnić: wrócić z poziomu generalizacji do konkretnego. Przykładowa technika – cztery punkty pracy z lękiem: (a) czego się boję naprawdę? (b) jakie jest prawdopodobieństwo, że to się wydarzy? (c) co mogę zrobić w tej sprawie i zrobić to, (d) zamknąć temat.
3. Wzmacniać myślenie: nie wyłączać myślenia w momentach silnych emocji, zwłaszcza lęku (np. co się dzieje? co mogę zrobić w danej sytuacji?). Rozwijać samoświadomość, wiedzę, myślenie.
4. Wzmacniać decyzje: rozwijać świadomość własnych decyzji.
5. Wzmacniać granice: ustalić swoje granice i nauczyć się ich bronić.
6. Ustalić własne cele: aktywne („chcę”) a nie reaktywne („muszę”). Wzmacniać autonomiczność osoby.
7. Zauważać i doceniać osobiste wyposażenie (dary), a także to, co jest dobre w danej sytuacji: tu znaczenie ma własna filozofia życia i definicja nadziei (np. wszystko ma sens i jest po coś).
8. Nauczyć się diagnozować inne osoby i sytuacje: postrzegać ludzi bez naiwności (idealizacji czy depersonalizacji).
9. Zmienić interpretację symptomów cielesnych na pozytywną: ciało jest przyjacielem, a nie wrogiem, wysyła informacje ważne i dobre dla danej osoby. Warto nauczyć się odczytywać te informacje.
10. Podejmować ryzyko życia pomimo lęku: nie uciekać przed wolnością (Fromm, 1993). Robić wszystko, co zależy ode mnie, poza tym zaufać Bogu, który nie traci kontroli nad światem (wymiar duchowy).

W pracy z lękiem u osoby z zaburzoną osobowością zwykle najpierw trzeba odblokować odczuwanie, odkryć emocje wyparte w sytuacjach zbyt trudnych w przeszłości. To regresuje, więc potrzebne jest jednocześnie wzmacnianie dorosłego, odkrywanie jego zasobów i tych możliwości, których nie miało dziecko, odkrywanie schematów poznawczych i praca nad reinterpretacją wydarzeń. Etapy pracy z emocjami (wgląd i odczuwanie), pracy poznawczej i pracy dotyczącej zachowań mogą się przeplatać.

Terapia lęku u osoby z zaburzoną osobowością uwzględnia podobne jak powyżej cele, chociaż jej główne akcenty rozkładają się inaczej. Ważne jest w niej również odkrycie źródeł danych reakcji i przekonań (wgląd w dzieciństwo: jak się tego nauczyłem?), a dalej wyjście z przeniesienia, czyli kierowanie uczuć pod właściwym adresem. Jedną z technik psychoterapii integratywnej jest praca na bazie materiału zebranego według schematu „doświadczenia – emocje – przekonania – zachowania”:

(a) lista doświadczeń zbyt trudnych w dzieciństwie, także doświadczeń braku zaspokojenia ważnych potrzeb, (b) emocje z nimi związane, (c) przekonania wynikające z tych doświadczeń (zwykle nieuświadomione, funkcjonują jako oczywistość), (d) zachowania z nimi związane. Konieczne jest odblokowanie odczuwania, odkrycie emocji wypartych w sytuacjach zbyt trudnych dla dziecka, wyrażenie ich, odreagowanie, a także pozostawanie w kontakcie z aktualnymi emocjami. Dalej dokonuje się odkrycie powiązanych z tymi emocjami schematów poznawczych aktywnych od okresu dzieciństwa, nieadekwatnych do sytuacji osoby dorosłej.

W terapii zaburzeń osobowości, podobnie jak w innych terapiach, tworzy się relacja z psychoterapeutą oparta na zaufaniu, a na tej bazie dokonuje się praca nad zmianą funkcjonowania w innych relacjach. Pomocne w tym jest identyfikowanie przeniesień, także tych w relacji terapeutycznej i przepracowanie ich. Szczególnie ważna jest pomoc psychoterapeuty w reinterpretacji wydarzeń z pozycji dorosłego oraz wzmacnianie dorosłego i jego zasobów do uzyskania poczucia wpływu w sytuacjach podobnych do przeszłych traumatycznych, zwłaszcza w bliskich relacjach. Tutaj często konieczne jest doświadczenie przeżycia konfrontacji. Dokonuje się w niej także wypracowania nowych modeli komunikacji osobowej, zwłaszcza w bliskich relacjach, a pomocne jest wykorzystanie konkretnych doświadczeń w relacji psychoterapeutycznej. Identyfikacja i ewentualna rekonstrukcja celów życia pożądaných przez daną osobę (np. miłość), budowanie zdolności do ich realizowania i obrony, czy rozszerzenie perspektywy życia, mogą stanowić ostatni etap tej terapii.

## 9. Przykłady pracy psychoterapeutycznej

Zaprezentowano poniżej przykład pracy psychoterapeutycznej<sup>2</sup> w formie listu od Jacka – pacjenta z zaburzeniami lękowymi. Jego psychoterapia została przerwana, ponieważ musiał wyjechać za granicę. Pozostawiono je bez komentarza – niech przemówią same, lecz także dlatego, że informacje o stosowanej strategii i technikach terapii są zawarte w cytowanych wypowiedziach.

- ***Relacja Jacka (fragmenty listu do psychoterapeuty)***

„Terapia jest dla mnie czymś niezwykłym, bo kiedy się rozpocznie, staje się procesem, który trwa, pomimo tego, że nie mam teraz możliwości spotykać się z Tobą, ciągle odkrywam coś, na bazie tego co robiliśmy w Warszawie. Na nowo wracają sprawy i pytania, których wtedy do końca nie rozumiałem. Co wiem o sobie na dzień dzisiejszy: Kiedyś pytałaś, ja nie rozumiałem, o to, co rodzice przekazali mi w sposób niewerbalny. To było odkrycie druzgocące. Rodzice niewerbalnie przekazali mi lęk przed ludźmi, przekazali, że ludzi trzeba się bać, bo są źli. Dom był zamknięty i prawie nigdy

---

<sup>2</sup> Imię jest zmienione. Jacek wyraził zgodę na publikację. Komentarz Jacka po przeczytaniu artykułu umieszczony został w załączniku 3.

nie było odwiedzin, wyjazdów, to tylko niewerbalnie wzmagało prawdę, że ludzie są wrogami. Ci sami ludzie nieustannie mnie obserwują i czekają na mój błąd.

