

Kryzys w procesie psychoterapii. Wybrane przykłady

Piotr Szalek*

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Katowicach

THE CRISIS IN A PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS. SOME EXAMPLES

Psychotherapy is applied in order to diminish the strength of psychic traumas. Yet psychotherapy itself can become a source of traumas. The article is an attempt to formulate such conditions of psychotherapeutic rationality that would minimize the traumas appearing in psychotherapy.

Key words: psychotherapy, trauma, crisis

Gdy psychoterapeuta twierdzi, że jest neutralny w swojej pracy z pacjentami, to jego arogancja przejawia się w zaprzeczaniu, że jego własna osobowość, jego horyzonty rozumienia także wpływają na przebieg terapii, a tym samym na pacjenta.
(Rosińska)

KRYZYS A PROCES PSYCHOTERAPII

U podstaw każdej aktywności ludzkiej znaleźć można pojęcia równie powszechnie stosowane, jako oczywiste, co przy bliższej analizie – niejasne. W psychopatologii pojęciem takim jest trauma. Zdając sobie sprawę ze związanych z nim trudności definicyjnych w pracy niniejszej korzystając będę z szerokiego rozumienia tego terminu. Traumą nazywam każde nieprzyjemne i niepożądane uczucie przeżywane przez człowieka. Jako że najistotniejsze problemy jednostki pojawiają się zawsze w jej przestrzeni społeczno-kulturowej (są związane z inną jednostką), to trauma jest nieodłącznym składnikiem procesu komunikacji międzyludzkiej i bardzo często oznacza jej zerwanie. Jednocześnie w obszarze niewątpliwie represyjnej kultury europejskiej stworzono takie formy komunikacji, które mają łagodzić traumy, na przykład różne formy psychoterapii. One same mogą jednak utracić swój celowo psychohygieniczny charakter i stać się źródłem urazów, których siła znakomicie przewyższa traumy doznawane przez jednostkę w życiu codziennym. Problem, który jest poruszany tym tekście to urazy pojawiające się w procesie psychoterapii a nie jej skuteczność (Eysenck, 1952; Levitt, 1957), chociaż nieefektywna terapia może być traumatyczna. Gdy w trakcie psychoterapii pacjent przeżywa uraz należy mówić o występującym w niej kryzysie.

Kryzysy procesu terapii mają przynajmniej trzy przyczyny. Jako pierwszą należy wskazać postawy i poglądy etyczne psychoterapeuty. Składają się one z nie zawsze w pełni uświadamianych, intuicyjnych, nieteoretycznych przedsądów. Najpospolitszym źródłem błędów tego rodzaju jest przekonanie, że psychoterapeuta lokuje się ponad obowiązującymi unormowaniami etycznymi. Przekonanie takie żywił Jung prowadząc terapię Sabiny Spierlein (Bettelheim, 1991, s. 57-82). Jego wieloznaczna i pełna hipokryzji postawa wobec pacjentki wywodziła się wprost z „myślenia typowego dla psychoterapeuty”. Ocenia on mianowicie powagę choroby pacjenta według własnych norm i stosuje środki, które sam uznaje za słuszne (Masson, 2004, s. 194-200) stając tym samym poza dobrem i złem.

Najdrastyczniejszym przykładem błędów tego rodzaju są nadużycia seksualne psychoterapeutów wobec pacjentów, którzy często donoszą o traumach w osobistych relacjach z procesem psychoterapii (Masson, 2004, s. 200). Chociaż brzmi to niewiarygodnie błędów tych psychoterapeuta często nie uświadamia sobie. Oto przykład. Jeden z największych psychoterapeutów dwudziestego stulecia Wilhelm Reich w wywiadzie z doktorem Kurtem Eislerem tak pisze o kwestii nawiązywania stosunków intymnych z pacjentkami: „zdarzyło się raz czy dwa, że zakochałem się w pacjentce. Byłem, co do tego szczery. Wstrzymałem leczenie i pozwoliłem sprawie ostygnąć. Potem zdecydowaliśmy się: iść, czy nie iść do łóżka” (Reich, 1975, s. 95). Porażająca dezynwoltura Reicha może być wytłumaczona jedynie podstawowym brakiem rozumienia swych zachowań w kategoriach obowiązujących norm etycznych.

Błędy drugiego rodzaju mają charakter techniczny a ich źródłem jest ignorancja psychoterapeuty, co do metodyki, która rządzi procesem danej terapii. Do błędów tych należy na przykład: spóźnianie się na sesje, nieutrzymywanie dystansu wobec pacjenta, brak jasnego

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Piotr Szalek, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej Wydział Zamiejscowy w Katowicach, ul. Kossutha 9, 40-844 Katowice.
e-mail: szalek@toya.net.pl

kontraktu psychoterapeutycznego etc. Gdy wziąć pod uwagę niedomagania techniczne to okaże się, że metodyka błędna na gruncie danej teorii może być całkowicie poprawna w obszarze koncepcji odmiennej. Dwa wymienione wyżej rodzaje uchybień są stosunkowo łatwo rozpoznawalne.

Inaczej jest z błędami trzeciego rodzaju, uchybieniami zdrowego rozsądku, teorii i filozofii wynikającymi z nieadekwatnych do rzeczywistości a szkodliwych dla pacjenta przekonań psychoterapeuty. Nie są one tak łatwo rozpoznawalne, jak dwa poprzednie rodzaje błędów. Mają one szczególnie znaczenie w konfrontacji z poglądem, że uznawanie przez leczących jednej teorii nie ma większego znaczenia dla uzyskania właściwego efektu psychoterapeutycznego (Czabała, 2002, s. 117). W niniejszym tekście proponuję pogląd dokładnie przeciwny: błędne przekonania teoretyczne psychoterapeuty od sądów uznawanych przez niego za zdroworozsądkowo-racjonalne poczynawszy, poprzez tezy pochodzące z nauk psychologicznych, do wyznawanych przez niego najogólniejszych przekonań filozoficzno-światopoglądowych w sposób zasadniczy warunkują powstanie traum w procesie terapii. Uchybienia te w odróżnieniu od etycznych i technicznych będę nazywał błędami przekonań.

Jest oczywiste, że niedookreślony proces psychoterapii generuje mnóstwo fałszywych mniemań różnej treści. Przykładem może tu być dyrektywa bezwzględnej egzekwowania układu (tak zwany *setting*) w psychoanalizie, wymóg pobierania opłaty za sesję, całkowity zakaz przedłużania sesji etc. Dyrektywa ta ma swoje źródła w przekonaniach teoretycznych tych psychoterapeutów, którzy zasady techniczne terapii nobilitowali do rangi teorii.

