



Interreg

Polska-Słowacja

Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego



UNIA EUROPEJSKA



Mesto Svidnik



Droga do siebie procesem zdrowienia.

*„Co dzień, gdy przejdiesz próg, jest tyle dróg co w świat prowadzi
I znasz sto mądrych rad co drogę w świat wybierać radzą
I wciąż ktoś mówi ci, że właśnie w tym tkwi sprawy sedno
Byś mógł z tysiąca dróg wybrać tę jedną” ...*

Claude Francois, Gilles Thibault

Idea drogi, pielgrzymowania jest bardzo stara. Zanim powstały wielkie monoteistyczne religie pierwsi pielgrzymi wyruszyli w drogę, zmierzając do świętych miejsc gdzie jak wierzą mieszka Moc.

Dla pielgrzyma jego cel wyprawy ma charakter symboliczny. Pielgrzymowanie jest częścią ludzkiej kondycji, jej wyrazem a może nawet jej istotą. Miejsce do którego zmierza pielgrzym nie jest jednak najważniejsze. Wiele wskazuje na to że w takim powolnym niespiesznym zbliżaniu się do celu największe znaczenie ma "wydatek energetyczny"(trud drogi, rezygnacja z wygod, brak snu). To wartość, którą jedni traktują jako „przedpłatę” oczekiwanej w zamian łaski a inni jako osobisty dar(Dobroczyński,2010). Pielgrzym decyduje się na odosobnienie, każdy krok oddala go od tego czym wypełniona jest jego codzienność.

Wędrownik - jak twierdzą antropologowie jest jedną z najstarszych metafor życia(Dobroczyński, 2010).

Droga do siebie i jej poszukiwanie jest również czymś w rodzaju pielgrzymki. Może najtrudniejszej ale najważniejszej , bo paradoksalnie znaleźć drogę do siebie jest najtrudniej. Co pokazują badania: w Polsce prawie 8 mln osób boryka się z problemami psychicznymi, 51% Polaków boi się o swoją najbliższą przyszłość., 78% Polaków ma problemy

Wyłączną odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

z samooceną. Znaczna część ujawnia, że w perspektywie dotychczasowego życia doświadczała jakichś problemów psychicznych (Zwierciadło 2013/11). Najczęstsze z nich to: obniżenie nastroju i aktywności (30,9%), swoiste obawy i unikanie (fobie) 30,6%, uogólniony lęk (23,6%), rozdrażnienie i napastliwość (23,6%), oraz opozycyjno - buntownicze zachowania w okresie dzieciństwa i dorastania (22,3%) (Zwierciadło 2013/11).

Proces terapeutyczny jest można powiedzieć pielgrzymką, która w rezultacie prowadzi do uzdrowienia. W trakcie swojej podróży (terapii), „pielgrzym” (pacjent) znajduje się w wydzielonej przestrzeni (gabinetu terapeutycznego), ma wtedy okazję do refleksji nad sobą, swoją aktualną sytuacją, do oceny swojego postępowania. Ma szansę na powtórne odegranie różnych sytuacji z swojego życia, po to aby móc im się przyjrzeć z dystansu, aby zobaczyć te elementy, których wcześniej nie widział, nie dostrzegał.

W bezpiecznych warunkach i pod kontrolą terapeuty może zobaczyć, zinterpretować różne ważne momenty ze swojego dotychczasowego życia, przepracować je i wrócić do życia z nowymi siłami i wglądem w swoje życie. Odtwarzanie traumatycznych doświadczeń w bezpiecznych warunkach (przestrzeni gabinetu terapeutycznego) pozwala nam z dystansu przyjrzeć się warzeniom z przeszłości, dokonać analizy własnych lęków i obaw (Dobroczyński, 2010). Stwarza to możliwość komuś zewnątrz (terapeucie) dotarcia do źródła problemów, które pozostają nieznane dla osoby zaangażowanej.

W ostatnim czasie możemy zaobserwować znaczący wzrost zapotrzebowania na kompleksowe wsparcie dla osób znajdujących się w kryzysie. I choć pojęcia psychiatrii czy psychoterapii u niektórych wywołuje jeszcze lęk i swoistą stygmatyzację, to jednak coraz więcej osób zna pojęcie psychoterapii i nie boi się z niej korzystać. Czym zatem jest psychoterapia i dlaczego ma tak wielu zwolenników?

