

Jerzy W. Aleksandrowicz

„PSYCHOTERAPIA” CZY „PSYCHOTERAPIE”?

„PSYCHOTHERAPY” OR „PSYCHOTHERAPIES”?

Katedra Psychoterapii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Jerzy W. Aleksandrowicz

**psychotherapy
psychosocial help
definitions**

Autor omawia różnice celów i rodzaju oddziaływań, typu relacji i rodzaju pomocy oddziaływań psychospołecznyymi będących leczeniem — psychoterapii — od oddziaływań nazwanych przez niego pomocą psychospołeczną. Psychoterapia to zastosowanie oddziaływań psychospołecznych w celu usuwania zaburzeń zdrowia. Rozróżnienia ze względu na założenia teoretyczne są sztuczne, ale różnorodność patomechanizmów zaburzeń wymaga określenia rodzajów oddziaływań adekwatnych do ich specyfiki i dostrzeżenia różnic między psychoterapiami wskazanymi w poszczególnych zaburzeniach

Summary: Many studies show that there is no reason for accepting the existence of many types of psychotherapies, types which differ in their theoretical concepts. There is also no reason for considering musicotherapy, psychodrama, etc. as individual therapeutic procedures. The search for a definition of psychotherapy leads to a differentiation between those psychosocial activities which are in fact treatment – as psychotherapy and other activities called as psychosocial help. They differ in the type of relation formed in which the psychosocial influences are exerted, the type of those psychosocial influences and specificity of help given. The activation of the unspecific therapeutic factors, just like it is the case in crisis intervention, intervention into the family system, counselling, psychorehabilitation, etc. – all these are psychosocial help. Therefore, besides the fact that it in itself is not treatment, it has a wide applicability in medicine. Psychotherapy is the application of psychosocial influences with the aim of removing the health impairment. Because of the variety of these disorders and their causal factors, psychotherapy of neurotic disorders must in fact differ from e.g. psychotherapy of schizophrenia.

Burzliwy rozwój psychoterapii w latach 1960–2000 doprowadził do rozmaitych niejasności. Psychoterapią zaczęto powszechnie nazywać nie tylko leczenie, ale także różne działania kierowane do zdrowych, niezadowolonych z siebie osób (mające doprowadzić np. do polepszenia — ich zdaniem niedostatecznej — sprawności i jakości życia), usprawnianie funkcjonowania zespołów pracowniczych i rodzin itp., a nawet okazywania zwyczajnie życzliwego stosunku do drugiego człowieka. Nie wiadomo, czy psychoterapie psychoanalityczne i psychodynamiczne, poznawcze, behawioralne, humanistyczne czy systemowe, typu Gestalt, NLP, hipnoterapia, muzykoterapia, psychoterapia „podstawowa” i „specjalistyczna”, „socjoterapia” i psychodrama, „psychoterapia instytucjonalna” i społeczność terapeutyczna itp. — to różne rodzaje psychoterapii czy też tylko różne sposoby oddziaływań na przeżywanie podmiotu.

Najbardziej dezorientuje traktowanie psychoterapii tak, jakby nie była ona — zgodnie ze znaczeniem terminu „terapia” — działaniem leczącym zaburzenia zdrowia. Jak się wydaje, wynika to zarówno z potrzeb pacjentów (lub „klientów”), jak i samych psycho-terapeutów. Tym pierwszym łatwiej uniknąć „stygmatyzacji społecznej”, która dotyka osoby podejmujące leczenie psychiatryczne, łatwiej też uzyskać korzyści wynikające z zajmowania pozycji chorego i otrzymywać wsparcie w kontakcie z psycho-terapeutą bez podejmowania trudu związanego z terapią. Natomiast psycho-terapeuci nie będący lekarzami, oferując „psychoterapię, która nie jest leczeniem”, nie naruszają prawa i poszerzają rynek potencjalnych klientów.

Potrzeba unifikacji zasad funkcjonowania zawodowego, szczególnie w krajach Unii Europejskiej, jest jednym z powodów intensywnego poszukiwania kryteriów definicji psychoterapii i dyskusji, dotyczących zasadności posługiwania się tym pojęciem w odniesieniu do tak bardzo różnych działań. Trudność sformułowania jednoznacznej i powszechnie akceptowalnej definicji jest jednak uwarunkowana różnymi czynnikami, nie tylko merytorycznymi. Należą do nich m.in. uwarunkowania socjoekonomiczne i historyczne.

Dla osób uważających się za psycho-terapeutów każda definicja psychoterapii, która podawałaby w wątpliwość ich prawo do jej świadczenia, jest nie do przyjęcia. Dlatego tendencja do uznania, że psychoterapią jest to wszystko, co dzieje się w ich gabinetach, że każda rozmowa z pacjentem (a w szczególności każde spotkanie psychiatry z chorym) jest już oddziaływaniem psycho-terapeutycznym, i dążenia do legislacji tego stanu rzeczy — są obecnie bardzo silne.

Sytuacja ta ma swoje źródła w historii rozwoju psychoterapii, zwłaszcza w niepowodzeniach dążenia do uznania psychoanalizy za integralną część medycyny w pierwszych dekadach dwudziestego wieku. W wyniku tego niepowodzenia powstały dwa kierunki jej rozwoju. Jeden z nich, uznający za najważniejsze rozwój jednostki i wspomaganie w tym rozwoju, stał się m.in. podstawą „humanistycznych” założeń psychoterapii. Drugi, nie rezygnujący z poszukiwania należnego miejsca w medycynie, podtrzymywał przekonanie, że psychoterapia (ale także sama psychoanaliza), to leczenie zaburzeń zdrowia.

Przekształcenia medycyny z czysto biologicznej w holistyczną, biopsychospołeczną, tworzyły szansę na pełną integrację psychoterapii z medycyną, szczególnie z psychiatrią. Jednak kolejny zwrot ku biologicznemu traktowaniu chorób i ich leczenia związany z postęпами farmakoterapii sprawił, że psychoterapia znowu znalazła się na obrzeżach medycyny. Przyczyniły się do tego z jednej strony naciski firm skłaniających do korzystania z produktów farmaceutycznych, a z drugiej — poczucie, że kompetencje psycho-terapeuty wynikają raczej z wiedzy psychologicznej niż z biologicznie rozumianego wykształcenia medycznego.