Podział na trzy rodzaje błędów wobec amorficzności procesu terapii jest nieostry i stanowi jedynie wskazanie pewnych kierunków myślenia psychoterapeutycznego, a nie jego rozłącznych kategorii. Uchybienia psychoterapii mogą zawierać różne czynniki i być trudne do oceny nawet w obrębie danej klasy. Dotyczy to nawet, wydawałoby się nie budzących wątpliwości błędów technicznych. Uchybieniem jest przedłużanie czasu terapii przez psychoterapeutę, ale czy błędzi on też wtedy, gdy w dodatkowym czasie i tylko wtedy odkrywa istotne dla pacjenta fakty?

Największe trudności definicyjne pojawiają się w obszarze błędów przekonań. Wywodzą się one z teorii człowieka, jaką ma terapeuta. Każdy człowiek, a w szczególności pacjent zgłaszający się do psychoterapeuty, doświadcza trudności ze zrozumieniem samego siebie. Wynikają one z dwóch źródeł: poczucia siły, jaką daje introspekcja i doznania słabości, gdy okazuje się ona być zawodna. Pacjenci wyobrażają sobie, niezgodnie z prawdą, że takiego zawodu psychoterapeuta nie doświadcza. Tym silniejsze ich rozczarowanie i trauma, gdy dowiadują się, że koncepcja człowieka, którą ma psychoterapeuta jest po prostu fałszywa.

PRZYPADKI KLINICZNE

PRZYPADK PIERWSZY: BĘDĘ CI MATKĄ I KOCHANKĄ.

Paul Lozano od 1986 roku, przez cztery lata był pacjentem harwardzkiej psychiatry i psychoterapeutki doktor Margaret Bean-Bayog specjalistki od zaburzeń depresyjnych i granicznych. Pacjent pochodził z rodziny emigrantów meksykańskich. Cierpiał na depresję i tendencje samobójcze. Psychoterapeutka odkryła w jego psychice trzy osobowości, które powstały w różnych okresach jego życia i założyła, że problemy pacjenta mają przyczyny w jego ambiwalentnych relacjach z matką. Psychoterapeutkę oskarżono o uwiedzenie, manipulowanie i doprowadzenie pacjenta w wieku lat 28 do samobójstwa, po pochopnym i traumatycznym zakończeniu terapii. Po śmierci Lozano jego rodzina odnalazła notatki, w których zwraca się on do psychoterapeutki używając słowa „mamusia”. Tyle o błędach pierwszego rodzaju.

W czasie czteroletniego leczenia psychoterapeutka stosując tak zwaną terapię regresywną chciała dotrzeć do nieświadomych uczuć z różnych okresów życia pacjenta (różnych osobowości), zanalizować dokonywane przez niego projekcje tych uczuć i skorygować je, badała przeniesienie pacjenta. Relacje z terapii wskazują na to, że miała ona charakter eklektyczny i była złożona z pojęć psychoanalitycznych, dynamicznych i kognitywnych (McNamara, 1994, s. 40 i nast.). Eklektyzm omawianego tu procesu polegał na tym, że w czasie jego trwania stosowano twierdzenia teoretyczne wzięte z arsenału odmiennych teorii, zawierające odmienne filozofie człowieka jak psychoanaliza i psychologia poznawcza (Kozielecki, 1976). Co więcej, Lozano był hospitalizowany, a leczenie farmakologiczne przyniosło dobre rezultaty. Sprawa znalazła zakończenie w sądzie. Towarzystwo ubezpieczeniowe psychoterapeutki wypłaciło milion dolarów odszkodowania siostrze Lozano. Nie oznacza to, że psychoterapeutka nie znajdowała obrońców (Chafetz i Chafetz, 1994)

Należy wskazać przynajmniej dwa konstrukty teoretyczne, których stosowanie mogło być dla pacjenta traumą. Pierwszym było nie zawsze jawnie, eksplikowane przez terapeutkę, pojęcie przeniesienia. Jest oczywiste, że każdy człowiek uczy się sposobów przeżywania określonych emocji. Równie oczywiste jest to, że zapamiętuje ważnych ludzi ze swojej przeszłości, do których podobny może być terapeuta. Gdyby w omawianym przypadku do takich zjawisk sprowadzało się pojęcie przeniesienia terapeutka, używając technik kognitywnych, mogłaby po prostu uczyć pacjenta przeżywania nowych emocji.

Jednak pojęcie przeniesienia stanowiące teoretyczny filar psychoanalizy i kierunków psychoterapii o proweniencji psychoanalitycznej oznacza nie tylko pewną rekapitulację uczuć, ale również wiążącego się z nimi czynnika seksualnego (Freud, 1976, s. 182-183). Krytycy prowadzonej terapii wskazują na to, że jej przebieg był naznaczony atmosferą erotyczną (McNamara, 1994). Po pierwsze nie zgadzam się z poglądem, zgodnie z którym pojęcie przeniesienia jest jednym z lepiej zdefiniowanych

terminów psychoanalitycznych (Gellner, 1997, s. 49-50). Jest ono na gruncie psychoanalizy zdefiniowane tak samo jak inne terminy a dotyczy spraw nader delikatnych, bardzo zasadniczych i ogromnie skomplikowanych: relacji seksualnych dziecka z rodzicami i pacjenta z psychoanalitykiem.

Wbrew psychoanalitykom uważam, że człowiek nie jest w stanie powtarzać konfiguracji uczuć, szczególnie seksualnych, z przeszłości, że, innymi słowy, amorficzne doznania biologiczne z dzieciństwa przedstawione w interpretacji, jako wyraz związku seksualnego powodować mogą u dorosłego pacjenta skutki najzupełniej nieprzewidywalne. Pacjenci, którzy umieją traktować swoje dziecięce przeżycia seksualne, jako źródło symboli (na przykład potrzeby bliskości) są do interpretacji psychoanalitycznych przystosowani przez samą tradycję kulturową. Inaczej jest w przypadku osób z innych kultur, które swoje uczucia do rodziców traktują niekiedy bardzo dosłownie. W kwestii przełożenia emocji dziecka na afekty człowieka dorosłego teoria Freuda daleka jest od jasności.

Przeniesienie dotyczy pewnego zdarzenia z przeszłości – obrazu osoby, która była w określonej relacji z pacjentem. W tym przypadku obrazu matki uwikłanej w związek seksualny z synem. Jeżeli, w co zresztą wątpię (Szalek, 2007, s. 258 i nast.), przeniesienie w sensie psychoanalitycznym istnieje, to w trakcie analizy pacjent dowiaduje się nie tylko o swoich uczuciach, ale też o relacjach z innym człowiekiem, z czego wynika, że Lozano dopiero w czasie terapii zaczynał widzieć swoją matkę, jako budzącą w nim impulsy seksualne. Wychowany w tradycji szacunku do niej odczuwał analizę psychoterapeutyczną, jako silny uraz. Tymczasem logicznie rzecz biorąc pociąg seksualny syna do matki nie da się nijak przełożyć na seksualne pragnienia pacjenta, gdyż nie są to dwa akty, z których drugi powtarza dziecięcy rdzeń, ale po prostu dwa odrębne akty.