Psychoterapia to jedna z najbardziej powszechnych i najskuteczniejszych metod pomocy psychologicznej. Ma ona na celu leczenie oraz wspomaganie rozwoju danej osoby poprzez rozmowę oraz stosowanie metod i narzędzi psychologicznych. Regularne spotkania z psychoterapeutą umożliwiają poszerzenie samoświadomości, a także lepsze zrozumienie siebie, swoich emocji i swojego sposobu myślenia. Ponadto psychoterapia może pełnić rolę profilaktyki w zdrowiu psychicznym, co w dzisiejszym świecie pełnym różnorodnych pułapek wydaje się szczególnie ważne.

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Psychoterapia jest czynnością leczenia, leczniczym oddziaływaniem, specjalistyczną metodą leczenia lub zbiorem metod leczniczych, celowym wywieraniem wpływu, procesem społecznej interakcji (Kratochvil, 2003). Psychoterapia to lecznicze oddziaływanie na chorobę lub zaburzenie, wraz z celowym i planowanym wykorzystaniem środków psychologicznych. Psychoterapia dąży do usunięcia bądź zmniejszenia trudności z jakimi boryka się pacjent oraz przyczyny tychże trudności. Psychoterapię musi prowadzić osoba wykwalifikowana aby w jej przebiegu mogło dochodzić do pozytywnych zmian w przeżywaniu oraz zachowaniu pacjenta.

Najważniejsze kierunki w psychoterapii.

Istnieje wiele kierunków w psychoterapii, różniących się stosowanymi metodami czy oddziaływaniem na pacjenta, przez co psychoterapię dzielimy na racjonalną, sugestywną, empatyczną, odreagowującą, treningową, psychoanalityczną, interpersonalną. Stosując się do powyższego podziału, omówię najważniejsze kierunki w psychoterapii.

1. Psychoterapia dynamiczna i interpersonalna

Psychoterapia dynamiczna bada stosunki interpersonalne i aktualne konflikty pacjenta, w których często można odkryć skutki nie przystosowawczego społecznego zachowania się pacjenta (Kratochvil, 2003). Sam pacjent poprzez swoje zachowanie tworzy te konflikty, pogłębia lub powtarza, co wiąże się z doświadczeniami z przeszłości, ukazuje nam wcześniejsze konflikty, urazy, frustracje. Psychoterapia dynamiczna ma za zadanie ułatwienie pacjentowi zrozumienia własnego udziału w stale powtarzających się problemach oraz znalezienie związków pomiędzy aktualnym zachowaniem a wcześniejszymi doświadczeniami. Do prekursorów takiego podejścia w psychoterapii należą:

- **Karen Horney** która uważała, że wszelkie neurotyczne zachowanie pacjenta ma swoje źródło w czynnikach społecznych i kulturowych. Szczególną wagę przywiązywała do zaburzonych stosunków międzyludzkich. K. Horney podkreślała rolę rodziców i ich zachowanie (surowe lub odrzucające) względem dzieci, które powoduje u dziecka lęk podstawowy, bezsilność i izolację. U dziecka które od rodziców nie otrzymywało uznania, miłości i ciepła, rozwija się uczucie wrogości prowadzące do lęku i różnorodnych form obrony.