Jeśli popełnię błąd, to rodzice będą się wstydzić i stanie się coś strasznego (mówiliśmy o tym: przestaną kochać, czyli coś jak przestać istnieć). Poprzez takie mówienie, podświadomie, gdy coś mi się nie uda, wstydzę się siebie – tu powstaje olbrzymi konflikt wewnętrzny – bo gardzę sobą.

Takie napięcie jako dziecko (pozostało to do teraz) rozwiązywałem poprzez mechanizm wyparcia – jeśli wrogowie są wokół, to cierpienie dla dziecka jest zbyt duże, więc trzeba się ukryć. Gdzie? W marzeniach. Żyłem w marzeniach i rozmazywałem rzeczywistość. Dzięki rozmazywaniu rzeczywistości ból nie był tak duży, bo wydarzenie trudne było jakby nierealne. Niestety ujemną stroną było tu, że ten mechanizm obronny nie pozwalał zapisywać dobrych doświadczeń (wszystko jest jakby nierealne). Wielkie moje kolejne odkrycie to prawda, że on nadal funkcjonuje. Często jako młody chłopak pytałem się niektórych, czy to normalne, że często czuję, jakbym stał obok mojego życia, tzn. że ono jest jakby bajką, czymś nierealnym. Nikt nie umiał mi tego wytłumaczyć. Teraz znam odpowiedź: rozmazywanie rzeczywistości (odrealnianie). Dopiero niedawno uchwyciłem i zaczynam z tym walczyć, poprzez nie uciekanie w marzenia i szczególnie, gdy jest "zagrożenie" nie wyłączanie myślenia (bardzo trudne).

Mówię sobie, że muszę stanąć w prawdzie. Bo ukrywam prawdę bojąc się tego, że nie będę perfekcyjny. Boję się oceny, odrzucenia. Myślę często i to jest coraz mocniejsze we mnie, że taki jestem: pocę się, drżą mi ręce, możecie mnie przyjąć takim, a jak nie, to wy macie problem. Ostatnio często mówię do siebie: Kocham cię Jacek. Kocham twoje ręce, które drżą, twoje problemy, Kocham, jak przeżywasz siebie – ja ciebie Kocham = siebie Kocham. Na razie są to tylko komunikaty rozumu, ale za tym idzie też wola. Problem jest, że to ja nie umiem zgodzić się na siebie, że nie jestem perfekcyjny, że nie umiem na chwilę obecną być sobą (bo boję się, że zostanę wyśmiany i odrzucony). Ja wiem, że to nie jestem ja. Wiem i to wcale nie jest pycha, że mam olbrzymie możliwości, wiem, że potrafię odnaleźć się prawie w każdej sytuacji, ale na chwilę obecną nie potrafię tego uczynić. Jaki kierunek pracy jest potrzebny?

Kiedyś pytałaś mnie o decyzyjność. Wiem, że niektóre sprawy zależą ode mnie i ja mam na nie wpływ. Robiłem jednak błąd. Myślałem: dziś postanawiam się nie denerwować, czyli sprawię, że mi ręce nie będą drżeć i nie udawało się. Dziś wiem, że to było nierealne i tylko podkopywało decyzyjność. Na dzień dzisiejszy decyzyjność nie jest wystarczająco mocnym fundamentem, by na nim budować. Jednak dużo gorzej jest z myśleniem. Kiedy zaproponowałaś mi ćwiczenie: myślę, czuję, chcę.... nie rozumiałem, ale zawsze miałem problem z myśleniem, tzn. przyłapywałem się, że nie myślę (opcja często nieaktywna).

Po napisaniu listu do ciebie dotarło do mnie, że kluczem do sprawy jest "odrzućenie". To klucz wszystkiego, co się we mnie dzieje – lęk przed odrzućeniem. Tego śmiertelnie się bałem jako dziecko i to pozostało w głębi każdej sytuacji stresującej – lęk przed odrzućeniem.

Nerwica – jest to wielkie moje obumieranie, z chęci bycia w centrum, na rzecz bycia małym, śmiesznym. Zauważyłem też, że w myśleniu wybiegam za daleko, tzn. zaczynam się martwić czymś, co będzie lub nie za rok dwa i tym się katuję. Zacząłem myśleć "dziś" – pomaga, bo wiele z lęków przyszłości nie zrealizowało się. Już coraz częściej zaczynam też "czuć", że istnieję. To dziwne, ale nie czułem, że realnie istnieję, a ostatnio zaczynają się pojawiać momenty, w których czuję – że jestem. Dziękuję za wszystko. Pozdrawiam jeszcze raz.”

### **Podsumowanie**

Teoria psychoterapii integratywnej w podejściu chrześcijańskim oparta jest w szczególności na teorii więzi Johna Bowlbiego oraz na teorii terapii poznawczo-behawioralnej. Obie te koncepcje są oparte na dowodach naukowych. Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim bierze pod uwagę również duchowy aspekt ludzkiego życia. W ostatnich latach pojawiło się wiele badań dotyczących kwestii włączania duchowości do psychoterapii. Badania wskazują, że terapia chrześcijańska jest tak samo efektywna jak inne rodzaje psychoterapii (Wade, Worthington i Vogel, 2007). W pewnych przypadkach jest bardziej efektywna, zwłaszcza w terapii osób religijnych, a także w leczeniu depresji (Probst i inni, 1992; Hawkins, i inni, 1999). Obecnie duchowość jest uwzględniana w terapii różnych zaburzeń psychicznych takich jak: depresja (Probst i inni, 1992; Hawkins i inni, 1999), molestowanie seksualne (Murray-Swank i Pargament, 2005), zespół maniakalno-depresyjny (Raab, 2007), lęki, stres, zaburzenia jedzenia.