Drugim czynnikiem przyczyniającym się do fatalnego w skutkach przebiegu terapii był jej synkretyczny charakter (Frankl, 1984). Trzeba podkreślić, że sposób prowadzenia terapii przez Freuda (analiza swobodnych skojarzeń, osiąganie wglądu) sprzyjał łagodnemu wprowadzaniu pacjenta w sferę jego przeżyć intymnych. W przypadku Lozano dyrektywne interpretacje poznawcze mogły stać w rażącej sprzeczności z osobistym charakterem takich przeżyć i wychowaniem pacjenta w tradycji szacunku dla matki oraz rodziny (Chafetz i Chafetz, 1994; Rosińska, 1997, s. 256-258). Interpretacje te były logicznie, psychologicznie i filozoficznie niespójne ze sobą. Okazuje się, że synkretyczne łączenie psychoterapii, u podłoża których leżą całkowicie odmienne filozofie człowieka jest bardzo ryzykowne.

Ten jeden z najtragiczniejszych przypadków w historii psychoterapii świadczy dobitnie o tym, że standardy wiedzy teoretycznej psychoterapeuty powinny być bardzo wygórowane. Tragedia Lozano brać się może z różnych przyczyn na przykład z nie-empirycznego założenia, że jego choroba ma podłoże psychiczne, czy z amorficzności

teorii człowieka i psychoterapii uznawanej przez leczonego. Na pewno jednak jednym z ważniejszych czynników przyczyniających się do tragicznego fiaska terapii był brak pewnej trudno uchwytniej intuicji antropologicznej psychoterapeutki, która w swoich interpretacjach najprawdopodobniej zbyt krótko zatrzymała się na tym, że dla tego konkretnego pacjenta matka, nawet w sposób umowny, nie mogła być kochanką.

Zasadniczy błąd w terapii został wygenerowany przez pewne zdroworozsądkowe przekonanie, którego treść brzmi mniej więcej tak: jeśli duża ilość ludzi, w tym teoretycy o wysokim autorytecie, używa jakiegoś pojęcia to musi ono odpowiadać istniejącemu bytowi. Takim słowem – wytrychem jest „przeniesienie”, którego najwyższa wartość w terapii bywa dyskutowana (Silberschatz, Fetter i Curtis, 1986). Trzeba jednak pamiętać, że pojęcie to zaczęło żyć własnym życiem „kawiarnianej” psychoanalizy, przez co znalazło się w sferze terminów zdroworozsądkowych i jest dziś używane tak powszechnie oraz w tak wielu kontekstach, że niewiele już znaczy.

PRZYPADEK DRUGI: BĘDĘ TWYM SĘDZIĄ.

Ida Bauer (pseudonim Dora), pochodząca z dobrze sytuowanej rodziny mieszczańskiej inteligentna, osiemnastoletnia dziewczyna, zgłosiła się do Freuda (Freud, 1963) w towarzystwie ojca. Występujące u niej objawy Freud zdiagnozował, jako histerię mając nadzieję, że analiza jej przypadku zilustruje to, co w końcu dziewiętnastego wieku uznawano za powołanie psychoanalizy: jej zmaganie się z histerią. Pierwszym, drastycznym przejawem nieliczenia się z potrzebami konkretnego człowieka, „posłanniczym” traktowaniem stworzonej przez siebie teorii była decyzja Freuda opublikowania przypadku Dory wbrew zasadzie anonimowości, dla dobra nauki.

W różnych okresach swojego życia Dora cierpiała na zaburzenia oddychania, bóle migrenowe, afonię i chroniczny kaszel. Freud prowadził pracę psychoterapeutyczną w znamienity dla siebie sposób: analizował liczne powiązania treści psychicznych pacjentki wynikających z jej relacjach z ojcem, jego przyjacielem Hansem Zellenką, jego żoną, guwernantką Iry i innymi mniej lub bardziej znanymi osobami. Odnajdywał w problemie Dory wątki hetero i homoseksualne. Dla Dory najważniejszą, wyzwalającą symptomy histerii traumą była propozycja nawiązania związku seksualnego przedstawiona przez Zellenkę. Propozycja ta została złożona w okolicznościach szczególnych: ojciec Dory pozostawał w intymnych stosunkach z żoną Zellenki, o czym wiedziała matka pacjentki i sam Zellenka. Siła urazu wielokrotniona była przez dwuznaczną atmosferę panującą w rodzinie Dory, która podjęła nieudaną próbę samobójczą a o seksualnych propozycjach Zellenki poinformowała ojca, ten poprosił zaś o pomoc Freuda.

Dora niewątpliwie pomocy tej potrzebowała. Narażona była zarówno na seksualne propozycje jak i na urazy wynikające z moralnie dwuznacznego klimatu rodzinnej. Jest wysoce prawdopodobne, że ojciec pacjentki

wiedział o tym, że mówi ona prawdę i zwracając się do Freuda chciał raczej zatuszować niezręczną sytuację niż pomóc córce. Problem w tym, że Freud w okresie analizy Dory przechodził proces konwersji teoretycznej. Teorię uwiedzenia, zgodnie z którą źródłem objawów są prawdziwe traumy (przypadki uwiedzeń) występujące w dzieciństwie pacjenta, zastąpił teorią marzeń sennych, w której to nie rzeczywiste uwiedzenie, ale jego pragnienie generuje symptomy.

Zastosowanie nowej teorii budzi wątpliwości, co do wszystkich istotnych punktów doniesienia Freudowskiego. Oto od chwili jej sformułowania Dora przestała być ofiarą uwiedzenia a stała się jego przyczyną, gdyż to ona sama swoimi fantazjami wywołała problem choroby i konieczność leczenia, zamiast jednak uznać się za nieświadomą sprawczynią swoich nieszczęść – zerwała analizę. Co do okoliczności tego zdarzenia nie ma zgody w literaturze. L. Appignanesi i J. Forrester twierdzą, że „pod koniec [ostatniej P.S.] sesji Ida ciepło pożegnała Freuda” (Appignanesi i Forrester, 1992, s. 166). Z kolei J. Masson wskazuje raczej na konfliktowy charakter rozstania Dory z Freudem (Masson, 2004, s. 91 i nast.).