To ostatnie jest oczywiście prawdą, sama wiedza biologiczna nie wystarcza do podejmowania działań psycho-terapeutycznych. Nie wystarcza jednak także sama wiedza psychologiczna ani socjologiczna, a tym bardziej wyłącznie doświadczenie własnej psychoterapii. Mimo to rozpowszechniła się praktyka uznawania za psycho-terapeutów nie tylko psychologów, pielęgniarek, socjologów, pedagogów, pracowników społecznych itp., ale także byłych pacjentów (niezależnie od efektów ich leczenia). Zaczęto poszukiwać szczególnych cech osobowości, stanowiących o ich kompetencji — analogicznie do „potencjału społecznego” czy „dynamiki grupowej”, mających decydować o leczniczym wpływie grup społecznych [1, 2]). W rezultacie powstała wielotysięczna armia psycho-terapeutów, wśród których lekarze, na ogół psychiatrzy, stanowili nieznaczną mniejszość.

Wbrew tym trendom, w ostatnim dziesięcioleciu znowu narasta przeświadczenie o użyteczności procedur psychoterapeutycznych, nie tylko w leczeniu psychiatrycznym, lecz w prawie wszystkich działach medycyny, oraz przekonanie, że psychoterapia wymaga także medycznego wykształcenia. Uważana jest ona za leczenie „z wyboru” zaburzeń nerwicowych czy zaburzeń osobowości (a nawet — zwłaszcza poznawcza i psychodynamiczna — za standard leczenia niektórych zaburzeń) i za konieczne postępowanie wspomagające w leczeniu chorób narządów wewnętrznych, za niezbędny element postępowania rehabilitacyjnego i pomocy w sytuacjach terminalnych. Tym bardziej potrzebne jest określenie, czy są to różne sposoby oddziaływania, czy też aplikacja tej samej psychoterapii do różnych zadań i celów.

Istniejące definicje psychoterapii przede wszystkim wskazują na obszary jej oddziaływania (np. nierozwiązane konflikty intrapsychiczne, uwarunkowane sposoby reagowania, zakłócenia emocjonalne itp.) [1, 3] i podkreślają celowość, świadome planowanie zastosowania w celach leczniczych wiedzy psychologicznej¹ (np.: „psychoterapia to zamierzone korygowanie zaburzeń czynności organizmu środkami psychologicznymi” [2, str. 26]. W różnych wariantach tych sformułowań podkreślane są aspekty intencjonalności, wiedzy terapeuty o problemach życiowych i ich usuwaniu, znaczenie traktowania jednostki jako całości w kontekście jej rozwoju psychospołecznego, uwarunkowań środowiskowych i aktualnej sytuacji życiowej, znaczenie szczególnej relacji interpersonalnej, nazywanej „relacją psychoterapeutyczną” (w której terapeuta doświadcza siebie takim, jakim rzeczywiście jest, wykazuje wrażliwość i nie oceniające zrozumienie dla drugiej osoby, troszczy się o nią i komunikuje jej swoje uczucia²) ułatwiającej rozwój jednostki [3, 4] i umożliwiającej uruchamianie niespecyficznych czynników leczących [5], samowiedza terapeuty oraz zasady etyczne, jakimi się kieruje, jego neutralność ideologiczna itp. Stosunkowo rzadko psychoterapia sprowadzana jest wyłącznie do procesu usuwania zaburzeń zdrowia [6].

Niekiedy na pierwszy plan takich definicji wysuwane jest określanie sposobów uzyskiwania zmian w toku psychoterapii: posługiwanie się werbalnymi i niewerbalnymi środkami oddziaływania, znaczenie procesów prowadzących do wglądu lub doświadczeń korektywnych i uczących nowych wzorców reagowania i zachowania, aspekty konsensusu i współpracy z pacjentem itp. Wiele sformułowań definiuje psychoterapię poprzez cel, do którego ma zmierzać: poprawa kontaktu ze sobą lub innymi, modyfikacja cech osobowości związanych z przeżywaniem nieszczęścia lub stresu, a nawet postaw jednostki wobec jakichkolwiek trudności, wzrost integracji osobowości, zwiększenie ekspresji emocji itp. Niektóre z definicji podkreślają znaczenie indywidualizacji celów (korekta zaburzeń poznawczych, systemów wartości, emocjonalności itp.) oraz szerokie spektrum takich działań — od leczenia pacjentów chorujących na zaburzenia psychiczne, psychosomatyczne i psychospołeczne do działań zmierzających do poprawy jakości życia. Wobec tak znacznej różnorodności trudno się dziwić, że żadna z tych definicji — nawet te, które usiłują uwzględnić i zintegrować możliwie wiele poglądów na istotę psychoterapii³ — nie została powszechnie zaakceptowana.

Nie powiodły się próby odnalezienia istotnych różnic między zespołami twierdzeń

¹ np. Janet, Norcross i in. [2, 3, 9].

² zwłaszcza Rogers i in.

³ Aleksandrowicz i Boadella: Propozycja zgłoszona podczas dyskusji na zebraniu Scientific Validation Subcommittee EAP 1998.

składających się na wiedzę o psychoterapii — psychoanalitycznych, behawioralnych, poznawczych, systemowych itp. Większość obserwacji i analiz ukazuje, że różnice założeń teoretycznych (także „technik” oddziaływania) są pozorne i sprowadzają się do rozmaitego nazywania w gruncie rzeczy identycznych zjawisk. Co więcej, podejścia te opisują przede wszystkim okoliczności powstawania zaburzeń (przy czym różnice wynikają, jak się wydaje, głównie z zawężania obserwacji do pewnych fragmentów psychopatologii i nieuzasadnionego uogólniania wniosków). Wynikające z nich zasady i sposoby powodowania zmian korygujących te zaburzenia (a więc to, co najbardziej dotyczy psychoterapii) stanowią zaledwie fragment tych teorii. Trudno więc merytorycznie uzasadnić pogląd o istnieniu wielu psychoterapii samym istnieniem wielu różnych teorii i związanych z nimi „szkół”.

Teorie te można jednak podzielić na dwie grupy. Jedne z nich dotyczą przede wszystkim zaburzeń zdrowia i sposobów ich usuwania, inne — różnie rozumianej sprawności działania jednostki i jej zadowolenia z siebie, opisując sposoby poprawy jakości życia zdrowych osób. Te drugie, w znacznej mierze odwołujące się do wyobrażeń o tym, jaki jest (lub jakim powinien być) człowiek, często mają charakter bardziej ideologiczny niż naukowy. Jest to jedno z uzasadnień poglądu, że określenie „psychoterapia” dotyczy przynajmniej dwóch zupełnie różnych rodzajów oddziaływania.