W psychoterapeutycznej literaturze amerykańskiej używa się odrębnie terminów *duchowość* i *religijność*. Przyjęto (por. Kelly, 1995; Smith, Bartz i Richards, 2007), że *duchowość* odnosi się do doświadczeń transcendentnych i sposobów pojmowania Boga i innych sił we wszechświecie, zaś określenie *religijny* odnosi się do zinstytucjonalizowanego systemu przekonań, wartości i działań, opartych na duchowym credo. Jednostki mogą być zarówno duchowe jak i religijne, zasadniczo religijne lecz niespecjalnie duchowe lub zasadniczo duchowe a niespecjalnie religijne. Wykazano spójny związek obu pojęć ze zdrowiem psychicznym (Koenig, 1998), zaś podejście uwzględniające duchowość i religijność w psychoterapii daje możliwość podejmowania w niej zagadnień duchowo-religijnych, tam gdzie jest to wskazane, posługując się językiem i interwencjami, uwzględniającymi szacunek dla kontekstu duchowego i religijnego klienta. W dodatku, duchowo-religijne podejście do leczenia daje możliwość większej spójności z systemem wartości klienta i wykorzystania w leczeniu sposobów duchowo-religijnych radzenia sobie z trudnościami, już obecnych w światopoglądzie klientów.

Duchowe podejścia do leczenia zawierają szeroki wybór specyficznych technik duchowych i interwencji. Interwencje duchowe są stosowane coraz częściej we wszystkich formach leczenia, w tym w terapii indywidualnej (Richards i Bergin, 2005), terapii grupowej (Hiatt, 1999), terapii małżeńskiej i rodzinnej (Butler i Harper, 1994), oraz w terapii dzieci i młodzieży (Miller, 2004). Perspektywa duchowa i duchowe interwencje zostały włączone w większość głównych podejść teoretycznych, w tym w tradycję psychoanalityczną (Shafranske, 2004), terapię adlerowską (Watts, 2000), terapię behawioralną (Martin i Booth, 1999), terapię poznawczą (Propst, 1996), racjonalno-emotywną terapię zachowań (Nielson, Johnson i Ellis, 2001), terapię skoncentrowaną na kliencie (West, 2004), terapię egzystencjalno-humanistyczną (Mahrer, 1996), terapię Gestalt (Harris, 2000), konstruktywizm (Steinfeld, 2000) i analizę transakcyjną (Trautmann, 2003). Religia i duchowość są coraz częściej postrzegane jako ważne aspekty zróżnicowania klientów, zaś perspektywa duchowa i duchowe interwencje są włączane do leczenia różnorodnych, wielokulturowych i specyficznych populacji klientów (za: Smith, Bartz i Richards, 2007).

Jak piszą autorzy artykułu *Empiryczne uzasadnienie duchowo zintegrowanej psychoterapii* (Pargament, Murray-Swank i Tarakeshwar, 2005) – Analiza badań wskazuje, że:

- 1) duchowość może stanowić część rozwiązania problemów psychicznych,
- 2) duchowość może być źródłem problemów psychicznych,
- 3) ludzie oczekują form pomocy uwzględniających ich duchowość,
- 4) duchowość nie może być oddzielona od psychoterapii.

Duchowo zintegrowana psychoterapia jest: oparta na teorii duchowości, zorientowana empirycznie, ekumeniczna i możliwa do zastosowania w praktycznie każdej formie psychoterapii. Przywołani autorzy wskazują także na różne rodzaje ryzyka związane z podejmowaniem tego tematu w psychoterapii, i tak istnieje zagrożenie: strywalizowania duchowości i sprowadzenia jej jedynie do narzędzia osiągnięcia zdrowia psychicznego; zredukowanie duchowości do bardziej pierwotnych motywów i dążeń; narzucania klientom duchowych wartości i przecenianie znaczenia duchowości. Być może jednak największym niebezpieczeństwem jest zaniedbanie znaczenia wymiaru duchowego w psychoterapii.

Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim integruje przede wszystkim podejście psychodynamiczne i poznawczo-behawioralne w leczeniu zaburzeń psychicznych. Akceptuje większość technik stosowanych w innych szkołach psychoterapii. Zawiera też specyficzne elementy takie jak postrzeganie jednostki jako osoby czy uwzględnianie wymiaru duchowego. Podejście to opiera się na chrześcijańskich założeniach antropologicznych (personalizm) i metodach terapii opartych na dowodach naukowych, co tworzy klarowne ramy zarówno dla praktyki terapeutycznej jak i oceny efektów terapii.

## Literatura

- Adamowicz, Z. (2009). *Granice w psychoterapii*. Niepublikowana praca dyplomowa, Studium Psychoterapii SPCh. Warszawa.
- Buchheim, A., Schmucker, G. i Kachele, H. (2001). Rozwój, więź i związki: nowe koncepcje psychoanalityczne. *Psychiatria Polska*, XXXV(4), 549-571.
- Butler, M. H., & Harper, J. M. (1994). The divine triangle: God in the marital system of religious couples. *Family Process*, 33, 277-286.
- Ciarrocchi, J. W. i Wicks, R. J. (2008). *Psychoterapia duchownych i osób zakonnych*. Gdańsk: GWP.
- Czabała, J. C. (2006) *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN.
- Frazier, R. C. i Hansen, N. D. (2009). Religious/Spiritual Psychotherapy Behaviors: Do We Do What We Believe To Be Important? *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(1), 81-87.
- Evans, K., Gilbert, M. (2005). *An Introduction to Integrative Psychotherapy*. New York: Palgrave
- Fromm, E. (1993). *Ucieczka od wolności*. Warszawa: Czytelnik.
- Gabbard, G. O. (2009). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: UJ.
- Gartner J. i Carbo R. A. (1994). Serving two masters? Commentary on „Dealing with religious resistances in psychotherapy”. *Journal of Psychology and Theology*, 22(4), 259-260.
- Gelso, C. J., Hades, J. A. (2004). *Relacja Terapeutyczna*. Gdańsk: GWP.
- Galanter, M. (2009). Znaczenie duchowości pacjentów w procesie leczenia. *Psychiatria po dyplomie*, 6(1), 28-35.
- Giglio, J. (1993). The impact of patients' and therapists' religious values in psychotherapy. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(8), 768-771.
- Griffith, J. L., Griffith, M. E. (2008). *Odkrywanie duchowości w psychoterapii*. Kraków: WAM.
- Grzesiuk, L. (red.). (1994). *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: PWN.
- Grzesiuk, L. (red.). (2005). *Psychoterapia Teoria*. Warszawa: ENETIA.
- Grzesiuk, L. (red.). (2006). *Psychoterapia Praktyka*. Warszawa: ENETIA.
- Harris, E. S. (2000). God, Buber and the practice of gestalt therapy. *Gestalt Journal*, 23, 39-62.
- Hawkins I. A., Bullock S. L (1995). Informed consent and religious values: a neglected area of diversity. *Psychotherapy*, 32(2), 293-300.
- Hawkins, R. S., Tan, S., i Turk, A. A. (1999). Secular versus Christian inpatient cognitive- behavioral therapy programs: Impact on depression and spiritual well-being. *Journal of Psychology & Theology*, 27, 309-18.
- Heaton, J. A. (2003). *Podstawy umiejętności terapeutycznych*. Gdańsk: GWP.