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

- Główny akcent na zachowanie interpersonalne w swojej koncepcji kładł **Harry Stack Sullivan**. Zaburzenia powstają w kontekście stosunków międzyludzkich, dlatego też ich leczenie wymaga określonych warunków interpersonalnych. Sullivan uważa, że podstawową potrzebą człowieka jest potrzeba zadowolenia (ukierunkowana na redukcję napięć mających związek z potrzebami fizjologicznymi, jak głód czy popęd seksualny) i potrzeba bezpieczeństwa (mająca na celu unikanie odczuwania niepewności i lęku w stosunkach międzyludzkich). Ważną rolę w powstawaniu zaburzeń oraz życiu pełni lęk, ponieważ to właśnie z próby jego usuwania wynikają zaburzenia zachowania.
- **Franz Alexander** uważał nerwicę za niepowodzenie jednostki w zadowalającym opanowaniu określonej sytuacji, za brak możliwości odnalezienia w danych okolicznościach społecznie akceptowanych form zaspokojenia subiektywnych potrzeb (Kratochvil, 2003). Celem terapii jest podniesienie zdolności pacjenta do zaspokajania swoich potrzeb w sposób akceptowalny dla niego i otaczającego świata.
- **Władimir Miasiszczew** uważał, że nerwica powstaje wtedy, gdy dana jednostka przeżywa psychotraumatyczne doświadczenie i przy aktualnych cechach swojej osobowości nie jest w stanie rozwiązać konfliktów wpływających z tych doświadczeń. Zaburzenia wynikają nie tylko ze zdarzeń zewnętrznych ale także z tego, jak jednostka te zdarzenia przeżywa, co jest uwarunkowane jej osobowością.
- **Gerard Klerman i Myrna Weissman** zajęli się rozpracowaniem psychoterapii krótkoterminowej w formie praktycznych instrukcji. Taka forma pracy z pacjentem została nazwana psychoterapią interpersonalną i poszukuje ona powiązań pomiędzy objawami depresyjnymi a aktualnymi problemami interpersonalnymi jednostki. Poszukiwanie tych powiązań ma na celu dotarcie do tego momentu, w którym powstały u pacjenta symptomy i zakłócenia w relacjach społecznych. W pierwszym etapie terapii następuje diagnostyczna ocena i analiza psychiatrycznej anamnezy (przepracowuje się wszelkie zdarzenia i zmiany w relacjach społecznych, które poprzedzały wystąpienie depresji). Drugi etap to praca na danym obszarze (np. wsparcie w przechodzeniu żałoby i pomoc w szukaniu nowych relacji i zajęć, mających na celu rekompensowanie straty). W trzecim etapie terapii koncentrujemy się na tym, jak poznawać i opanowywać objawy depresyjne. Terapeuta interpersonalny pomaga pacjentowi w odnalezieniu i poznaniu

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

jego interpersonalnych problemów celem ich lepszego zrozumienia i opanowania bardziej skutecznych sposobów zachowania się w relacjach z innymi.

2. Psychoterapia behawioralna

Podstawą psychoterapii behawioralnej była psychologia eksperymentalna, która zajmowała się badaniem procesów uczenia się. Terapia behawioralna opiera się na dających się zaobserwować i zarejestrować faktach oraz na ich obiektywnym opisie. Terapeuci behawioralni uważają, że różnorodne zaburzenia zachowania są reakcjami wyuczonymi. Dlatego też należy skupić się na odnalezieniu takiej techniki uczenia się, która usunie symptomy bądź też dopełni brakujące reakcje (wyleczenie nerwicy nie jest możliwe przy zmianie myślenia pacjenta ale przy zmianie jego zachowania). Terapeuta dając odpowiednie warunki pacjentowi sprawia, że uczenie się lub przeuczanie przebiegnie automatycznie. Takiej metodzie pracy z pacjentem zarzuca się, że eliminuje tylko objawy bez dotknięcie przyczyn danego zaburzenia.

3. Terapia poznawczo – behawioralna

Ten rodzaj terapii zaczął wyłaniać się w latach siedemdziesiątych XX wieku. Podejście to opiera się na założeniu o wzajemnym wpływie myśli, emocji i zachowań. Człowiek napotykać na różne sytuacje nadaje im znaczenie i tworzy indywidualny obraz świata. Napływające informacje są automatycznie wzmacniane lub odrzucane w zależności od tego czy pasują do aktualnie posiadanego systemu przekonań bądź aktualnego stanu w jakim znajduje się jednostka. Dlatego też, ta sama sytuacja może być zupełnie inaczej zinterpretowana przez dwie różne osoby. Celem terapii poznawczo-behawioralnej jest odkrycie, podważenie i zmodyfikowanie zniekształconych, negatywnych, niepełnych czy też przesadzonych interpretacji, które leżą u podłoża problemu. Głównymi cechami terapii poznawczo-behawioralnej są:

- krótkotrwałość i ograniczenie czasowe (do 20 sesji, w wyjątkowych 30 lub więcej sesji)
- otwarta i aktywna współpraca, punkt wyjścia
- punkt wyjścia z teorii uczenia się
- orientacja na teraźniejszości
- zorientowanie na oddzielne i konkretne problemy
- orientacja na to, co świadome i możliwe do zaobserwowania

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

- dążenie do samowystarczalności pacjenta
- akcent na naukowość

Terapii poznawczo-behawioralnej zawdzięczamy zmianę atrybucji i wyuczony optymizm, autotrening, a także opanowywanie sytuacji i rozwiązywanie problemów.