Nie powiodły się także próby przekonującego określenia czegoś, co byłoby wspólne rozmaitym podejściom i rodzajom psychoterapii („czynniki leczące”, „niespecyficzne czynniki psychoterapii”⁴ itp.) [7, 8, 9, 10]. Być może wynika to ze wspomnianej wyżej fundamentalnej różnicy oddziaływań. Wymusza ona uznawanie za specyficzne dla analizowanych form psychoterapii tych elementów, które są obecne w różnych jej rodzajach, a nawet w procedurach kształcenia i wychowywania⁵ — inne aspekty nie są wystarczająco powszechne i wspólne wszystkim odmianom psychoterapii. Prawdopodobnie dlatego nie udało się określenie istoty psychoterapii poprzez poszukiwanie wspólnych elementów założeń teoretycznych i związanych z nimi technik. Być może z podobnych przyczyn wieloletnie usiłowania sformułowania „integracyjnej” teorii psychoterapii [9, 11, 12, 13] prowadzą raczej do powstawania systemów twierdzeń o charakterze eklektycznym niż do rzeczywistej syntezy wiedzy.

Niepowodzenia tych usiłowań są, jak się wydaje, związane z utrwaleniem pewnych — co najmniej wątpliwych — schematów postrzegania rzeczywistości. Należy do nich np. rozróżnianie psycho- i socjoterapii, przeszkadzające w określeniu udziału psychologii, socjologii i medycyny w tworzeniu wiedzy i praktyki psychoterapeutycznej. Oddzielanie „tego, co psychiczne”, od „tego, co społeczne” i niedostrzeganie integralnego związku między zjawiskami społecznymi a stanem psychicznym jednostki jest mocno utrwalonym w tradycji, ale oczywistym błędem. Wiadomo przecież, że procesy psychiczne są konsekwencją istnienia środowiska społecznego. Poza tym, przecież nawet „indywidualna” psychoterapia jest procesem toczącym się w małej grupie społecznej, wprawdzie dwuosobowej, ale zarazem będącej elementem systemu społecznego ze swoją specyficzną strukturą

⁴ W odróżnieniu od „niespecyficznych czynników leczniczych”.

⁵ Np. Lambert (1994) grupuje je w: a) czynniki podtrzymujące, np. tworzenie związku, uspokojenie; b) uczenie, np. rady, feedback, pobudzanie wglądu, i c) działanie, np. przepracowanie, modelowanie, zachęcanie do podejmowania ryzyka.

świadczenia usług, wyobrażeń o sposobie i użyteczności tych oddziaływań itp.

Innym takim, utrwalonym błędem wydaje się ujmowanie psychoterapii w kategoriach „lecniczego związku międzyludzkiego”. Jego konsekwencją jest sprowadzanie psychoterapii do uruchamiania niespecyficznych czynników terapeutycznych [5] (a więc działania właściwego każdemu oddziaływaniu leczniczemu) — zwłaszcza poprzez nawiązywanie relacji i tworzenie związku między leczącym a leczonym, pocieszanie, uspokajanie, udzielanie wsparcia, wyrażanie serdeczności, troski, życzliwości, akceptacji, poprzez empatię leczącego itp. Takie oddziaływania, nazywane często „psychoterapią podstawową” (elementarną), czasem „wspierającą” (podtrzymującą), są przecież niezbędnym elementem oddziaływań każdego lekarza, pielęgniarki i innych osób biorących udział w procesie leczenia [14, 15, 16, 17], a nie szczególnym rodzajem leczenia. Wprawdzie nigdy dość uprzytomniania i podkreślania, że psychospołeczne oddziaływania niespecyficznych czynników terapeutycznych są integralną częścią każdej procedury uzdrawiania, jednak — z drugiej strony — implikuje to bezpodstawne przekonanie, że każdy lekarz wykorzystujący możliwości tych oddziaływań (np. tworząc przyjazną atmosferę kontaktu, zmniejszając napięcie itp.) jest psychoterapeutą. Przede wszystkim jednak, pogląd taki utrudnia i ogranicza poszukiwanie *differentia specifica*, odróżniającej psychoterapię od innych sposobów leczenia.

Nie jest nią, oczywiście, to, że zmierza do korekty zakłóceń procesów psychicznych — takie działanie można uzyskać także innymi sposobami (np. psychofarmakoterapią). Wyróżnikiem psychoterapii nie jest więc jej wpływ na stan psychiczny chorego, lecz posługiwanie się w tym celu oddziaływaniami psychospołecznymi.

Jak wspomniano, także analizy psychoterapii „specjalistycznych” (w rozumieniu działań odwołujących się do uznanych za wartościowe teorii i związanych z nimi procedur) nie doprowadziły do określenia tego, co odróżnia psychoterapię od innych rodzajów leczenia, tego, co stanowi jej istotę. Najprawdopodobniej jest to konsekwencją błędu — uznawania psychoterapii za „specjalistyczną” jedynie ze względu na jej związek z jakimś specyficznym podejściem teoretycznym. Przyjmowanie jakichś szczególnych założeń teoretycznych nie jest jednak wystarczającym argumentem uznania terapii za specjalistyczną, ponadto wiele spośród istniejących teorii (np. humanistyczne), przeciwnie, zakłada rezygnację z konceptu „leczenia”.

Znacznie bardziej przekonujące wydaje się rozumowanie, uznające za specjalistyczne takie terapie, które wybiórczo usuwają (wyłącznie lub głównie) jakieś konkretne zaburzenie. Posługują się przy tym jakimiś szczególnymi, „specyficznymi” oddziaływaniami, modyfikującymi okoliczności powstania konkretnego zaburzenia. W tym znaczeniu sugestia analgezji powodująca ustąpienie dolegliwości bólowych jest działaniem specyficznym, a sugestia służące wzbudzeniu nadziei czy ogólnej mobilizacji — niespecyficznym.

W poszukiwaniu bardziej adekwatnego kryterium uznania jakiegoś leczenia za specjalistyczne warto też przywołać zasadę przyjmowaną we wszelkich badaniach efektywności leczenia. Za jego „specyficzne działanie” uważa się to, co umożliwia pojawienie się „naddatku korzyści” ponad efekty wynikające z działania czynników niespecyficznych (*placebo*). Uznanie jakiejś formy psychoterapii za specjalistyczną nie powinno więc wynikać ani z jej założeń teoretycznych, ani z rodzaju wykształcenia osób leczących, lecz raczej ze stwierdzenia, że umożliwia ona uzyskanie znacznie większych korzyści niż ta

„podstawowa”, sprowadzająca się właśnie do mechanizmów działania *placebo*. Jak się wydaje, taki dodatkowy potencjał psychoterapii wynika z adaptacji strategii postępowania i stosowanych procedur technicznych do indywidualnej specyfiki problemów i celów osób korzystających z tych oddziaływań [18, 19]. Współczesne próby stworzenia integracyjnej teorii psychoterapii również opierają się właśnie na takim założeniu, czyniąc jej przedmiotem opis czynników prowokujących zachodzenie korzystnych zmian, ich mechanizmów i procesów w odwołaniu do zasady „co dla kogo” [18].