- Hiatt, J. F. (1999). A transpersonal care program in an institutional setting. *Psychiatric Annals*, 29, 480-483.
- Hinc, M. i Jaworski, R. (red.). (2005). *Psycholodzy chrześcijańscy wobec problemów człowieka*. Płock: PIW.
- Holmes, J. (1997). Values in psychotherapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 31(3), 331-339.
- Holmes, J. (2007). *John Bowlby*. Gdańsk: GWP.
- Ilniewicz, G. i Józefik B. (red.). (2008). *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Kraków: Wyd. UJ.
- Informator SPCh (2009). *Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim*. Warszawa: SPCh.
- Jackowska, E. i Jaworski, R. (red.). (2006). *Psychologia i psychoterapia chrześcijańska w teorii i praktyce*. Płock: PIW.
- Jacobs, M. (2007). *Donald W. Winnicott*. Gdańsk: GWP.
- Jaworski, R. (1999). *Ku pełni życia*. Płock: PIW.
- Jaworski, R. (red.). (2002). *Rozwój zintegrowany*. Płock: PIW.
- Jones S. L. i Butman R. E. (1991). *Modern Psychotherapies A Comprehensive Christian Appraisal*. Downers Grove, IL: InterVarsity.
- Johnson, E. L. (2007). *Foundations for soul care: A Christian psychology proposal*. Downers Grove, IL: IVP Academic.
- Johnson, E. L., Jones, S. L. (2000). *Psychology and Christianity: Four views*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
- Kelly, E. W. Jr. (1995). *Spirituality and religion in counseling and psychotherapy*. Alexandria, VA: American Counselling Association.
- Kernberg O., Selzer M. A., Koenigsberg H. W. i Apfelbaum A. H. (2007). *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*. Gdańsk: GWP.
- Koenig, H. G. (red.). (1998). *Handbook of religion and mental health*. San Diego, CA: Academic Press.
- Kongregacja Nauki Wiary (2011). *Wiara chrześcijańska i demonologia*. Kraków: AA.
- Kottler, J. (2003). *Skuteczny terapeuta*. Gdańsk: GWP.
- Leczkowski, Z. (2005). *Człowiek w spotkaniu z Bogiem - drogi rozwoju*. Gdynia: Sympozjum ICFD.
- Mahrer, A. R. (1996). Existential-humanistic psychotherapy and the religious person. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 433-460). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mander, G. (2006). *Psychodynamiczna terapia krótkoterminowa*. Gdańsk: GWP.

- Marchwicki, P. (2003). Religijność z perspektywy teorii przywiązania. *Seminare*, 19, 287-297.
- Marchwicki, P. (2006). *Teoria przywiązania J. Bowlby'ego*. *Seminare*, 23, 365–383.
- Martin, J. E. i Booth, J. (1999). Behavioral approaches to enhance spirituality. W: W. R. Miller (red.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (s. 161-175). Washington, DC: American Psychological Association.
- Martinez, J. S., Smith, T. B., Barlow i S. H. (2007). Spiritual Interventions in Psychotherapy: Evaluations by Highly Religious Clients. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 943–960.
- Miller, W. R. (1999). *Integrating Spirituality into Treatment. Resources for Practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Miller, L. (2004). A spiritual formulation of interpersonal psychotherapy for depression in pregnant girls. In P. S. Richards & A. E. Bergin (Eds), *Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy* (pp. 75-86). Washington, DC: American Psychological Association.
- Miller, W. R. i Delaney, H. D. (red.). (2005). *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation, and change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McMinn, M. R. I Campbell, C. D. (2007). *Integrative Psychotherapy. Toward a Comprehensive Christian Approach*. Downers Grove, IL: InterVarsity.
- Ministerstwo Zdrowia (we współpracy z Polską Radą Psychoterapii) (2007) *Projekt rozporządzenia Ministra zdrowia w sprawie ramowego programu nauczania w zakresie psychoterapii*. Warszawa.
- Nichole, A., Murray-Swank, N. A. i Pargament, K. I. (2005). God, where are you?: Evaluating a spiritually-integrated intervention for sexual abuse. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(3), 191–203.
- Nielsen, S. L., Johnson, W. B. i Ellis, A. (2001). *Counseling and psychotherapy with religious persons: A rational emotive behavior therapy approach*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Okun, B. (2002) *Skuteczna pomoc psychologiczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Ostaszewska, A. (1995). Psychologia zorientowana na proces a psychologia chrześcijańska. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 43-52.
- Ostaszewska, A. (2005) *Psychoterapia chrześcijańska – podejście personalistyczne i duchowe*. Londyn: Sympozjum EMCPA.
- Ostaszewska, A. (2006a). Wzmacnianie osoby w terapii zaburzeń osobowości. W: S. Tokarski (red.), *Osoba, osobowość, zaburzenia osobowości* (s. 35-58). Płock: PIW.
- Ostaszewska, A. (2006b). *Jak terapeuta może troszczyć się o własny rozwój duchowy?* Tampere: Konferencja ACC-Finland.
- Ostaszewska, A. (2009). *Psychoterapia wzmacniania osoby*. W: S. Tokarski (red.), *Od depresji* (s. 67-96). Płock: PIW.