4. Psychoterapia humanistyczna

Ten rodzaj psychoterapii skupia się na zrozumieniu wewnętrznych przeżyć jednostki oraz na nauce zdolności sterowania swoimi przeżyciami oraz na odporności na jakiegokolwiek manipulacje z zewnątrz. Przedstawicielami tego nurtu byli A. Maslow, Ch. Buhler, J. Bugental, S. Jourard a także C. Rogers. To oni w 1962 roku stworzyli Amerykańskie Towarzystwo Psychologii Humanistycznej, gdzie głosili przekonanie iż każdy człowiek jest twórczy a głównymi determinantami ludzkiego zachowania są wartości oraz wolna wola. W terapii skupiamy się na przeżywającej osobie i na jej wewnętrznym doświadczeniu, dzięki czemu możemy dobrze ją zanalizować. Psychoterapia humanistyczna pomaga pacjentowi w jego duchowym wzroście oraz realizacji jego duchowego potencjału. Istotne jest tu zrozumienie jednostki, postrzeganie jako wyjątkową osobę z własnym celem życiowym. Pacjent dąży do samorealizacji oraz zwiększenia poczucia własnej wartości.

5. Psychoterapia zorientowana na proces to inaczej praca z procesem, praca ze śniącym ciałem. Kierunek ten został zapoczątkowany przez Arnolda Mindella i jest on przede wszystkim dziedziną praktyczną, która oferuje sprawdzone, użyteczne, własne i wypracowane przez inne szkoły sposoby radzenia sobie z problemami. Psychologia zorientowana na proces to podejście otwarte, interdyscyplinarne i wspierające zmiany indywidualne i zbiorowe. Praktykuje się w niej pracę ze snem, z ciałem, z symptomami, z relacjami i pracę z dużymi grupami. Dla terapeuty najważniejsze są subiektywne znaczenia które klient nadaje własnemu doświadczeniu. Psychoterapia zorientowana na proces skupia się na relacji która zachodzi pomiędzy sposobem doświadczania otaczającego świata i własnej osoby a możliwościami osobistego i kolektywnego rozwoju, możliwością zmiany zachowania oraz poszerzenia możliwości wyboru w konkretnych sytuacjach, możliwością odbudowy poczucia życiowej satysfakcji i spełnienia.

6. Terapia rodzinna

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Terapia rodzinna zaczęła się stopniowo rozwijać po drugiej wojnie światowej, kiedy to badacze i pracownicy kliniczni zauważyli znaczenie obecnej rodziny pacjenta przy tworzeniu i utrzymywaniu się problemów psychicznych jednego lub więcej członków tejże rodziny (Kratochvil, 2003). Celem terapii rodzinnej jest rozwiązanie problemów i konfliktów w rodzinie oraz odbudowa więzi między jej członkami. Polega na odnalezieniu źródła kryzysu a także sposobów na jego pokonanie, czemu służy cykl spotkań, w których uczestniczą rodzice, dzieci i terapeuta prowadzący. Terapia rodzinna polega na rozmowie członków rodziny z terapeutą o wszelkich trudnościach we wzajemnych relacjach. Opiera się na założeniu, że rodzina jest swoistym systemem naczyń połączonych i zawsze kiedy jeden z domowników ma problemy, odbijają się one negatywnie na jego najbliższych (co z kolei przyczynia się to powstawania nieporozumień i konfliktów). Najważniejszy cel terapii rodzinnej to pokonanie trudności poprzez wskazanie źródeł konfliktu, nazwanie ich oraz wspólną pracę nad ich rozwiązaniem. Terapię rodzinną stosuje się gdy relacje pomiędzy domownikami są zaburzone i często dochodzi między nimi do kłótni i konfliktów, mają trudności z rozpoznaniem własnych potrzeb, nie czują ze sobą więzi, brakuje im zrozumienia, wsparcia i bliskości. Terapia rodzinna może być pomocna w sytuacji, kiedy rodzina przeżywa kryzys spowodowany jakimś traumatycznym wydarzeniem, np. śmiercią któregoś z jej członków, utratą pracy, separacją, rozwodem, itp.