Rezygnacja z przekonania, że istnieją jakieś elementy oddziaływań mające jednakową wartość dla wszystkich osób korzystających z psychoterapii, umożliwia dostrzeżenie kolejnego błędnego założenia. Nie ma żadnego powodu do spostrzegania i ujmowania różnych oddziaływań — tych mających na celu leczenie i tych o charakterze edukacji, udzielania oparcia i podtrzymania itp. — jako jednej całości. Posługiwanie się takim schematem, uniemożliwiającym adekwatne ograniczenie pola analiz, nie doprowadziło — bo nie mogło — do określenia wspólnych, istotnych cech konglomeratu różnych procedur. Uniemożliwiło także dostrzeżenie istotnych różnic między nimi.

Niewątpliwie zadanie zdefiniowania istoty psychoterapii jest niezmiernie trudne, chociażby ze względu na jej usytuowanie w obszarze, w którym krzyżują się fenomeny zdrowia i choroby, pomagania i leczenia, relacji i interakcji międzyludzkich będących warunkiem jakiegokolwiek oddziaływania jednej osoby na drugą [20]. Dlatego, jak się wydaje, sformułowanie takiej definicji wymaga przede wszystkim rozróżnienia między oddziaływaniami psychospołecznymi, mającymi na celu leczenie, a tymi, których celem jest udzielanie pomocy. Tylko dla pierwszych właściwa jest nazwa „psychoterapia”, zgodnie ze znaczeniem słowa „terapia”, dla tych drugich właściwsze wydaje się określenie „pomoc psychospołeczna” [21].

Oddziaływania psychospołeczne⁶ (w odróżnieniu od np. przymusu fizycznego) to jedna z wielu sfer oddziaływania jednych ludzi na drugich. Ich celem jest spowodowanie zmian przeżywania i wywołanie odpowiedniego zachowania osoby, na którą się oddziałuje. Należą do nich działania wychowawcze, działania przekonujące do nabycia jakiegoś produktu, dokonania wyboru osoby mającej sprawować władzę, przekonujące do jakichś wartości czy poglądów (propaganda) i wiele innych. Tylko niektóre z nich mają charakter pomocy lub leczenia, inne są neutralne lub przeciwnie — są przyczyną cierpienia (np. mobbing), mają charakter patogeniczny lub powodują bezradność.

Wśród oddziaływań psychospołecznych o charakterze udzielania pomocy, większość — np. poradnictwo prawne, psychologiczne, w prowadzeniu przedsiębiorstw, edukacja w umiejętnościach społecznych itp. — nie ma bezpośredniego związku z leczeniem, tylko nieliczne mają zastosowanie w medycynie.

Należy do nich zarówno uruchamianie zespołu oddziaływań nazywanych „niespecyficznymi czynnikami terapeutycznymi”, jak i udzielanie pomocy poprzez swoją obecność

⁶ Często stosowane określenie „oddziaływania psychologiczne” (podobnie jak: „oddziaływania psychiczne”) wprowadza w błąd. Przede wszystkim — nie zawsze odwołują się one do wiedzy psychologicznej, poza tym są to równie często oddziaływania psychologów, jak i ekonomistów czy specjalistów od marketingu. Nie jest to także oddziaływanie „psychiki” jednej osoby na drugą. Nie ma żadnych podstaw do przyjęcia, że istnieje jakakolwiek możliwość bezpośredniego przekazywania przeżyć lub stanu psychicznego drugiej osobie. (Hipoteza wpływu „samej psychiki” wymagałaby wprawdzie udowodnienia istnienia telepatii.)

przy łóżku cierpiącej osoby, wyrażanie współczucia i podtrzymywanie, nie będące *sensu stricto* leczeniem — a więc niektóre formy pomocy psychospołecznej. Oddziaływania psychospołeczne są stosowane w zapobieganiu zaburzeniom zdrowia (promocja zachowań prozdrowotnych) i w samym leczeniu — usuwaniu zaburzeń zdrowia (psychoterapia).

Warunkiem zaistnienia wpływu jednej osoby (lub grupy osób) na stan psychiczny i treść przeżyć podmiotu — oddziaływań psychospołecznych — jest zaistnienie jakiegokolwiek relacji między ludźmi. Może w niej dochodzić do bezpośredniej komunikacji, wymiany bodźców między osobami pozostającymi w takiej relacji, ale wpływ taki wywiera również milczące przebywanie w tej samej przestrzeni kilku osób. Co więcej, takie oddziaływania mogą być generowane przez osoby fizycznie nieobecne⁷ lub nawet nieistniejące w rzeczywistości — a raczej istniejące tylko wyobrażeniowo (np. bohaterowie książek i opowieści, postacie ze wspomnień czy marzeń itp.). Niezależnie od tego, czy partnerzy relacji rzeczywiście istnieją czy nie, i czy są fizycznie obecni, ich postawy, poglądy czy sposoby reagowania mogą być bodźcami modelującymi przeżywanie podmiotu. Typ relacji (a raczej związanych z nimi oddziaływań psychospołecznych) ma wpływ na stan zdrowia jednostki — przede wszystkim na powstawanie wielu odmian zaburzeń. Do tego wpływu prowadzi się pojęcie „psychosocjogenezy” zaburzeń nerwicowych czy zaburzeń osobowości.

Znaczenie relacji międzyludzkich dlatego jest tak ważne, że są one podstawowym czynnikiem kształtującym istotę człowieczeństwa. Jeśli w ogóle można mówić o „naturze” człowieka i o tym, co go różni od innych żywych istot, to nie ujawnia jej ani garnitur genetyczny, ani żaden inny aspekt biologii. Być może jednak można doszukać się jej w specyfice relacji społecznych — niezbędnych do przetrwania gatunku i jednostki, kształtujących procesy psychiczne (w związku z formatywną funkcją języka) i osobowość, będących warunkiem zaspokojenia potrzeb biologicznych i psychicznych.