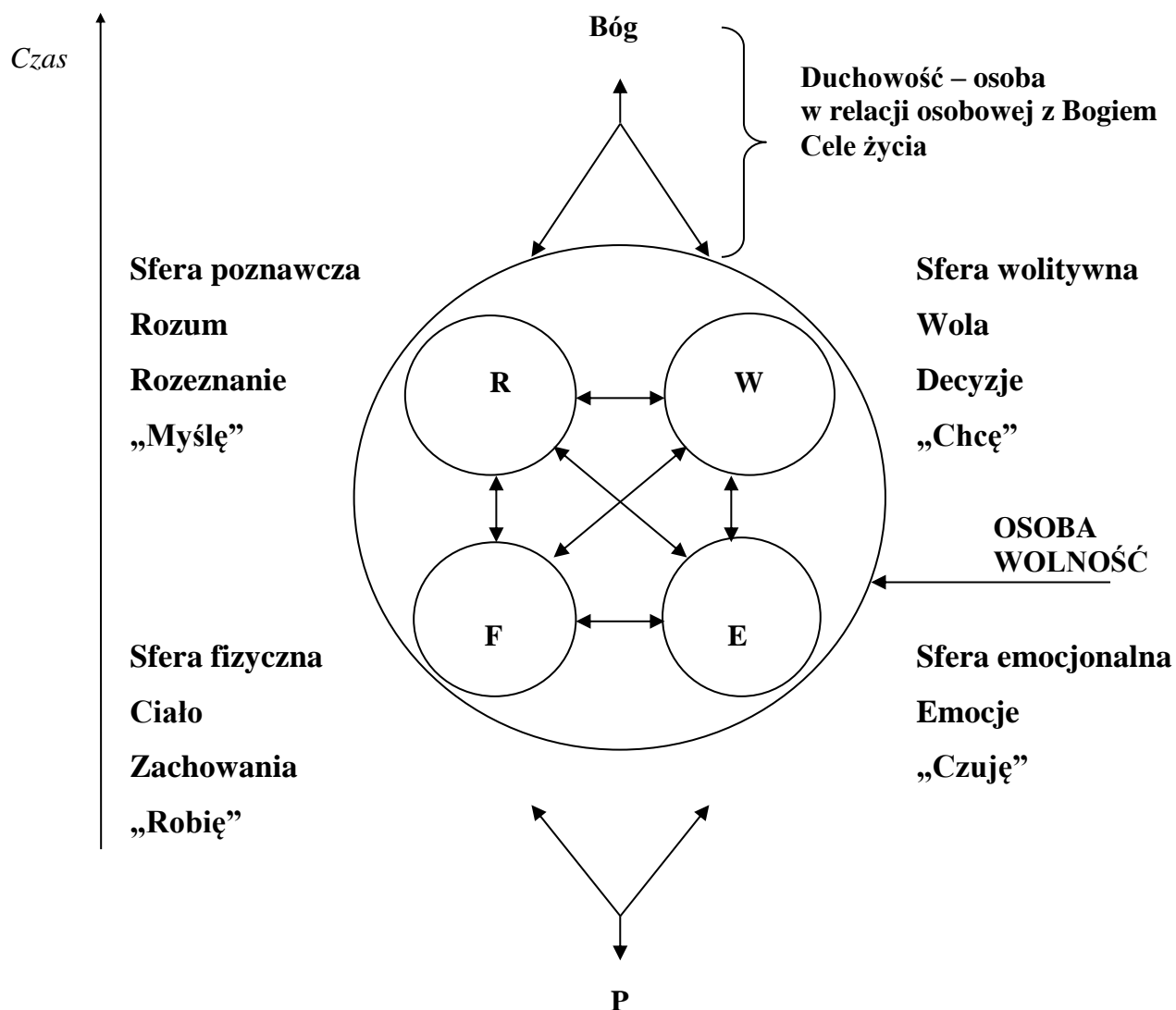


- Pargament, K. I., Murray-Swank, N. A., Tarakeshwar, N. (2005). An empirically-based rationale for a spiritually-integrated psychotherapy. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(3), 155-165.
- Popiel A. i Pragłowska E. (2008) *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
- Post, B. C. i Wade N. G. (2009). Religion and Spirituality in Psychotherapy: A Practice-Friendly Review of Research. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 131-146.
- Preston, J. (2005). *Zintegrowana terapia krótkoterminowa*. Gdańsk: GWP.
- Propst, L. R. (1996). Cognitive-behavioral therapy and the religious person. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 391-407). Washington, DC: American Psychological Association.
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P. i Dean, T. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 94-103.
- Prochaska, J. O., Norcross J. C. (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Raab, K. A. (2007). Manic depression and religious experience: The use of religion in therapy. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(5), 473-487.
- Reber, A. (2000). *Słownik Psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Rejnecke M. A. i Clark D. A. (2005). *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańsk: GWP.
- Richards, P. S. i Bergin, A. E. (2000). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Richards, P. S. i Bergin, A. E. (red.). (2004). *Casebook for a spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Richards, P. S. i Bergin, A. E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rudin, J. (1992). *Psychoterapia i religia*. Warszawa: Wydawnictwo Solarium.
- Shafranske, E. P (red.). (1996). *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shafranske, E. P. (2000). Religious involvement and professional practices of psychiatrists and other mental health professionals. *Psychiatric Annals*, 30(8), 525-532.
- Shafranske, E. P. (2004). A psychodynamic case study. W: P. S. Richards (red.). *Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy* (s. 153-170). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shafranske E. D. i Malony H. N. (1990). California psychologists' religiosity and psychotherapy. *Journal of Religion and Health*, 29(3), 219-231.