Nie ulega wątpliwości, że interpretacje Freuda ujawniające rzekome fakty: przyczynę choroby tkwiącą poza traumą, której doznała pacjentka, oznaczały terapię inwazyjną. Chirurg znajdujący w organizmie pacjenta przyczynę choroby może mu zaproponować inwazyjną operację, gdyż jego organizm i przyczyna choroby zostały zdefiniowane przedtem w kategoriach naukowych, uznawanych za obiektywne zarówno przez pacjenta jak i lekarza. Leczenie jest w tym przypadku poprzedzone milczącą zgodą między leczącym i leczonym, co do tego, że inwazyjność metody jest uzasadniona teoretycznie. Inwazyjność psychoterapii Freuda takiego uzasadnienia nie posiadała i była czynnikiem psychoterapii niezrozumiałym dla pacjentki a przez to budzącym u niej kolejną traumę. Analiza Dory stała się przykładem „modelowej porażki” (Appignanesi i Forrester, 1992, s. 157-178).

Podstawą zaufania, jakie pacjent żywi w stosunku do leczącego jest z reguły zdrowy rozsądek, który pozwala mu uznać za prawdę to, że nauka trafnie różnicuje przyczyny i skutki choroby. Ta zdroworozsądkowa oczywistość wiary w trafność rozstrzygnięcia naukowego jest bardzo dosadnie wyrażona przez Burgharda Breitnera, który stwierdza, że „kto nie wierzy w fakt dowiedziony naukowo, ten nie jest niedowiarkiem, lecz idiotą” (Breitner, 1949, s. 96; Frankl, 1984, s. 37, przypis 20).

Jeśli pacjent gabinetu psychoterapeutycznego miałby uwierzyć w to, że jego problemy są skutkiem jego pragnień, to musiałby podzielać z psychoterapeutą pewność, co do trafności teorii uzasadniającej ten stan rzeczy. W tej kwestii Freud formułuje dwa argumenty: po pierwsze rzeczywiste nadużycia seksualne są ujawniane przez pacjentów zbyt często, aby mogło to być zgodne z faktami, po drugie teoria uwiedzenia związana jest ze zbyt wieloma niepowodzeniami psychoterapeutycznymi. W rezultacie Freud uzasadnia teorię psychoterapią a nie psychoterapię teorią myśląc przyczyny i skutki. Zamęt pojęciowy

leżący u podstaw teorii Freuda pozwalał mu na kontrfaktyczne interpretacje, na niedostrzeżenie tego, że Dora była rzeczywiście wykorzystywana seksualnie. Możliwe jest też, że twórca psychoanalizy „wiedział, że miała rację” (Masson, 2004, s. 83).

Freud w tej analizie przedstawia się jak osoba, która wszystko wie i wszystko kontroluje a w rezultacie odbiera pacjentce możliwość wolności w myśleniu i emocjach. Dora była narzędziem filozofii Freuda, jego kielkującego przekonania teoretycznego. Ostatni akt protestu pacjentki – odejście z terapii jest przewidywanym przez mistrza z niczym niezmaconą pewnością dowodem na to, że jego poszukiwanie prawdy idzie we właściwym kierunku. Przekonanie o tym, że ludzie pełnią zniewolone role w świecie kultury było częścią tego poszukiwania. Sam Freud, który na swoją rolę przystał bez poczucia buntu, nie wyobrażał sobie też, że istnieją ludzie, którzy mogą się na to poczucie zdobyć, dla których nawet niezrealizowana potrzeba wolności jest silniejsza od Freudowskiego pogodzenia się z kulturą.

Rezultat Freudowskich przekonań to teoria, zgodnie z którą „są pacjenci, którzy nie pamiętają swych dziecięcych porywów seksualnych i zachowują ich objawy, i pacjenci, którzy na odwrót pamiętają swoje dziecięce porywy seksualne i uwalniają się od ich objawów; są również pacjenci, którzy nie pamiętają swoich pobudek seksualnych z dzieciństwa, ale pomimo to pozbywają się ich objawów, oraz pacjenci, którzy naprawdę pamiętają swoje dziecięce impulsy seksualne, a mimo to zachowują je” (Cioffi, 2010, s. 178). Freud wbrew uczuciom Dory lokował ją w grupie pierwszej. Problem w tym, że tak skonstruowana teoria Freuda nie może być sfalsyfikowana i dostarcza jedynie strumienia weryfikacji (Cioffi, 2010, s. 414).

Jednocześnie analiza Dory zawiera błędy, które traktować należy jako jednocześnie techniczne i teoretyczne. Wobec wątpliwości teoretycznych wspomniane wyżej złamanie zasad anonimowości to błąd niewybaczalny, wobec którego kwestią drugorzędną są korzyści, jakie ma dla rozwoju teorii psychoanalitycznej opublikowanie doniesienia z analizy (Jennings, 1986). Podobne wątpliwości budzą inne dziwnie nastawione koncepcje, u których podstaw leży przekonanie, że bezinteresowne dążenie do prawdy prędzej czy później i tak wyjdzie ludziom na dobre (Kołakowski, 1989, t. I, s. 336-354).

Przekonanie to, mimo wszystkich różnic, czyni ja-koś podobnymi do siebie społeczno-kulturowe klimaty filozofii Marksa i Freuda. Pierwszy podkreśla, że dobro pokoleń żyjących przed spełnieniem się dziejowego przeznaczenia ludzkości powinno być złożone na ołtarzu tego przeznaczenia, czyli poświęcone pokoleniom przyszłym. Drugi sądzi, że to interes nauki a więc i przyszłych pacjentów korzystających z jej dobrodziejstw jest ważniejszy od dobra ludzi aktualnie zgłaszających się do naukowca – praktyka. Obie filozofie obiecują ludzkości zbawienie choć odmiennej natury (Gellner, 1997, s. 6). W obu zawarta jest teza, że „zadaniem nieuprzedzonej myśli naukowej jest badać prawa tak samo, jak przyrod-

nik bada swoje – bez sentymentu, bez wartościowania, bez dogmatycznych uprzedzeń” (Kolakowski, 1989, s. 349). Ostatecznie zarówno Marks jak i Freud stają się surowymi sędziami, pierwszy człowieka społecznego, drugi – kulturowego. Obaj mają poczucie misji i, jak to się czasami przytrafia w praktyce tytanom intelektu, padają ofiarą teoretycznej pychy.

PRZYPADEK TRZECI: WIEM DOBRZE, CZEGO POTRZEBUJESZ

W 2010 roku zgłosił się do mnie osiemnastoletni mężczyzna (B). Treści jego myśli dotyczyły często wiary i seksualności. Prześladowały go obsesje o własnej grzeszności. Jednym z ich źródeł miały być impulsy seksualne. Próbował wyprzeć te myśli.