Jakościowe cechy relacji i związków między ludźmi decydują o różnicach form oddziaływań psychospołecznych i przeciwnie — cel oraz rodzaj tych oddziaływań determinuje rodzaj relacji. Rodzaj i jakość relacji w znacznej mierze zależy od celu, w jakim jest nawiązywana. Relacje powstające wówczas, gdy kilka osób współuczestniczy w wykonywaniu jakiegoś zadania pod kierownictwem wyznaczonej osoby, są jakościowo odmienne od relacji np. w grupie towarzyskiej czy w grupie rodzinnej, w których powstaje struktura wynikająca ze spontanicznej dynamiki takich grup społecznych. Szczególna relacja zadaniowa, której celem jest edukacja, jest z założenia relacją „skośną” — nauczyciel wie i może przekazać coś, z czego chce skorzystać uczeń. Podobnie „skośne” są relacje terapeutyczne — w której leczony korzysta z kompetencji leczącego i relacje udzielania pomocy — w której pomagający dysponuje czymś, czego potrzebuje osoba oczekująca wsparcia. Nierówności pozycji osób uczestniczących w takich relacjach nie zmienia fakt, że osoby utrzymujące się z leczenia czy udzielania pomocy są zależne od osób chcących skorzystać z ich usług (zwłaszcza od ich liczby).

Relacje terapeutyczne różnią się jednak od relacji tworzonych w celu udzielania pomocy, inne też są zadania, zasady funkcjonowania i inne kompetencje osób pomagających niż tych, które leczą. W przypadku udzielania pomocy zadanie, które jest motorem powstania takiej relacji, wynika z potrzeb i życzeń klienta. Tylko on powinien określać rodzaj i zakres

⁷ np. aktorów i idoli znanych jedynie z ekranu.

pomocy, a pomocnik powinien „podążać za nim” — inaczej nie będzie to pomoc, lecz „uszcześliwienie na siłę”. Natomiast relacje terapeutyczne zakładają kierowanie się wiedzą leczących o chorobie i o tym, co może pomóc w usunięciu zaburzenia. Wyobrażenia i oczekiwania pacjenta muszą zostać podporządkowane tej wiedzy i wynikającym z niej decyzjom o sposobie realizowania zadania. Szczególne okoliczności mogą zmniejszać (jak w przypadku zabiegu chirurgicznego) lub znacznie zwiększać (w psychoterapii) konieczność aktywnej współpracy chorego, zawsze jednak to leczący musi określać optymalny kierunek, zakres i zasady tej współpracy. Nie jest to więc relacja w pełni partnerska.

Relacje partnerskie, zakładające równość i proporcjonalne współuczestnictwo, uznawane są za optymalne układy międzyludzkie. Im bardziej są one bezinteresowne i pozbawione aspektu zadaniowego, tym wyżej są oceniane, co więcej — przypisywana jest im wartość lecznicza.

To ostatnie, jak się wydaje, wynika m.in. z obserwacji, że stworzeniu takiej relacji między leczonym a leczącym i wynikającego z niej silnego związku często towarzyszy zmniejszenie, a nawet ustępowanie objawów, zwłaszcza nerwicowych. Mimo niewątpliwej trafności samych obserwacji, pogląd o terapeutycznej wartości takich relacji wydaje się błędny. Wiele przemawia za powstawaniem — przeciwnie — patogenicznych uwikłań, w których partnerzy takiej relacji zaspokajając wzajemnie swoje potrzeby dostarczają sobie satysfakcji płynącej z gratyfikacji zastępczych potrzeb neurotycznych. Ponadto powstanie takiej relacji w leczeniu utrudnia tworzenie satysfakcjonujących relacji międzyludzkich w warunkach innych niż sytuacja terapii. Łączy się to z powstaniem uzależnienia od konkretnego terapeuty lub od terapii. (To ostatnie dotyczy także wielu psychoterapeutów, którzy uzyskują zaspokojenie potrzeby związków emocjonalnych — także potrzeb seksualnych — w relacjach ze swoimi pacjentami, a nie w budowanych w partnerskich związkach powstających w naturalnych grupach społecznych.) Relacje takie nie mają więc rzeczywistej wartości leczniczej. „Leczenie” bowiem, to nie tylko przynoszenie ulgi w cierpieniu, lecz przede wszystkim usuwanie zaburzeń zdrowia. Uznanie, jaki rodzaj zakłóceń funkcjonowania jednostki czy też narządów lub układów ciała należy uznać za chorobę, a jaki za dolegliwość innego rodzaju — „przemijające cierpienie psychofizjologiczne” czy np. przejaw opętania przez złe duchy — zależy od aktualnych warunków socjokulturowych, od stanu wiedzy, od okoliczności o charakterze ekonomicznym, politycznym itp.

Wpływ tego konglomeratu czynników uwidacznia się chociażby w aktualnych zmianach klasyfikacji zaburzeń zdrowia — zwłaszcza tworzeniu nowych kategorii bardziej ze względu na przewidywanie zysków z ich leczenia niż w związku z dostrzeganiem istnienia takich chorób. Wyraża się także w nieuznawaniu za zaburzenie zdrowia takich dysfunkcji, których uznanie za stan chorobowy stwarzałoby zagrożenie społeczne. Dotyczy to więc w równej mierze rozszerzania wskazań do stosowania np. leków przeciwdepresyjnych w każdym przypadku przygnębienia, jak i nieuznawania za chorobę stanu zwyczajnego upojenia alkoholowego. Wyraża się także w renesansie konceptu „opętania” czy „nawiedzenia”, mimo ewidentnego wyjaśnienia takich zjawisk (podobnie jak „stygmatów”) w kategoriach zaburzeń zdrowia.

Wskazania do stosowania jakiegokolwiek procedury leczniczej wynikają z aktualnego stanu wiedzy o przejawach i przyczynach zaburzeń zdrowia (o patologii i etiopatogenezie). Współczesne postępy wiedzy o funkcjach ośrodkowego układu mózgowego,

genetyki i technologii biochemicznych skłaniają do preferowania farmakoterapii. Skłania to do porzucania hipotezy o psychogenezie zaburzeń, zarówno psychicznych (o obrazie psychotycznym czy nerwicowym, także zaburzeń osobowości), jak i tych, które dawniej nazywano „psychosomatycznymi”, i podważania wartości psychoterapii. Wiadomo już jednak, że procesy neurotransmisji mogą zmieniać się w efekcie zmian stanu psychicznego, wywoływanego oddziaływaniami psychospołecznymi. Założenie to uzyskało ostatnio mocne wsparcie w wynikach badań eksperymentalnych, m.in. za pomocą rezonansu magnetycznego, zarówno na poziomie psychofizjologii, jak i patogenezy. Zrodziły się podstawy do przeświadczenia, że relacje przyczynowe prowadzące do powstania zaburzeń mają charakter cyrkularny, a ich przebieg może być modyfikowany zarówno farmakologiczną interwencją w mechanizmy neurotransmisji, jak i zmianą stanu psychicznego w wyniku oddziaływań psychospołecznych.