- Schreurs, A. (2002). *Psychotherapy and Spirituality. Integrating the Spiritual Dimension into Therapeutic Practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Slife, B. D. i Reber, J. S. (2009). Is There a Pervasive Implicit Bias Against Theism in Psychology? *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 29(2), 63-79.
- Smith, T. B., Bartz J. i Richards, S. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 17(6), 643-655.
- Smith, T. B. i Richards, P. S. (2005). The integration of spiritual and religious issues in racial-cultural psychology and counseling. W: R. T. Carter (red.). *Handbook of racial-cultural psychology and counseling: Theory and research* (Vol. 1, pp. 132\_160). New York: Wiley.
- Sorensen R. L (1994). Therapists' (and their therapists') God representation in clinical practice. *Journal of Psychology and Theology*, 22(4), 325-344.
- SPCh (2009). Informator SPCh. *Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim*. s. 7-15. Warszawa: Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich.
- Sperry, L. i Shafranske, E. P. (red.). (2005). *Spiritually oriented psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Steinfeld, G. J. (2000). Spiritual psychology and psychotherapy: Is there theoretical and empirical support? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30, 353-380.
- Swieżawski, S. (1983). *Święty Tomasz na nowo odczytany*. Kraków: Znak.
- Tokarski, S. (red.). (2006). *Osoba, osobowość, zaburzenia osobowości*. Płock: PIW.
- Tokarski, S. (red.). (2009). *Od depresji*. Płock: PIW.
- Trautmann, R. L. (2003). Psychotherapy and spirituality. *Transactional Analysis Journal*, 33, 32-36.
- Wade, N. G., Worthington, E. W. i Vogel, I. J. (2007). Effectiveness of religiously tailored interventions in Christian therapy. *Psychotherapy Research*, 17(1), 91-105.
- Walsh, R. N. i Vaughan, F. (1980). *Beyond Ego. Transpersonal Dimension in Psychology*. Los Angeles: Jeremy P. Tarcher, Inc.
- Watts, R. E. (2000). Biblically based Christian spirituality and Adlerian psychotherapy. *Journal of Individual Psychology*, 56, 316-328.
- McWilliams, N. (2009). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: GWP.
- West, W. (2004). Humanistic integrative spiritual psychotherapy. W: P. S. Richards (red.). *Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy* (s. 201-230). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wojdan, L. (2007). *Relacja psychoterapeutyczna. Tajemnica spotkania*. Niepublikowana praca dyplomowa, Warszawa: SPCh.
- Wojcieszek, K. A. (2010). *Człowiek spotyka alkohol. Filozoficzne podstawy wychowania do trzeźwości w ujęciu tomistycznym*. Kraków: Wydawnictwo Rubikon.

- Wojdan, H. (2007). *Relacja psychoterapeutyczna. Tajemnica spotkania*. Niepublikowana praca dyplomowa, Studium Psychoterapii SPCh, Warszawa.
- Wojtyła, K. (2003). *Rozważania o istocie człowieka*. Kraków: WAM.
- Wojtyła, K. (2000). *Osoba i czyn*. Lublin: TN KUL.
- Worthington, E. L., Kuru T. A., McCullough, M. E. i Sandage S. J. (1996). Empirical Research on Religion and Psychotherapeutic Processes and Outcomes. *Review and Research Prospectus. Psychological Bulletin*, 119(3), 448-487.
- Worthington, E. L. Jr. i Sandage, S. J. (2002). Religion and spirituality. W: J. C. Norcross (red.). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Vitz, P. (2004). *Psychologia jako religia*. Warszawa: OW LOGOS.
- Żylicz, P. O. i Carrasco-Żylicz, A. (1998). Psychoterapia a ideologia. Przypadek psychoterapii chrześcijańskiej. *Psychoterapia*, 107(4), 5-16.

Rycina 1. Model osoby w relacji z osobą Boga (tzw. samochód)



E – sfera emocjonalna, co czuję

R – rozum, sfera poznawcza, co myślę, co wiem, co rozeznaję

W – sfera wolitywna, pragnienia, decyzje, czego chcę, co wybieram, decyzje

F – sfera fizyczna: ciało (fizjologia), a także zachowania, co robię

Osoba – E + R + W + F (czuje, poznaje, chce, robi coś, zawsze osoba jako całość)

Między odczuciami (E), poznaniem rozumowym (R), wolą, pragnieniami i decyzjami (W) oraz czynami (F) powinna być właściwa proporcja. Osoba jest w relacji z innymi osobami. Osoba jest także w relacji z osobą Boga .

Źródło: opracowanie własne (Ostaszewska, 2006a).

Rycina 1 przedstawia model człowieka jako samochodu na czterech kołach (Ostaszewska, 2005, 2006a). Jest on oczywiście uproszczeniem, jak wszystkie modele, ale może być przydatny do lepszego zrozumienia procesów dziejących się w człowieku.

Dwa przednie koła oznaczają sferę poznawczą – rozum (R) i wolitywną – wolę<sup>3</sup> (W), dwa tylne koła to sfera fizyczna (F), czyli ciało i zachowania (z zastrzeżeniem, że fizjologię i sygnały z ciała należy rozpatrywać odrębnie od zachowań), oraz sfera emocjonalna (E). Człowiek stanowi jedność, co znaczy, że wszystkie „koła” są ważne i konieczny jest przepływ informacji między nimi. Brak przepływu informacji powoduje dezintegrację, zaburzenie funkcjonowania całości. Aby „samochód” mógł sprawnie jechać, koła powinny być „wyważone” (zintegrowane), to jest żadne z kół nie powinno być zbyt ważne ani za mało ważne.

Na „samochód” mogą oddziaływać dwie siły zewnętrzne: Bóg (B) i przeciwnik czyli szatan,<sup>4</sup> (P). Bóg ma dostęp do wnętrza człowieka, zna go i pomaga w tym, by podążał w Jego stronę. Przeciwnik stara się sprawić, by samochód zmierzał w stronę przeciwną. Przeciwnik nie ma bezpośredniego dostępu do sfery rozumu i woli, ale może mieć wpływ na sferę fizyczną i emocjonalną, przez co pośrednio może zaburzać procesy poznawcze i decyzyjne. Rycina 1 wskazuje też na znaczenie czasu, co oznacza, że jazda „samochodu” odbywa się w czasie i zawsze prowadzi w jakimś kierunku. Czas dany człowiekowi na ziemi jest ograniczony i kończy się śmiercią.

Problemy psychiczne można rozpatrywać i rozwiązywać, biorąc pod uwagę wymienione sześć czynników: E (emocje, sfera emocjonalna), R (rozum, sfera poznawcza, W (wola, sfera wolitywna, F (sfera fizyczna), B (Bóg), P (Przeciwnik)”. W diagnozie problem można sprowadzić do jednego lub jakiejś kombinacji części lub wszystkich tych elementów.