7. Terapia systemowa

Według tej koncepcji, rodzina jest zamkniętym systemem który jest autonomiczny i samoodnawiający się. W systemie nie można mówić o jednej obiektywnej prawdzie, ponieważ system tworzy subiektywny obraz rzeczywistości, dlatego też w terapii systemowej ważna jest neutralność terapeuty, aby każdy z członków systemu (rodziny) miał szansę przedstawić swoją alternatywną historię.

W tego rodzaju terapii zazwyczaj bierze udział większa liczba osób, które chcą poprawić funkcjonowanie wzajemnej relacji. Jest ona często utożsamiana z terapią rodzinną, ale stosujemy ją także w terapii par, terapii indywidualnej czy grupowej. Terapeuta pomaga w ustaleniu reguł funkcjonowania i komunikowania się w danej rodzinie. Głównym celem terapii systemowej jest zmiana struktury rodziny w sytuacji kryzysu, przywrócenie możliwości adaptacyjnych, ustalenie granic, a także poprawa relacji i komunikacji w związku czy rodzinie.

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Aby system działał prawidłowo, każdy jego członek musi brać udział w procesie zmian i przestrzegać ustalonych zasad, dlatego ważne jest aby na sesjach terapeutycznych brały udział te same osoby. Dzięki wspólnej terapii rodzina zyskuje większą świadomość nie tylko siebie, ale i partnera, poznaje się lepiej jego i historię jego rodziny pochodzenia. Oczywiście każdy z członków systemu ma możliwość wyrażenia swoich uczuć i myśli, posłuchania o odczuciach partnera i dokonania interpretacji wszystkiego co usłyszał. Terapia systemiczna daje możliwość poczucia autonomii poszczególnym członkom rodziny oraz pozwala uzyskać większe wsparcie i zrozumienie od pozostałych członków rodziny. Poszczególne osoby odkrywają, że mogą sami udzielać konstruktywnego wsparcia, co wpływa na jakość relacji w systemie.

Podejście psychodynamiczne w psychoterapii.

Podejście psychodynamiczne wywodzi się z paradygmatu psychoanalitycznego, stale włączając do systemu terapeutycznego osiągnięcia psychoanalizy, psychiatrii i psychologii. Jej głównym założeniem jest uznanie pojęcia nieświadomości i jej wpływu na funkcjonowanie osoby leczonej. Diagnoza w procesie psychoterapii jest ciągła, formowana przez cały czas jej trwania. Podejście psychodynamiczne stosuje się do tego w jaki sposób powiązane są ze sobą przeszłość i terażniejszość manifestują się w objawach, myślach, postawach pacjenta.

Najogólniej mówiąc psychoterapia psychodynamiczna, ma na celu ulżyć ludzkiemu cierpieniu i w tym znaczeniu jest sposobem leczenia. Często bezpośrednim celem dla pacjentów jest poczucie ulgi w obszarze cierpienia psychicznego albo usunięcie symptomów lub zahamowań.

Większość zgłaszających się osób pragnie również większej przyjemności i mniejszego cierpienia obszarze miłości i pracy.

Technika pracy jest oparta na założeniach, że terapia może się odbywać tylko w pewnych określonych przez setting warunkach.

Rozpoczyna się od pewnych decyzji, które terapeuta podejmuje świadomie.

Związane są one z ustaleniem na podstawie teorii oraz wiedzy nabywanej wraz z szkoleniem i doświadczeniem, jak terapeuta postępuje z pacjentem (w jaki sposób terapeuta umawia wizyty, o czym informuje pacjenta na pierwszym spotkaniu.).

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Następnym krokiem jest diagnoza - z czym przychodzi pacjent? Z jakim zmagają się cierpieniem? Jakie ma objawy? Co chciałby zmienić?

Po przeprowadzeniu odpowiednio skonstruowanego wywiadu pojawiają się hipotezy lub rozumienie pewnych zjawisk. Diagnoza ma charakter strukturalny: organizacja osobowości pacjenta jest kluczowa dla zrozumienia, zatem analiza kliniczna, która poprzedza wybór strategii leczenia, bada subiektywne przeżywanie - tutaj chodzi przede wszystkim o opis objawów, zachowanie pacjenta oraz struktury psychologiczne, które dopiero zebrane w całość dają pojęcie o osobowości pacjenta. (Psychoterapia Psychodynamiczna w Polsce, 2015/2) Postępowanie diagnostyczne ma na celu wyjaśnić, w jaki sposób psychologiczny rozwój pacjenta i jego osobista historia doprowadziły do prezentowanych objawów, problemów, takiego a nie innego wzorca relacji z innymi ludźmi, reakcji emocjonalnej oraz relacji z innymi ludźmi oraz sposobów regulacji impulsów.

Wg Kernberga diagnoza strukturalna wynikająca z podejścia teorii relacji z obiektem jest oceną kliniczną - wywiadem strukturalnym, prowadzonym tak, by koncentrować się głównie na obszarach struktury osobowości zebranych w pięć działów: ocena jakości relacji z innymi ludźmi, tożsamości, stosowanych mechanizmów obronnych, funkcjonowania moralnego i testowania rzeczywistości. (Psychoterapia Psychodynamiczna w Polsce, 2015/2) Dopiero po tak ustrukturyzowanym zebraniu danych na temat pacjenta można zacząć rozważać kwestię, jak technicznie będzie wyglądała praca z tym pacjentem, na jakich obszarach, częściach jego struktury osobowości należy się skupić.

Następnie jak nieświadome uczynić świadomym i doprowadzić do przepracowania.

Równie ważnym aspektem technicznym jest uzgodnienie z pacjentem czy wyznaczony cel jest możliwy do osiągnięcia. Istotną składową techniki pracy jest ocena refleksyjności pacjenta, jego zdolności do wprowadzenia pewnych treści z obszaru przedświadomego do świadomego.

Paradygmat psychodynamiczny uznaje za ważne pojęcia wywodzące się z psychoanalizy, takie jak opór - którym nazywamy wszystko to co zawarte jest w słowach i działaniach osoby analizowanej, a co przeszkadza jej osiągnąć dostęp do nieświadomości. Przeniesienie, przeciwprzeniesienie, popęd - czyli siła motywacyjna, decydująca o zachowaniu człowieka. Przyjmujemy również podział struktury psychicznej na id, ego i superego.

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Ego to struktura psychiczna, która radzi sobie z wymaganiami id, superego i rzeczywistości, odpowiada za mechanizmy obronne i zawiera świat obiektów, rozwija i wdraża w życie takie zdolności jak lokomocja, pamięć i mowa.

Przyjmujemy również, że istotne znaczenie ma jakość relacji z obiektem, termin ten stosowany jest powszechnie we współczesnej psychoanalizie na określenie sposobu relacji podmiotu ze światem. Jest to całościowy i złożony rezultat określonej organizacji osobowości, postrzegania obiektów i pewnych szczególnych typów obrony.

Największy wkład w rozwój teorii relacji z obiektem miała M. Klein - obiekty - wyprojektowane, zintrojektowane w sposób dosłowny oddziałują na podmiot (dobry i zły obiekt).

Wśród technicznych aspektów wywodzących się z psychoanalizy nadal stosujemy regułę podstawową, która wyznacza metodę swobodnych skojarzeń jako podstawową zasadę leczenia psychoanalitycznego. (Psychoterapia Psychodynamiczna w Polsce, 2015/2)

Wśród zachowań pacjenta pokazujemy powiązania, mające go zaciekać, dość często mamy na celu wskazanie mu jego własnej odpowiedzialności w różnych doświadczeniach, które wydają mu się tylko przydarzać. Celem pozostaje uczynienie nieświadomego świadomym - czyli będziemy próbować doprowadzić do tego, by nieświadome stało się dostępne ego - czyli pomóc zrozumieć, że coś czego doświadczało się biernie, jest w rzeczywistości aktywnie wywołane przez jakąś część.

Podsumowując terapeuta psychodynamiczny w swojej pracy opiera się na teorii, doświadczeniu i informacjach uzyskiwanych w czasie szkolenia i superwizji. Bardzo ważne jest ciągle rozwijanie umiejętności technicznych, które uzyskuje się poprzez ich teoretyczne rozważanie, jak również poprzez badanie ich zastosowania i skuteczności w procesie terapeutycznym.

Skuteczność psychoterapii psychodynamicznej w badaniach

Istnieje wiele badań potwierdzających skuteczność psychoterapii psychodynamicznej. Badania wskazują, że pomimo długiego czasu trwania całej terapii (od rozpoczęcia do

Wyłączną odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

zakończenia często jest to kilka lat). Terapia ta przynosi trwałe efekty w postaci polepszenia jednobiegunowe zaburzenia depresyjne i zaburzenia psychosomatyczne. Zauważalne efekty są nawet do 9 miesięcy po zakończeniu terapii (Abbass i in., 2006).

Szereg badań donosi o znaczącej skuteczności psychoterapii psychodynamicznej w leczeniu zaburzeń osobowości, nawet tych najpoważniejszych (Leichsenring, Leibing, 2003; Leichsenring, Rabung, 2008; de Maat i in., 2009).

Poprawa następuje w takich sferach jak: zmniejszenie objawów psychopatologicznych, poprawa relacji interpersonalnych, poprawa globalnego funkcjonowania.

Obszary skuteczności psychoterapii psychodynamicznej:

- wrażliwość na potrzeby innych
- zdolność do dostrzegania różnych punktów widzenia
- zdolność do empatii
- zdolność do samouspokajania
- bardziej wyważona ocena osób i sytuacji
- zdolność do radzenia sobie z bolesnymi doświadczeniami
- mniejsze doświadczanie poczucia winy, wstydu, poczucia braku adekwatności i lęku przed odrzuceniem.
- satysfakcja i skuteczność w relacjach interpersonalnych i celach długoterminowych

Istotne znaczenie ma to, że wskazane pozytywne efekty psychoterapii są dostrzegalne nawet do dwóch lat po zakończeniu psychoterapii. (Leichsenring, Rabung, 2008) Badania wskazują także na dużą skuteczność psychoterapii psychodynamicznej (w tym wypadku – krótkoterminowej) jako metody pomocniczej w leczeniu szerokiego spektrum zaburzeń somatycznych (np. dermatologicznych, neurologicznych, immunologicznych) (Abbass i in., 2009). Istotne znaczenie ma to, że pozytywne efekty terapii psychodynamicznej zdają się nie tylko utrzymywać, ale zwiększać wraz z upływem czasu po zakończeniu terapii (Abbass i in., 2006; Anderson, Lambert, 1995; de Maat i in., 2009; Leichsenring, Rabung, 2008; Leichsenring i in., 2004). Wiele badań wskazuje na efektywność terapii psychodynamicznej w przypadku leczenia zaburzeń osobowości. Jej pozytywne efekty nie sprowadzają się tylko do poprawy funkcjonowania i zmniejszenia objawów psychopatologicznych, ale również

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

przyczyniają się do zmiany w obrębie procesów wewnątrzpsychicznych leżących u podłoża najcięższych zaburzeń osobowości, m.in. osobowości borderline (Clarkin i in., 2007; Levy i in., 2006). Tak głębokie efekty oddziaływania terapeutycznego zauważalne są nawet do pięciu lat po zakończeniu psychoterapii. (Bateman & Fonagy, 2008)

Literatura

1. Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4.

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

2. Abbass, A., Kisely, S., Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265–274.
3. Anderson, E. M., Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503 – 514.
4. Bateman, A., Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631–638.
5. Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922–928.
6. Caligor E., Kernberg O., Clarkin J.F. (2017). *Podręcznik psychoterapii psychodynamicznej w patologii osobowości z wyższego poziomu*. Kraków :PTPP
7. Dobroczyński B. (2010). *Listy profana między psychologią a religią*. Kraków: Wydawnictwo W Drodze.
8. Gabbard G.O. (2009). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ
9. de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 1–23.
10. Leichsenring, F., Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223–1232.
11. Leichsenring, F., Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551–1565.
12. Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208–1216.

Wyłączną odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.



Interreg
Polska-Słowacja
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego



Mesto Svidnik



13. Kratochvil S.(2003).Podstawy psychoterapii.Poznań:Zysk S-ka.
14. Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027–1040.
15. Psychoterapia psychodynamiczna w Polsce 2015/2 Kraków: PTPP
16. Psychoterapia Psychodynamiczna w Polsce 2016/3 Kraków: PTPP
17. Psychoterapia Psychodynamiczna w Polsce 2017/4 Kraków: PTPP
18. Miesięcznik Zwierciadło 2013/11

Wyłączną odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020