Leczenie jest udzielaniem kompetentnej pomocy w odzyskaniu zdrowia. Należy więc do działań mających jakoś „pomaganie”, jest to jednak pomoc bardzo szczególnego rodzaju.

Pomoc może mieć rozmaity charakter — może to być np. pomoc ekonomiczna czy zawodowa, pomoc świadczona przez systemy opieki społecznej itp. Ogólnie biorąc, działanie mające charakter pomocy polega na współpracy osób w osiągnięciu celu lub realizacji zadania, którego żadna (lub przynajmniej jedna) z tych osób nie może wykonać samodzielnie. Zazwyczaj sprowadza się to do dostarczenia lub ułatwienia czegoś — np. pożyczanie pieniędzy, pomoc komuś, kto upadł na ulicy, schronienie kogoś zagrożonego, pomoc w znalezieniu pracy lub mieszkania itp. Często pomoc polega na bezpośrednim współdziałaniu, czasem na przekazaniu informacji czy instrukcji, jak poradzić sobie z trudną sytuacją. Na ogół są to krótkotrwałe epizody umożliwiające przezwycięzenie chwilowych przyczyn niekompetencji, zazwyczaj pozostawiające osobę otrzymującą pomoc taką samą, jaką dotąd była. Wszyscy niekiedy pełnią rolę tego, kto pomaga, innym razem tego, kto potrzebuje i korzysta z pomocy (zarazem określając jej zakres). Taka pomoc ma na ogół charakter przedmiotowy, chociaż poczucie wsparcia i pomocy psychicznej często bywa jej ubocznym (co nie znaczy mniej ważnym) efektem.

Tylko niektóre z aktów pomagania mają charakter oddziaływań psychospołecznych, np. udzielania podtrzymania, indywidualnego lub przez grupę. Pozwalają one uzyskać znaczące, poprawiające samopoczucie oparcie, podobnie jak np. dostarczane przez sekty religijne i ruchy charyzmatyczne, organizacje typu AA, „rodzin” czy klubów kibicujących rozgłośniom radiowym, zespołom muzycznym czy sportowcom. Jedne z nich mają efekt chwilowy (interwencje kryzysowe), inne długotrwałe (np. wszystkie formy psychoedukacji, prowadzącej do uzyskania nowych umiejętności). Należy do nich także poradnictwo — zarówno prawne, jak psychologiczne, pomoc w uzyskiwaniu sukcesu finansowego w przedsiębiorstwie, kierowaniu innymi i w wielu innych sytuacjach wymagających rady eksperta.

Oddziaływania służące zwiększaniu wrażliwości i skuteczności interpersonalnej, wglądu w swoje motywy działania, rozeznania w emocjach, poprawie samooceny, umiejętności funkcjonowania społecznego czy asertywności są odpowiedzią na aktualne potrzeby osób poszukujących pomocy [22]. Potrzeby, te najczęściej podyktowane wymogami środowiska socjokulturowego, wynikają z okresowych dominacji rozmaitych przeświadczeń

i schematów poznawczych. Często związane z systemami wartości i ideologiami, nieraz mają charakter narzędzi manipulowania grupami społecznymi. Skłaniają one do odczuwania: pełnej, w swojej istocie narcystycznej, wolności lub przeciwnie — bezgranicznego uzależnienia, związanego z bezwarunkową akceptacją, nieograniczonej konsumpcji lub skrajnych wyrzeczeń w imię lepszej przyszłości itp. Pomoc w zaspokajaniu takich potrzeb ma przede wszystkim charakter edukacji i sprowadza się do wskazania sposobów radzenia sobie, umożliwiających dalsze działanie bez korzystania z niej.

Pomocą psychospołeczną są więc te z oddziaływań psychospołecznych, których celem jest zaspokojenie potrzeb świadomie spostrzeganych i wyrażanych przez osobę poszukującą pomocy. Nie ma znaczenia, czy są to potrzeby wynikające z zaburzeń, czy też nie; udzielanie pomocy wymusza kierowanie się zasadą „podążania za klientem” i za jego wyraźnie sformułowanymi życzeniami.

Sposób udzielania pomocy i jej rodzaj zależą od systemów wartości, doświadczenia życiowego, wiedzy, ideologii i wierzeń osób, które wchodzą w relację pomagania, a pomoc psychospołeczna jest zawsze mocno nasycona ideologią, czasem mającą wymiar społeczno-polityczny, czasem głównie antropologiczny (tak jak np. ideologia zawarta w paradygmatach salutogenezy czy psychoanalizy). Wprawdzie kompetencje osoby pomagającej wynikają raczej z jej doświadczenia życiowego, altruizmu i możliwości, jakimi dysponuje (także osobowych), jednak uzasadnieniem udzielania pomocy psychospołecznej jest dysponowanie teoretyczną wiedzą o tym, co dla człowieka jest dobre, zdrowe, słuszne. Wiedza psychologiczna, socjologiczna czy antropologiczna jest w tym równie użyteczna, jak teologiczna, a odwołanie do jakichkolwiek systemów wartości decyduje zarówno o kierunku i sposobie udzielania takiej pomocy, jak i jej skuteczności.

Niektóre z form pomocy psychospołecznej mają zastosowanie w medycynie — np. uruchomienie niespecyficznych czynników leczących, w związku z czym pojawia się poczucie, a niekiedy nawet rzeczywista poprawa zdrowia (w wyniku zjawisk i procesów, określanych niezbyt trafną nazwą „ideomotorycznych”).

Poza tym, ubocznym, nieraz przypadkowym efektem poradnictwa lub edukacji może być zmiana, mająca charakter leczniczy — np. uzyskanie umiejętności zmniejszających lęk przed kompromitacją w towarzystwie (fobię społeczną). Wprawdzie jest to jedynie wtórna korzyść z procesu dydaktycznego (podobnie jak uboczną, wtórną korzyścią z leczenia może być uzyskanie jakiejś ważnej wiedzy lub umiejętności), sprawia jednak wrażenie, że pomoc psychospołeczna jest psychoterapią.