Tradycyjna psychologia i psychoterapia zajmuje się człowiekiem z uwzględnieniem – mniej czy bardziej – wszystkich czterech kół. Poszczególne szkoły psychoterapii na ogół koncentrują się na jednym z nich. I tak psychoanaliza czy psychoterapia humanistyczna zajmują się głównie sferą emocjonalną, behawioryzm – sferą fizyczną, terapia poznawcza – sferą rozumu. Psychoterapia egzystencjalna odwołuje się do wartości i wyborów. Rozwijająca się w ostatnich latach psychoterapia integratywna dąży do podejścia całościowego i wypracowuje strategie terapeutyczne łączące elementy różnych szkół.

W omawianym modelu człowiek jest całością, osobą (rycina 1), na którą oddziałują lub mogą oddziaływać dwie osoby niewidzialne, czyli Bóg i przeciwnik. Tradycyjna psychologia nie zajmuje się ani oddziaływaniem Boga czy przeciwnika na człowieka, ani też kierunkiem drogi człowieka (kierunkiem „jazdy samochodu”). Kwestia kierunku drogi bywa kwitowana stwierdzeniem w

---

<sup>3</sup> „Filozofia chrześcijańska za Arystotelesem uznaje pełną odrębność woli wśród wszystkich innych sił i władz ludzkiej natury” (Wojtyła, 2003, s. 64).

<sup>4</sup> Oficjalne stanowisko Kościoła katolickiego jednoznacznie mówi o istnieniu złych duchów, podkreślając, że nie są one tylko personifikacją tego, co „obce” (Kongregacja Nauki Wiary, 2011).

rodzaju: „Psychologia tym się nie zajmuje” lub „Rób, co chcesz, cokolwiek wybierzesz, będzie to dla ciebie dobre”. Kwestią kierunku, czyli sensu i celu różnych wydarzeń, zajmuje się psychologia zorientowana na proces, ale w duchu buddyjskim. Nie jest to więc postrzegane jako kierunek *do* lub *od* Boga w sensie chrześcijańskim (Ostaszewska, 1995). Także psychologia transpersonalna zajmuje się relacją człowieka do świata duchowego, ale zwykle nie w sensie chrześcijańskim, a raczej w stylu buddyjskim lub New Age (por. Walsh i Vaughan, 1980). Od lat 70. XX wieku w psychologii i psychoterapii zaczęto zwracać uwagę na wymiar duchowy w sensie chrześcijańskim. Jest to trend stopniowo rozwijający się, zwłaszcza w środowiskach profesjonalistów chrześcijan.

Psychologia i psychoterapia zajmują się też relacjami między ludźmi. Zazwyczaj jednak każda z osób postrzegana jest bez uwzględnienia wymiaru duchowego. Obecność Boga nie jest brana pod uwagę także w relacji człowiek – człowiek. Relacja ta rozpatrywana jest wyłącznie jako interakcja dwóch osób w wymiarze naturalnym. Zgodnie z omawianym modelem w spotkaniu dwóch osób można analizować wzajemne komunikaty nadawane lub odbierane w poszczególnych sferach („kołach”). Można również spojrzeć na spotkanie w wymiarze duchowym (por. Wojdan, 2007, Adamowicz, 2009). Każda z osób jest we własnej relacji z Bogiem, ale jest On obecny także w ich spotkaniu, chociaż przedmiotem zainteresowania psychoterapeuty jest drugi człowiek, nie Bóg.

## **Metazasady pracy terapeutycznej**

### **1. Wszystko ma sens i jest po coś**

Pierwszym zadaniem terapii jest odkrycie, po co jest objaw. Lęk jest objawem nie przyczyną. Lęk jest informacją. Objaw jest wyolbrzymieniem problemu, żeby wprowadzić zmianę. Gdyby nie bolało, nie chciałbym nic zmieniać. Akceptacja. To, co jest we mnie, ma prawo istnieć – jest po coś i odkrywamy po co. Drugi człowiek też ma prawo mieć w sobie to, co ma.

### **2. Istotą wszystkich problemów psychicznych jest utrata poczucia wpływu**

Celem psychoterapii jest odzyskanie poczucia wpływu i kierowanie swoim życiem. Odzyskanie poczucia wpływu jest istotne dla osoby, która go nie ma. Rezygnacja z własnego wpływu jest możliwa dla osoby, która ma poczucie wpływu. Decyzja, by nic nie robić, też jest decyzją. Ważna jest świadomość, co zależy ode mnie, co mogę zrobić w danej sytuacji. Odkrycie prawdy o sobie lub o danej sytuacji (diagnoza) umożliwia wykonanie właściwego kroku w danej sytuacji, czasie (lub szukanie konkretnej pomocy). Żeby zrobić krok do przodu, trzeba ruszyć z tego miejsca, w którym się jest (trzeba znać to miejsce – diagnoza, konkret). Prawda wyzwala. W terapii poszukujemy prawdy.

### **3. Osiąganie efektów zgodnych z intencjami wymaga świadomości siebie**

Brak świadomości siebie często powoduje osiągnięcie efektów niezgodnych z intencjami. Świadomość siebie pozwala na efektywne kierowanie sobą. Zasada: zrób to samo ale świadomie. Lęk ma dopóty władzę nade mną, dopóki moja świadomość nie pracuje. W sytuacjach silnych emocji nie należy wyłączać myślenia.

### **4. Człowiek się uczy, jeśli się czegoś nauczył, to może się nauczyć czegoś innego**

Uświadomienie przeszłych doświadczeń, emocji im towarzyszących, wyuczonych na ich podstawie nieuświadomionych przekonań oraz zachowań umożliwia wprowadzenie zmian. Zmiana następuje przez tworzenie nowego doświadczenia. Przeszłość wpływa na teraźniejszość, ale nie determinuje.

### **5. Efektywna zmiana wymaga zaangażowania całej osoby**

Wszystkie elementy oddziałują na siebie i na całość, człowiek jest całością (por. „samochód”, Załącznik 1). Efektywna zmiana obejmuje zmianę odczuwania, myślenia, decyzji (wyborów) i działania. Decyzję, że chcę pełnić wolę Bożą podejmuje osoba, która ma wolną wolę. Rozpoznawaj emocje, używaj głowy. Podejmuj decyzje świadomie.