Wysiłki B podejmowane w celu pozbycia się myśli obsesyjnych powodowały, że spędzał on coraz więcej czasu w kościele. W rezultacie zaczął zaniedbywać naukę. Wróżył przyszłość ze zdarzeń, których nie łączył związek przyczynowo-skutkowy („jeśli teraz przyjedzie tramwaj numer piętnaście to jutro nie zgrzeszę myślami”). Uważał, że myśli o treści seksualnej, mogą zostać zneutralizowane przez przypadkową koincydencję zdarzeń („jeśli zapalę światło, gdy do domu wejdzie mama to jutro nie zgrzeszę”).

B od dzieciństwa zadawał trudne pytania o Boga i wiarę i w sposób autentyczny uczestniczył w obrzędowości religijnej przygotowując się do stanu duchownego. Z tego powodu pod koniec siedemnastego roku życia wyrzekł się zaspokojenia seksualnego.

Poprosiłem pacjenta o zgodę na omówienie jego przypadku z poprzednim psychoterapeutą (Yalom, 2003, s. 190). Zgodę tę otrzymałem. We wstępnej konceptualizacji psychoterapeuta przyjął, że symptomy pacjenta wynikają ze zbyt silnego poczucia odpowiedzialności B za pojawiające się u niego normalne myśli (Shafran, 1999) oraz, że człowiek chcąc zachować psychohigienę powinien zaspokajać rozmaite, uporządkowane hierarchicznie potrzeby. Co więcej, środowisko społeczne (rodzina), w którym żył B było uznane przez psychoterapeutę za traumatyczne, gdyż normy etyczne i religijne były w tym środowisku artykułowane w sposób skrajny.

Przy pomocy technik poznawczo-behawiornalnych psychoterapeucie udało się zmniejszyć czas trwania myśli obsesyjnych. Psychoterapeuta wraz z pacjentem zidentyfikowali przekonania rdzenne (np. „jestem winny wszystkiemu”) i zaczęli je dyskutować. Problemy zaczęły pojawiać się w momencie, gdy psychoterapeuta przedstawił B teorię hierarchii potrzeb Masłowa i przy pomocy dialogu sokratejskiego zaczął przekonywać pacjenta o konieczności zaspokojenia potrzeb podstawowych w tym seksualnej. Pacjent nie godził się na uznanie swojego środowiska rodzinnego za traumatyczne, swoje wychowanie oceniając, jako zgodne z potrzebami. W czasie kolejnych sesji psychoterapeuta próbował uzyskać od B akceptację tezy, że zaopatrzony przez Boga w popęd seksualny człowiek powinien ten popęd zaspokajać. U pacjenta wróciły

myśli obsesyjne i na trzeciej sesji poświęconej tym zagadnieniom B zrezygnował z terapii. Znamienne jest to, że w swojej pracy terapeutycznej miałem jeszcze jeden bardzo podobny przypadek. Obie terapie nasunęły mi myśl, że u podstaw przekonań rdzennych pacjenta leżą bardziej podstawowe czynniki.

Gdy omawialiśmy z pacjentem proces terapii doszliśmy do wniosku, że przyczyną jej niepowodzenia było założenie psychoterapeuty o konieczności zaspokojenia pełnego repertuaru potrzeb, w którym przymus seksualny wydaje się oczywisty. Jednocześnie psychoterapeuta nie brał pod uwagę siły uczuć religijnych pacjenta, które oceniał, jako patologiczne. Przyjmował, jako naukową teorię, zgodnie z którą potrzeby ludzkie muszą być zaspokajane w pewnym porządku: od najbardziej podstawowych do najsilniej wysublimowanych (Maslow, 2010). Tymczasem teoria, która leży u podstaw takiego rozumowania ma charakter jedynie zdroworozsądkowy. W zasadzie jedynym pewnikiem tej teorii jest to, że człowiek aby realizować potrzeby wyższe musi oddychać, jeść i pić. Co do rozmnażania sprawa nie jest już taka prosta.

Człowiek, aby żyć musi mieć poczucie sensu. Aby je pełniej omówić Frankl konstatuje istnienie zaprzeczania sensu na gruncie nihilizmu. Polega on na sprowadzaniu jednostki do jednego wymiaru: psychologicznego, socjologicznego lub fizjologicznego. Otóż „nihilizm bynajmniej nie twierdzi, że w rzeczy samej n i c nie istnieje; utrzymuje on raczej, że istniejąca rzeczywistość nie jest niczym innym jak t y l k o tym, czy owym, do czego nihilizm ją konkretnie ogranicza albo z czego ją wywodzi” (Frankl, 1984, s. 8). Każdy nihilizm jest ostatecznie zaprzeczaniem duchowego wymiaru egzystencji.

Najistotniejszym skutkiem nihilizmu jest antropocentryzm stawiający jednostkę w centrum świata, co oznacza „wyrzeczenie się transcendencji w wyjaśnianiu sensu ludzkiego życia” (Frankl, 1984, s. 93). Maslow traktując transcendencję i związane z nią potrzeby duchowe, jako zwińczenie potrzeb ludzkich popełnia błąd psychologizmu a w ślad a nim podążał psychoterapeuta, gdy w jego terapii brakuje krytycznej refleksji metafizycznej i oczywistej konstatacji tego, że transcendencja egzystencji ku Bogu jest nie zwińczaniem, ale egzystencjalną podstawą wszelkich ludzkich czynności. Frankl nie ma wątpliwości, co do tego, że „nauka o istocie ludzkiej musi być otwarta na świat i zaświaty; musi zachowywać drzwi otwarte ku transcendencji. Przez te otwarte drzwi pada cień absolutu” (Frankl, *ibid.*). Potrzeba transcendencji może czasami zdominować obraz innych potrzeb ludzkich, co powoduje, że człowiek – *homo metaphysicus* realizując wolny „przymus” poszukiwania sensu i duchowości może podstawowe wymogi materialnej sfery życia dość drastycznie lekceważyć. Zerwanie przez B terapii nie było zwyczajnym skutkiem zwyczajnego objawu. Było bardzo ważnym sygnałem tego, że pacjent w swojej egzystencji czuł się zagrożony przez psychoterapeutę.

Każda psychika w swej egzystencjalnej podstawie posiada pewien zbiór kategorii wytyczających jej dzieje w świecie (Binswanger, 1958b, s. 270). Dominującą ka-

tegoria egzystencji B był imperatyw transcendencji, którego trafna nazwa potoczna brzmi: powołanie. W pracy z B przyjąłem perspektywę egzystencjalną traktując to powołanie, jako kategorię podstawową i opisującą jego los tak silnie, że wymogi świata materialnego wchodziły z nią w konflikt. Innymi słowy, świat otaczający B był bardzo silnie naznaczony świętością. Pacjent zaakceptował taki wzór egzystencjalny, co doprowadziło do zmniejszenia się siły myśli obsesyjnych B.

Zaspokojenie potrzeby seksualnej, zgodnie z wolą pacjenta, nie było tematem sesji psychoterapeutycznych. Rozważane natomiast były przejawy powołania pacjenta, problemy etyczne i teologiczne, projektowana przez B przyszłość. Terapia często przechodziła w poradnictwo filozoficzne.

W przypadku tym podstawowy błąd pierwszego psychoterapeuty polegał na jego pewnej niewrażliwości na, być może zbyt cicho wypowiedane potrzeby pacjenta, nieuwzględnieniu filozofii jego życia. Wbrew pewnym poglądom (Clark, 2010) uważam, że zagadnienia filozoficzne można zbadać tylko filozofując. Z niewrażliwości psychoterapeuty wynikało przekonanie, że do potrzeb pacjenta psychoterapeuta ma klucz niezawodny. Może ono stanowić poważny problem terapeutyczny.

ZAKOŃCZENIE

Pojęcie psychoterapii jest bliskoznaczne terminowi „leczenie”. Ten z kolei, ugruntowany w pozytywistycznym kulcie nauki, kojarzy się z czynnościami medyczo-biologicznymi. Stąd w terminologii medycznej pojęcia terapii i leczenia używane bywają zamiennie, czego dowodem są takie terminy jak: antybiotykoterapia, immunoterapia czy farmakoterapia. Ta bliskoznaczność obu pojęć spowodowała, że przy definiowaniu błędów terapeutycznych pewne treści myślenia medycznego przedostają się na grunt psychoterapii. Jedną z takich treści jest przekonanie, że o jakości procesu psychoterapii decydują błędy proceduralne, które określam mianem technicznych.

W obrębie medycyny istnieje pojęcie błędu jatrogennego oznaczające „chorobę lub powikłanie choroby spowodowane przez ciężkie przeżycia chorego będące wynikiem słów lub czynności lekarza, wywierające ujemny wpływ na chorego, na jego psychikę a przez to na cały organizm” (Lebiedinski i Miaszczew, 1969, s. 286). Tak rozumiane przeżycia odpowiadają traumom doświadczanym przez pacjenta w procesie psychoterapii z jednym bardzo poważnym zastrzeżeniem. Błąd jatrogeny jest skutkiem zaburzenia czynnika zewnętrznego w stosunku do medycznych środków leczniczych, tymczasem zaburzenia komunikacji, są w psychoterapii środkiem i obiektem leczenia jednocześnie. Innymi słowy lekarz, który ordynuje lek o sprawdzonym, skutecznym działaniu na daną chorobę ma gwarancję, że specyfik ten uleczy dolegliwość lub przynajmniej pacjentowi nie zaszkodzi. Psychoterapeuta komunikujący się ze swym pacjentem gwarancji takiej nie ma. Trauma pojawiająca się w procesie psychoterapii są skutkiem błędów tego psychoterapeuty.

Znamienne jest to, że na gruncie medycyny nie dyskutujemy prawdziwości twierdzeń biologii, która jest przecież niepodlegającą polemice teorią podstawową dla procedur leczniczych. Zgadza się z tym, że uzdrowienie ciała jest warunkiem koniecznym zdrowia w ogóle a wątpliwości dotyczą tego, czy jest też warunkiem wystarczającym.

W psychoterapii ma miejsce zupełnie inna sytuacja. Istnieje wiele teorii a wiele systemów terapeutycznych generuje różne błędy w leczeniu. Charakterystyczne jest to, że wymienione we wstępie dwa pierwsze rodzaje błędów (etyczne i techniczne) często dadzą się sprowadzić do uchybień teoretycznych, które zdarzają się najczęściej na gruncie psychoterapii eksponujących pojęcie nieświadomości. Należy do nich psychoanaliza i terapia analityczna Junga (Bibring, 1954). W tym obszarze psychoterapeucie szczególnie łatwo o pryncypialne uznanie pacjenta za nieświadomego swoich własnych motywów i przyznanie sobie szczególnych uprawnień do odkrywania „prawdziwej” rzeczywistości psychicznej.

Jak wspomniano błędy w psychoterapii mogą być rozmaicie oceniane na gruncie różnych teorii. Psychoterapeuta reprezentujący psychologię humanistyczną jest mniej wrażliwy na błędy techniczne i może nie widzieć niczego złego w przechodzeniu w relacji z pacjentem na „ty”. Psychoterapeuta poznawczo-behawioralny z kolei może prowadzić sesje poza swoim gabinetem określając dyrektywnie cele terapii. Wszystkie te zjawiska mają swoje źródła w teoretycznym niedookreśleniu i zróżnicowaniu podstawowych pojęć psychoterapii.

Psychoterapeuci dyskutujący różne rodzaje błędów najchętniej zamykają polemikę w ramach teorii określonej szkoły. Powoduje to, że teoria ta jest uznawana a priori za trafną a ciężar dyskusji przenosi się na omawianie błędów technicznych. Sprzyja temu pogląd, że terapie są skuteczne niezależnie od teorii leżących u ich podstaw (Szalek, 2007, s. 50-52). Tymczasem wskazane przykłady dobitnie dowodzą tego, że psychoterapeuta powinien mieć nie tylko racjonalnie zweryfikowaną koncepcję psychiki, ale też wcale niemającą wiedzę z zakresu antropologii kultury, socjologii, psychologii zdrowia nie mówiąc już o psychiatrii. Posiadanie i wykorzystywanie przez psychoterapeutę takiej wiedzy jest niemożliwe bez jasno przez niego sformułowanych podstawowych sądów filozoficzno-światopoglądowych, których brak skutkuje zagrożeniami dla pacjenta. Weźmy, jako przykład dwie tezy teoretyczne i spróbujmy wyobrazić sobie ich konsekwencje psychoterapeutyczne.

Nie ma dostępu do przeżyć autystycznego dziecka.	Do rdzenia przeżyć autystycznego dziecka można dotrzeć.
--	---

Psychoterapeuta reprezentujący pierwszą tezę będzie opiekował się autystycznym pacjentem w sposób spolegliwy starając się nie naruszyć subtelnych struktur jego psychiki, będzie raczej towarzyszył jego cierpieniom zakładając, że na komunikację z pacjentem trzeba cierpliwie czekać. Jeśli wyznaje fałszywe przekonanie teoretyczne, to jest nieskuteczny a więc nie leczy pacjenta

z tego, z czego leczyć powinien, w tym przypadku z autyzmu. Z kolei psychoterapeuta będący zwolennikiem drugiej tezy może próbować przedrzeć się do wycofanych przeżyć osoby autystycznej poprzez środki inwazyjne by nie rzecz dehumanizujące (Masson, 2004, s. 151-179). Jeśli reprezentuje błędną teorię nie leczy swoich pacjentów, ale pogłębia ich chorobę. W tym świetle niedomagania teoretyczne stają się najgroźniejszymi błędami w psychoterapii, przy których uchybienia techniczne są niewiele znaczącymi epizodami.

Trauma pojawiająca się w procesie źle sformułowanej teoretycznie psychoterapii jest jednym z najbardziej obciążających człowieka przeżyć. Powoduje ona powstanie u pacjenta dysonansu poznawczego, co do celu psychoterapii. Jej wystąpienie bywa katastrofalne dla podejmowania przez pacjenta innych niż psychoterapeutycznych form leczenia. Podważa ona zaufanie chorego do skutecznych sposobów leczenia psychoterapeutycznego. W istocie rzeczy psychoterapeuta nieustannie musi zadawać sobie pytania teoretyczne: jak dalece wolno mu wpływać na decyzje pacjenta, co w jego postępowaniu terapeutycznym jest dozwolone a co nie, co oznacza pojęcie zdrowia, jako cel tego postępowania?

W psychoterapii panuje zamęt teoretyczny, którego najbardziej widocznym skutkiem jest powstawanie urazów na gruncie teorii błędnych. Zamykanie przyczyn tych urazów (błędów) w obrębie techniki uniemożliwia w zasadzie racjonalne ich eliminowanie. Potrzebne jest przynajmniej wstępne, podlegające dalszej dyskusji sformułowanie kryteriów racjonalności teorii psychoterapii.

1. Kryterium spójności pojęć. Pojęcia stanowiące podstawę teorii psychoterapii powinny stanowić system logicznie niesprzeczny.
2. Kryterium zgodności. Pojęcia stanowiące podstawę psychoterapii powinny być zgodne z rozstrzygnięciami innych niż psychologia ogólna nauk.
3. Kryterium metody. Teoria leżąca u podstaw psychoterapii powinna być falsyfikowalna.
4. Kryterium zastosowań. Zastosowania takiej metody powinny być wyraźnie zaadresowane. Innymi słowy, powinniśmy wiedzieć jak teoria warunkuje psychoterapię skierowaną na określone choroby. Z zakresu psychoterapii eliminować należy sposoby leczenia pomagające „na wszystko”.

Trzy pierwsze z powyższych kryteriów obowiązują w zasadzie w każdej racjonalnie organizowanej działalności poznawczej człowieka. Czwarte jest specyficzne dla psychoterapii i obowiązuje ono, jeśli chcemy nadać jej status procedury leczniczej. Wszystkie cztery warunki są w mniejszym lub większym stopniu spełniane na gruncie terapii poznawczych (Reinecke i Clark, 2005) i behawioralnych o rodowodzie pozytywistycznym (Watson, 1990), lub kierunków nawiązujących do nich (Gunst, 2012).

Co dla teorii psychoterapii oznacza postulat adresowania jej do określonej jednostki chorobowej? Każda procedura leczenia psychiki psychiką ma, jak wspomniano, pewną ilość charakterystycznych dla siebie technik od-

działywania na pacjenta (metoda swobodnych skojarzeń w psychoanalizie, różne formy warunkowania w psychoterapii behawioralnej, technika „strzałki w dół” w procedurach poznawczych).

Teoria, której używa psychoterapeuta powinna dzielić jego pacjentów na grupę tych w stosunku, do których dane techniki dadzą się zastosować i tych, dla których są one bezużyteczne. Dla procesu psychoterapii pierwszorzędą wagę ma to, czy w teorii życia psychicznego zakłada się, że pacjent był faktycznie molestowany, czy też pragnął tego molestowania. Pragnienie wyklucza logicznie molestowanie i jeśli teoria pozwala w obu przypadkach stosować metodę swobodnych skojarzeń to jest ona u swoich podstaw niespójna logicznie. Niczego nie zmienia tu wprowadzenie przez Freuda w obszar psychoanalizy badania przeniesienia. Podobne trudności tworzą tezy następującej treści: zjawiska psychiczne są poza nieistotnymi różnicami takie same w każdej kulturze (teza uniwersalistyczna) zjawiska psychicznie różnią się od siebie istotnie w zależności od kultury, w której powstały (teza funkcjonalistyczna); popędów biologicznych nie można stłumić, popędy biologiczne ulegają tłumieniu przez kulturę i środowisko społeczne. Psychoterapeuta powinien wiedzieć na przykład to, że istnieją Meksykanie w stosunku, do których wolno zastosować europejskie sposoby leczenia i są tacy, którzy ze względów kulturowych leczeniu takiemu nie podlegają, powinien też znać teorię, która pozwoli mu odróżnić jednych od drugich.

Z powyższych rozważań wynika i to, że psychoterapeuta uznający kontrfaktyczną teorię człowieka nieświadom jest tego, że istnieją odmienne od znanej mu koncepcje osobowości, które zastosowane w praktyce powinny zmienić proces terapii. W ten sposób niedomagania teorii stają się błędnymi jej zastosowaniami. Psychoterapeuta powinien nieustannie, aktywnie kontrolować swoją teorię w trakcie swojej praktycznej działalności. Jeśli tego nie robi to naraża się na powstawanie sprzeczności w obrębie tej teorii. Pacjent, który świadomie lub nie odczuwa logiczną sprzeczność w poglądach psychoterapeuty, zostaje obarczony zadaniem samodzielnego rozpoznania kryzysu i kończy proces terapii, niekiedy zakończenie to jest tragiczne.

Ostatni, piąty warunek poprawnej terapii jest najważniejszy a jednocześnie najmniej uchwytny. Jest to konieczność obecności w niej czynnika humanistycznego. Problem w tym, że musi on być tak formułowany, aby pacjent odczuwał jego ważność. W przytoczonym tu trzecim przypadku klinicznym powstaniu poczucia ważności u pacjenta nie sprzyjała teoria Masłowa, wywoływała je natomiast filozofia Frankla. Warunek obecności czynnika humanistycznego w terapii jest najlepiej realizowany na gruncie terapii egzystencjalnej o rodowodzie fenomenologicznym uwzględniającej rozwój jednostki (Adams, 2013; Binswanger, 1958a; Frankl, 1984; Minowski, 1999; Schneider, 2013).