Stosowanie pomocy psychospołecznej w medycynie najczęściej ma na celu natychmiastową ulgę w cierpieniach chorego. Można ją uzyskać dzięki tworzeniu znaczącego związku emocjonalnego z chorym, uważnemu wysłuchaniu jego skarg, umożliwieniu ekspresji emocjonalnej (zwłaszcza o burzliwym, katartycznym charakterze), wzmacnianiu samooceny, nakłanianiu do „pozytywnego” myślenia itp. Pomoc psychospołeczna może być też sposobem budzenia pozytywnych oczekiwań skuteczności leczenia, źródłem oparcia w trudnych chwilach załamań i kryzysów, może ułatwić znoszenie przewlekłych, nieuleczalnych zaburzeń lub kalectwa. Podobnie jak towarzyszenie choremu w sytuacjach terminalnych, interwencje w przypadkach zaburzeń funkcjonowania rodziny, poradnictwo w wypadku trudności wychowawczych lub braku wiedzy o procesach psychicznych związanych z chorowaniem itp. jest znaczącym działaniem wspomagającym leczenie, łagodzącym

skutki choroby. Szczególnym wariantem takiej pomocy są oddziaływania edukacyjne, zmierzające do stymulacji rozwoju, integracji osobowości itp. — ich znaczenie w terapii dzieci i młodzieży znacznie wykracza poza zapobieganie zaburzeniom zdrowia. To, że pomoc psychospołeczna nie jest leczeniem *sensu stricto* i nie jest tożsama z psychoterapią, nie zmniejsza jej wartości i znaczenia w procesie leczenia. Jest ważniejsza od wielu form leczenia specjalistycznego, powinna być elementem postępowania każdego lekarza i każdej pielęgniarki, nauczany w toku studiów i niezbędnym niezależnie od rodzaju zaburzeń oraz specjalistycznej terapii. Zarazem, udzielanie pomocy psychospołecznej w mniejszym stopniu wymaga dysponowania dogłębną wiedzą medyczną i wydaje się, że do tych oddziaływań w pełni uprawnia zawód psychologa klinicznego. Wyrazem uznania celowości tych procedur jest m.in. wprowadzenie pojęcia „pomocy” w katalog usług medycznych refundowanych przez NFZ⁸.

W odróżnieniu od pomocy psychospołecznej, psychoterapia to wyłącznie te oddziaływania psychospołeczne zachodzące w ramach relacji leczenia, które mają na celu usunięcie zaburzenia, doprowadzenie do zmian pozwalających na ustąpienie przejawów i mechanizmów powstawania choroby. Jest to więc postępowanie wynikające z aktualnego stanu wiedzy o zaburzeniach zdrowia i sposobach ich leczenia, zmierzające do odzyskania (a nieraz uzyskania) zdrowia. Adresatem tych oddziaływań mogą być wyłącznie pacjenci, u których rozpoznanie uzasadnia, zgodnie ze współczesną wiedzą o etiopatogenezie, zastosowanie tej formy terapii. Procedury psychoterapeutyczne muszą być adekwatne do wiedzy o zaburzeniach, stosowne do różnorodności etiopatogenezy tych zaburzeń. Muszą też uwzględniać zarówno indywidualną specyfikę zaburzeń, jak i ich środowiskowy kontekst. Niekiedy więc dotyczą procesów świadomych, niekiedy nieświadomych, niekiedy procesów poznawczych, niekiedy szczególnych treści przeżywania. Zawsze jednak dotyczą aktualnych zakłóceń w funkcjonowaniu jednostki, traktowanej jako całość psychofizyczna osadzona w specyficznych warunkach środowiskowych — a nie np. wyłącznie procesów emocjonalnych i ich uwarunkowań przeżyciami w okresie dzieciństwa. (To ostatnie jest właśnie jednym z powodów uznawania psychoanalizy za procedurę mającą charakter pobudzania do samopoznania, którego uboczną korzyścią może być niekiedy poprawa stanu zdrowia.)

Leczyć można jedynie osoby chore i chcące się leczyć, a więc skłonne do zajęcia społecznej pozycji pacjenta w relacji z osobą leczącą. Oddziaływania psychospołeczne składające się na psychoterapię zachodzą w warunkach stwarzanych przez specyficzną relację terapeutyczną, w której chory zajmuje „pozycję społeczną” pacjenta — osoby chcącej uwolnić się od zaburzeń zdrowia, i jest gotów do podjęcia współpracy, mającej charakter własnej, intensywnej aktywności. Musi być ona znacznie większa niż w innych rodzajach leczenia. Nie mając żadnej możliwości bezpośredniego dostępu do przeżyć chorego, terapeuta nie może spełnić swojego zadania bez takiej aktywności. Wymaga ona zarówno podejmowania przez chorego analiz swojego przeżywania i odkrywania tego, z czego nie zdawał sobie sprawy, jak i ekspozycji na doświadczenia w relacjach z innymi ludźmi, treningu zachowań i zmiany sposobów reagowania, którymi się do tej pory nie posługiwał. Co więcej, często — np. w przypadku zaburzeń osobowości — wymaga za-

⁸ Dane z 2003/2004 roku.

przeczenia swojemu „ja”, rezygnacji z tego, kim chory do tej pory był.

Usuwanie zakłóceń w procesach psychicznych i — będących ich wyrazem — dysfunkcji narządów oraz zachowania jednostki (a więc przyczyn choroby i jej objawów) dokonuje się w psychoterapii w wyniku werbalnych i niewerbalnych bodźców powstających w toku komunikacji interpersonalnej (często w grupie). Udział terapeuty ogranicza się do uruchamiania oddziaływań psychospołecznych sterujących kierunkiem własnej aktywności pacjenta. Psychoterapeuta nie udziela rad, chociaż niekiedy posługuje się, instrumentalnie, instrukcjami, uspokajaniem czy wyjaśnianiem. Bezpośrednim efektem takich oddziaływań jest nie tylko chwilowa poprawa stanu psychicznego, lecz także trwała modyfikacja przeżywania — uzyskanie wglądu, zmiana schematów poznawczych i sposobu funkcjonowania (radzenia sobie), zmniejszające obszar bezradności powodującej powstanie zaburzeń czynnościowych, usunięcie przyczyn chorowania. Jeśli dochodzi do poprawy sprawności i jakości życia także w obszarach nie związanych bezpośrednio z zaburzeniem zdrowia, jest to ubocznym efektem takich oddziaływań, przeciwnie niż w pomocy psychospołecznej. Między innymi dlatego tendencje do utożsamiania tych dwóch rodzajów oddziaływań [23] nie są zasadne.