### **6. Integracja nowych treści to wprowadzenie w życie nowych strategii reagowania w trudnych sytuacjach**

Człowiek jest logiczny. Interesują go konkrety. Ćwiczenie nowych zachowań odbywa się na konkretnych przykładach. Opracowanie nowej strategii reagowania w trudnych sytuacjach wymaga decyzji (co chcę zmienić?) i ćwiczenia nowych zachowań (jak to się robi?). Zadania domowe służą ćwiczeniu zarówno nowych umiejętności jak i nawyków, m.in. nawyku samoświadomości (zauważania siebie).

## **7. Praca psychoterapeutyczna ma wymiar duchowy**

Psychoterapia chrześcijańska umożliwia integrację rozwoju osobowego i duchowego. Psychoterapia nie jest kierownictwem duchowym. Bóg (miłość) stwarza ciągle od nowa. Dlatego w życiu trzeba ciągle od nowa odkrywać Jego prowadzenie. W podróży przez życie potrzebna jest mapa (lub nawigacja satelitarna, czy też bezpośredni kontakt z „Górą”).

### **Załącznik 3**

#### **Komentarz Jacka po przeczytaniu tego artykułu:**

„Aniu, mi się podoba ten artykuł, bo prawie w każdym zdaniu odnajduję siebie i nie chodzi mi tu o moje świadectwo, lecz o teorię, która jest weryfikowalna w moim życiu. Geneza zaburzeń odpowiada całkowicie mojemu osobistemu doświadczeniu, niezwykle ważny dla mnie jest akapit poświęcony komunikacji – bardzo potwierdzającej lub negującej osobę (ja w domu doświadczałem komunikacji przemocowej, wiem, jak to jest). Przedstawienie tematu dla mnie bardzo czytelne, jasne i ważne – bardzo logiczne.

A teraz o duchowości w psychologii. Doświadczenie ostatnich miesięcy mojego życia - bardzo trudnych i subiektywnie niezwykle bolesnych (nie pisałem ci o nich) tylko potwierdziło mi, że w moim przypadku każda próba pomocy, która pomija duchowość i Boga, nie ma sensu i nie będzie mieć żadnych efektów. Żyję tylko dlatego, że wierzę w Boga. Miałem wiele momentów, gdy było mi trudno i gdyby nie Bóg i wiara w rzeczy ostatnie, uciekłbym już dawno od walki o życie normalne, a może bym już nie żył. Teraz to właśnie wiara pozwala mi akceptować cierpienie, doświadczane z różnym natężeniem każdego dnia i, co ciekawe, to dzięki zaufaniu pośród moich trudności odkryłem z całą mocą, prawdziwą obecność Boga, który jest na wyciągnięcie ręki. Ktoś, kto nie wierzy w Boga, nie da rady mnie zrozumieć i nie może mi pomóc. Subiektywne cierpienie, którego doświadczam, dzielę z Bogiem i dlatego ma ono sens. Nie uciekam w nierealność. To przeżywanie cierpienia z Bogiem to prawdziwa realność. To właśnie w tym momencie mojego życia wiara jest siłą, dzięki której nadal walczę o życie, o jego sens i kiedy będę miał możliwość, to znów wrócę do spotkań z tobą. Wiara sprawia, że chcę walczyć o siebie, gdy ktoś to wyklucza, to zabiera mi motywację i już nie pozostaje nic, co skłoni mnie do walki o siebie.”



**Deklaracja EMCAPP<sup>5</sup> – maj 2006**

Wyróżniamy 5 głównych pozycji w psychoterapii zależnych od systemu przekonań i metod pracy terapeutycznej:

1. Nie-chrześcijański terapeuta używający świeckiego modelu psychoterapii. Taka osoba pokłada swoją nadzieję w nauce i doświadczeniu, oddając w ten sposób honor nauce i wiedzy zdobytej przez doświadczenie własne i innych. Klienci są obdarowani rozumną terapią i uniwersalną łaską Bożą.
2. Nie-chrześcijański terapeuta używający kombinacji świeckiego modelu psychoterapii i post-modernistycznego „duchowego” podejścia używając metafizycznych koncepcji nie związanych bezpośrednio z chrześcijaństwem. Wyniki terapii w tym przypadku są mniej przewidywalne, a eksploracja sfery duchowej bez ograniczeń może prowadzić do nieznanych konsekwencji.
3. Terapeuta, który jest chrześcijaninem, ale używa świeckiego modelu terapii tak, jak w punkcie 1. Klient uzyskuje pomoc dzięki ludzkiemu rozumowi i Bożej łasce. Obszary chrześcijańskie mogą być poruszone, jeśli klient tego sobie życzy, ale terapeuta zwykle nie jest przygotowany ani szkolony w umiejętności integrowania wymiaru duchowego w pomocy, której udziela.
4. Terapeuta, który stosuje podejście chrześcijańskie w psychoterapii przez uwzględnianie i rozwijanie specyficznych celów, metod i pożądaných efektów zgodnie z chrześcijańskimi przekonaniami. Ten model praktyki psychoterapeutycznej jest rozwijany i weryfikowany przy użyciu tych samych naukowych metod, które stosowane są w innych podejściach terapeutycznych, ale z uwzględnieniem faktu, że Bóg daje nam zarówno rozum jak i odkupienie. Terapeuta oddaje chwałę Bogu, ale również uznaje wartość naukowej ewaluacji. Ufa przede wszystkim Bogu, ale także ludzkiemu rozumowi.
5. Chrześcijański terapeuta, który używa „charyzmatycznego” czy „biblijnego” podejścia do terapii, w którym polega na bezpośredniej Bożej interwencji przez modlitwę, słowo Boże i służbę. Żaden rozpoznawalny model psychoterapii nie jest tu rozwijany (choć indywidualna praktyka może być z nim zgodna), naukowa ewaluacja nie jest potrzebna, jako że duchowy świat nie jest postrzegany jako odpowiedni dla naukowych badań. Cały honor oddawany jest Bogu, który działa w ukryty, mistyczny sposób.”

---

<sup>5</sup> European Movement for Christian Anthropology, Psychology and Psychotherapy - EMCAPP [www.emcapp.eu](http://www.emcapp.eu)  
Europejski Ruch Chrześcijańskiej Antropologii, Psychologii i Psychoterapii).