Psychoterapeuta powinien mieć kwalifikacje do tego, aby prowadzić z pacjentem pracę w trybie poradnictwa filozoficznego. Postulat ten uważam za mało realistyczny z dwóch powodów. Po pierwsze poziom nauczania

filozofii i innych przedmiotów humanistycznych jest na zbyt wielu polskich uczelniach niski. Po drugie ku tym uczelniom coraz częściej kieruje się postulat kształcenia praktyki. Wynika on z całkowitego niezrozumienia roli prawdy i fałszu w zastosowaniach nauki. Otóż wymóg wysokich standardów nauczania psychologii i psychoterapii powinien dotyczyć przede wszystkim teorii. Dopiero trafnie sprawdzona i napisana żywym filozoficznie (nie mylić z najmodniejszym) językiem teoria powinna tworzyć odpowiednio trafną praktykę. Jeżeli w planach nauczania pomija się tę praktyko-twórczą rolę teorii to całe szkolnictwo zajmujące się kształceniem dla zastosowań degraduje się do roli szkół zawodowych. Sami psychoterapeuci przez obskurancie sady o nauce znakomicie się do tej degradacji przyczyniają (Hermans i Hermans-Jansen, 2000, s. 15), podcinając gałąź, na której siedzą.

LITERATURA

- Adams, M. (2013). Human development from an existential phenomenological perspective: Some thoughts and considerations. *Existential Analysis*, 24, 1, 48-56.
- Appignanesi, L., Forrester, J. (1992). *Kobiety Freuda (Freud's Women)*. Warszawa: J. Santorski & Co.
- Bettelheim, B. (1991). *Freud's Vienna and other essays*. New York: Vintage Books.
- Bibring, E. (1954) Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 745-770.
- Binswanger, L. (1958a). Existential analysis school of thought. W: R. May, E. Angel, H.F. Ellenberg (red.), *Existence. A new dimension in psychiatry and psychology* (s. 191-213). New York: Simon and Schuster.
- Binswanger, L. (1958b). The case of Ellen West. W: R. May, E. Angel, H.F. Ellenberg (red.), *Existence. A new dimension in psychiatry and psychology* (s. 237-364). New York: Simon and Schuster.
- Breitner, B. (1949). *Auflehnung gegen das biologische Gesetz*. Wien – Zürich: Europa Verlag.
- Chafetz, G.S., Chafetz, M.E. (1994). *Obsession, the bizarre relationship between a prominent Harvard psychiatrist and her suicidal patient*. Norwalk, CT, US: Crown House Publishing Limited.
- Cioffi, F. (2010). *Freud a pseudonauka*. Kraków: WAM.
- Clark, A. (2010) ‚Fascination‘, ‚contagion‘ and naming what we do: rethinking the transcendent function Alison Clark ‚Fascination‘, ‚contagion‘ and naming what we do. *Journal of Analytical Psychology*, 55, 5, 636-649.
- Czabała, Cz. (2002). Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: PWN.
- Frankl, V.E. (1984). *Homo patiens. Próba wyjaśnienia sensu cierpienia (Homo Patiens. Versuch einer Pathodizze)*. Warszawa: PAX.
- Freud, S. (1963). *Dora: An analysis of a case of hysteria*. New York, NY, US: Collier Books/Macmillan Publishing Co.
- Freud, Z. (1976). *Poza zasadą przyjemności (Jenseits des Lustprinzips)*. Warszawa: PWN.
- <http://www.answers.com/topic/fragment-of-an-analysis-of-a-case-of-hysteria-dora-ida-bauer#ixzz2SnrpqjG6>
- Gellner, E. (1997). *Uwodzicielski urok psychoanalizy czyli chytrność antyrozumu (The psychoanalytic movement. The cunning of reason)*. Warszawa: KiW.
- Gunst, E. (2012). Experiential psychotherapy with sex offenders: Experiencing as a way to change, to live more fulfilling lives, to desist from offending. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11, 4, 321-334.
- Hermans, H.J.M., Hermans-Jansen, E. (2000). *Autonarracje: Tworzenie znaczeń w psychoterapii (Self-narratives. The construction of meaning in psychotherapy)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Jennings, J. (1986). The revival of ‚Dora‘: Advances in psychoanalytic theory and technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 3, 607-634.
- Kołąkowski, L. (1989). *Główne nurty marksizmu*. Warszawa: Wydawnictwo „Krag”, Wydawnictwo „Pokolenie”.
- Kozielecki, J. (1976). *Koncepcje psychologiczne człowieka*. Warszawa: PIW.
- Lebiedinskij, M.S., Miasiszczew, W.N. (1969). *Wstęp do psychologii lekarskiej (Wwiedene w medicinkuju psychologiiu)*. Warszawa: PZWL.
- Levitt, E.E. (1957). The results of psychotherapy with children: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 3, 189-196.
- Maslow, A. (2010). *Motywacja i osobowość (Motivation and personality)*. Warszawa: PWN.
- Masson, J. (2004). *Przeciw terapii (Against therapy)*. Kraków: Impuls.
- McNamara, E. (1994). *Breakdown: Sex, suicide, and the Harvard psychiatrist*. New York, NY, US: Pocket Books.
- Minkowski, E. (1999). *Traité de psychopathologie*. Paris: Institute Synthélabo, Les Empêcheurs de Penser en Rond.
- Reich, W. (1975). *Reich speaks of Freud*. Bungay, Suffolk: Pelican Books
- Reinecke, M.A., Clark, D.A. (red.). (2005). *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce (Cognitive therapy across the lifespan. Evidence and practice)*. Gdańsk: GWP.
- Rosińska, Z. (1997). Z dziejów psychoterapii: między paternalizmem a partnerstwem. W: Z. Rosińska, Z. Olender-Dmowska (red.), *Psychoterapia i kultura. Celebrycja urazu, czy leczenie duszy* (s. 254-273). Warszawa: Wydział, Socjologii i Filozofii UW.
- Schneider, K.J. (red.). (2013). Radical openness to radical mystery: Rollo May and the awe-based way. W: A.C. Bohart, B.S. Held, E. Mendelowitz, E. Schneider, J. Kirk (red.), *Humanity's dark side: Evil, destructive experience, and psychotherapy* (s. 19-33). USA: American Psychological Association.
- Shafran, R. (1999). Obsessive compulsive disorder. *The Psychologist*, 12, 2, 588-591.
- Silberschatz, G., Fetter, P.B., Curtis, J.T. (1986). How do interpretations influence the process of psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 5, 646-652.
- Szalek, P. (2007). *Psychoterapia dynamiczna. Między naturalizmem a kulturalizmem*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Watson, J.B. (1990). *Behawioryzm oraz psychologia, jak ją widzi behawiorysta (Behaviorism. Psychology as the behaviorist views it)*. Warszawa: PWN.
- Yalom, I. (2003). *Dar terapii. List otwarty do nowego pokolenia psychoterapeutów i ich pacjentów (The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients)*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.