Chociaż — jak wspomniano — nie ma podstaw do uznawania psychoterapii psychoanalitycznej, systemowej, humanistycznej czy poznawczej [24, 25, 26] za odrębne rodzaje psychoterapii, i mimo że rozróżnienie między psychoterapią a pomocą psychospołeczną sprawia, że analizowany obszar zjawisk staje się znacznie bardziej jednorodny — wydaje się, że „psychoterapia” to nazwa wielu różnych form posługiwania się oddziaływaniami psychospołecznymi w celu leczenia. Jest to bowiem leczenie osób chorujących z różnych, u każdego nieco innych, powodów. Rodzaj tego leczenia wynika ze wskazań, określanych zgodnie z aktualną wiedzą o zaburzeniach zdrowia (patologii)⁹. Co więcej, oddziaływania sprawdzające się w leczeniu zaburzeń nerwicowych okazują się nieskuteczne, a nawet mogą być szkodliwe w psychoterapii np. schizofrenii czy choroby wrzodowej. Mimo że zasady oddziaływania adekwatnego do rodzaju zaburzeń nie są jeszcze jasno sformułowane, wydaje się, że ich określenie nastąpi w ciągu najbliższych lat.

Tak więc „psychoterapia”, podobnie jak „farmakoterapia”, to ogólna nazwa zbioru rozmaitych sposobów leczenia oddziaływaniami psychospołecznymi, dostosowanych do rodzaju leczonych zaburzeń i w tym znaczeniu „specyficznych”. O ile jednak farmakoterapię można określić jako: „stosowanie leków do zwalczania chorób lub zapobiegania im” [26], o tyle sformułowanie analogicznej, ogólnej definicji psychoterapii do tej pory się nie powiodło (odpowiednie encyklopedyczne hasło dotyczące psychoterapii zawiera jedynie wyliczenie różnych jej rodzajów). Wydaje się, że podstawowym warunkiem ustalenia tej definicji jest odróżnienie „psychoterapii” od „pomocy psychospołecznej”. Umożliwia to określenie psychoterapii jako posługiwania się oddziaływaniami psychospołecznymi w celu usuwania zaburzeń zdrowia. Wynika z tego także możliwość określenia szczególnych rodzajów tych oddziaływań, adekwatnych do specyfiki patomechanizmów i w związku z tym wskazanych w pewnych zaburzeniach.

Psychoterapia to specjalistyczna umiejętność, wymagająca wykształcenia, na które

⁹ Propozycja zgłoszona Scientific Validation Subcommittee EAP 1997.

składa się zarówno wiedza medyczna i psychologiczna, jak i szczególna wiedza o sposobach posługiwania się oddziaływaniami psychospołecznymi. Nie oznacza to, że psychoterapeutą może być wyłącznie lekarz. Jednak np. psychoterapeuta psycholog, nie wynoszący ze studiów wystarczającej wiedzy medycznej, musi tę wiedzę uzupełnić (podobnie jak lekarz wiedzę psychologiczną), a ze względu na rozwiązania legislacyjne, nie dające mu praw do samodzielnego prowadzenia leczenia, zmuszony jest do stałej współpracy z lekarzami. Analogicznie, brak wystarczającej wiedzy humanistycznej zmusza psychoterapeutę lekarza do korzystania z pomocy psychologów, socjologów, antropologów kultury itp. Co więcej, potrzeba udzielania pacjentom pomocy psychospołecznej wymusza stałe współdziałanie lekarza z psychologiem klinicznym. Dlatego odróżnianie tych dwóch rodzajów oddziaływań psychospołecznych nie tylko może przyczynić się do jasności definicji i powstania spójnej teorii psychoterapii, ale także do lepszej współpracy między osobami o różnych kwalifikacjach użytecznych w medycynie.

Piśmiennictwo

1. Leder S. Psychoterapia, psychiatria społeczna. Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000.
2. Kratochvil S. Psychoterapia. Warszawa: PWN; 1978.
3. Schneider PB. *Propedeutique d'une psychotherapie*. Paris: Payot; 1976.
4. Grzesiuk L, red. Psychoterapia. Warszawa: PWN; 1994.
5. Frank JD. *Persuasion & healing*. Baltimore/London: The John Hopkins University Press; 1991.
6. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia. Warszawa: PZWL; 2000.
7. Garfield SL. *Psychotherapy. An eclectic approach*. New York: J.Wiley & Sons; 1980.
8. Garfield SL, Bergin AE. *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) New York: Wiley & Sons; 1994.
9. Czabała JC. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: PWN; 1997.
10. Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy* (2nd ed.). New York: Basic Books; 1975.
11. Aleksandrowicz JW, Sobański J. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej. Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004.
12. Dollard J, Miller NR. *Osobowość i psychoterapia*. Warszawa: PWN; 1967.
13. Prochaska JO. *Systems of psychotherapy*. Chicago: The Dorsey Press; 1984.
14. Motyka M. *Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej*. Kraków: Wyd. UJ; 2002.
15. Bilikiewicz T. *Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej*. Warszawa: PZWL; 1976.
16. Kępiński A. *Psychopatologia nerwic*. Warszawa: PZWL; 1973.
17. Braher E, Geyer M, Kabanow MM. *Psychotherapie in der Medizin*. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1991.
18. Roth A, Fonagy P. *What works for whom?* New York, London: The Guilford Press; 1996.
19. Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A. *Who will benefit from psychotherapy?* New York: Basic Books; 1988.
20. Aleksandrowicz JW. What psychotherapy is and is not: an essay on redefining of the term. *Arch. Psychiatr. Psychot.* 2003; 5, (1): 59–68.
21. Aleksandrowicz JW. Co i dla kogo, czyli „psychoterapia” versus „pomoc psychologiczna”. *Psychoter.* 1985; 3(54): 3–6.
22. Pritz A. *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag; 2002.
23. Thoma H, Kahele H. *Psychoanalytic practice*. Berlin: Springer; 1991.
24. Frank DF, Ryle A. *Cognitive analytic therapy*. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: Wiley

& Sons; 1995.

25. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders* (2nd ed.). New York: New American Library; 1979.
26. *Encyklopedia popularna*. Warszawa: PWN; 1982.

Adres: Katedra Psychoterapii CM UJ
ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków